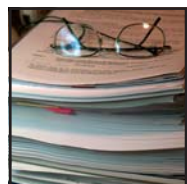




EBM-Erfolg des BDI

Der BDI hat sich dafür stark gemacht, dass fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt auch unter dem neuen EBM Schwerpunktleistungen abrechnen können, wenn es nötig ist **Seite 3**

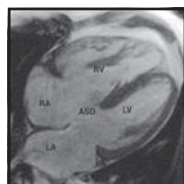
Wunsch und Wirklichkeit



Alle wollen Bürokratie abbauen und vermehren sie dann doch

SEITE 3

Thorax im Magnetfeld



MRT misst unblutig die Hämodynamik an Herz und Gefäßen

SEITE 14

ASS und Cox-2-Hemmer



Magenulzera fast so häufig wie unter Ibuprofen

SEITE 16

Aufgelesen

Die Gejammer-Jammerer

Fast jeder, der im Jahr 2004 das Wort ergriff, fühlte sich bemüßigt, erst einmal laut über das Jammern der Jammerdeutschen zu jammern.

Gefunden in der Süddeutschen Zeitung vom 27.12.2004

Das Gute an deutschen Kliniken

Wenn ich in Malibu einen Hirnschlag kriege, werde ich in der Klinik erst mal im Flur abgestellt, bis die geprüft haben, ob die Kreditkarte gedeckt ist. Wenn ich in Deutschland Nasenbluten habe, unterbricht der Chefarzt die Operation am offenen Hirn und guckt nach mir. Hoffe ich zumindest.

Wetten-Dass-Moderator Thomas Gottschalk im Spiegel Nr. 53/2004

Fitte Frührentner

Ein Rückenpatient fuhr als Greenpeace-Aktivist im Schlauchboot, um gegen den Ausbau der nahe gelegenen Ems zu protestieren. Ein zweiter errang im Postsportverein die Tennis-Titel im Einzel, Doppel und Mixed.

Die Süddeutsche Zeitung über die Frührentner der Telekom

DRG-Regeln 2005

Die wichtigsten Änderungen für Internisten

Sämtliche für die DRG relevanten Regelkataloge sind Anfang 2005 neu gefasst worden – auf den ersten Blick scheinen die Änderungen unüberschaubar.

Bei genauerem Hinsehen halten sich die inhaltlichen Neuerungen aber in Grenzen, allzu viel muss man zum Glück also nicht neu lernen. Die wichtig-

sten Neuerungen für internistische Abteilungen, einschließlich einiger beispielhafter Vergleiche von alter und neuer Kodierung finden Sie ab **Seite 21**

Kassenfinanzen

Die Überschüsse nehmen deutlich ab

Die Gesundheitsreform hat den Kassen im vergangenen Jahr deutliche Überschüsse beschert. 2,4 Milliarden Euro waren es im ersten Halbjahr 2004, im dritten Quartal sind nochmals 240 Millionen dazugekommen. Mit anderen Worten: Die Überschüsse nehmen schon wieder drastisch ab. Und in 2005 erwarten fast alle Experten deutlich steigende Arzneimittelkosten – die Wirkung der Reform scheint bald wieder zu verpuffen. Übrigens sind letztes Jahr die Kassenkosten nicht überall gesunken, für die Prävention wurde deutlich mehr Geld ausgegeben – was sogar die Gesundheitsministerin durchaus in Ordnung fand. **Seite 12**

Älteste Form der integrierten Versorgung in Gefahr

Neuer EBM bedroht die Belegärzte

Von der integrierten Versorgung erhoffen sich die Gesundheitspolitiker unter anderem eine bessere Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich. Diese Verzahnung ist schon längst realisiert – und zwar von den Belegärzten. Diese älteste integrierte Versorgung wird nun durch den neuen EBM existenziell gefährdet. Die Belegärzte können bisher nur einen Teil der EBM-Sätze abrechnen, weil sie ja die Einrichtungen der Krankenhäuser nutzen. Da der neue EBM aber ganz anders kalkuliert ist als die bisherige Gebührenordnung, bluten die Belegärzte aus, wenn KBV und Kassen hier nicht nachbessern. **Seite 9**

Hausärzte-Vertrag der Barmer Ersatzkasse

Ein reines Primärarzt-Modell!

Mit großem öffentlichen Getöse und Beihilfe der Gesundheitsministerin haben Barmer Ersatzkasse und Hausärzteverband ein so genanntes Hausarztmodell vorgestellt. Bei näherer Betrachtung erweist es sich als pures Primärarztmo-

dell, das die freie Arztwahl drastisch einschränkt und ein Rückschritt in die 50er Jahre darstellt. Der Vertrag verpflichtet die teilnehmenden Hausärzte zudem, sich an DMP zu beteiligen und dem Hausarzt wird ein Hausapotheker zur Seite

gestellt, der über die möglichst billige Arzneitherapie wachen soll. Mit diesem Vertrag werden die Patienten von den Fachärzten abgeschnitten und die Hausärzte zu DMP-Fängern und Vollstreckern einer Billigmedizin degradiert. **Seite 4**



AUS DEM INHALT

AOK plant integrierte Versorgung	Regelleistungsvolumina
Im Mittelpunkt sollen die Krankenhäuser stehen 6	So schätzen Sie die Folgen für Ihre Praxis ab 11
KBV hat neuen Vorstand	Ente entlarvt
Virtuelle Watsche für Hausärzte-Vertreter 8	Gesundheitskosten vernichten keine Arbeitsplätze 13

Das Jahr 2005 hat begonnen,

die Probleme aber bleiben, ja sie werden sich im Laufe dieses Jahres noch weiter verstärken. Trotz und allem sollten wir in die Zukunft sehen, aber auch vorhandene Chancen erkennen und entschlossen nutzen. Ihr Berufsverband wird Sie dabei unterstützen.

Der neue EBM mit RLV beginnt mit einer Konvergenzphase von 3 Quartalen am 01.04.2005. Ob 3 Quartale ausreichen werden, kann man mit Fug und Recht bezweifeln. Die Krankenhäuser haben mit der Verabschiedung des 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetzes eine sinnvolle Verlängerung ihrer Konvergenzphase von 4 auf 5 Jahre erreicht. Im niedergelassenen Bereich sind wir davon weit entfernt. Neue Verwerfungen und Friktionen sind zu befürchten.

Das Hausarztmodell der Barmer Krankenkasse geht an den Start. In Wahrheit ist das ein Zwangs-DMP-Einschreibemodell einer Kasse, der finanziell das Wasser bis zum Halse steht und die am Tropf des Risikostrukturausgleiches hängt. Die zusätzliche finanzielle Belastung für die Barmer KK ist hoch, sie pokert aber um zusätzliche Mittel aus dem RSA. Dafür ist ihr jedes Mittel recht.

Der § 73 b SGB V, welcher zur Sicherstellung der hausärztlichen Versor-

gung Verträge mit besonders qualifizierten Hausärzten vorsieht, ist mit diesem Modell ausgehebelt worden. Die Qualität in der Versorgung ist auf der Strecke geblieben.

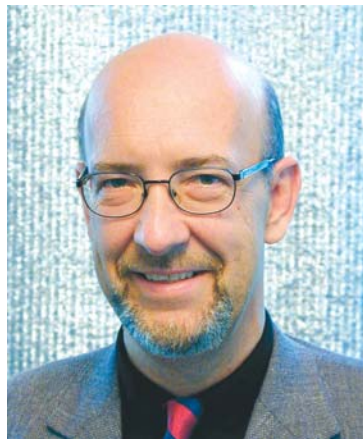
Die (Muster-)Weiterbildungsordnung wird definitiv geändert werden: der Facharzt für Allgemeinmedizin wird wieder eingeführt. Die Bundesärztekammer hat sich in eine Sackgasse manövriert, aus der sie nur wieder herauskommen wird. Das Vertragsver-

letzungsverfahren wegen Verstoß gegen die Richtlinie 93/17 EWG gegen die Bundesrepublik Deutschland zwingt die BÄK, den Facharzt für Allgemeinmedizin wieder einzuführen und den Hybrid „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“, der kein Facharzt für Innere Medizin ist, in eine ungewisse Zukunft zu verschieben. So wächst auseinander, was nie zusammengehört hat.

Dies sind drei der vielen Politikfelder, auf denen wir uns für Sie in 2005 kümmern werden. Begleiten Sie uns nicht nur, sondern machen Sie aktiv mit.

Das wird das neue Jahr auf jeden Fall bringen: viel Spannung und Arbeit.

Dafür wünsche ich Ihnen und uns ein erfolgreiches Jahr!



Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

W. Wesiack

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: RA 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

Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

BW
HFS
ks

Dr. med. Bernhard Wiedemann
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Mitglied des BDI-Vorstandes
Klaus Schmidt

TS
tv
red.

Dr. med. Thomas Schröter, Mitgl. des BDI-Vorstandes
Thomas Voigtländer
Redaktion BDI aktuell

Abrechnungsmöglichkeiten erweitert

Erfolg des BDI bei EBM-Nachbesserung

Die Lobbyarbeit des BDI bei der KBV trägt noch rechtzeitig vor Inkrafttreten des neuen EBM Früchte. Im fachärztlichen Versorgungsbereich ohne Schwerpunkt niedergelassene Internisten können, sofern sie bereits im Zeitraum vom 01.01.2003 bis 30.06.2004 einen Versorgungsschwerpunkt hatten, unbefristet die Genehmigung zur Abrechnung des betreffenden EBM-Kapitels für Schwerpunktinternisten erhalten. Voraussetzung ist ein entsprechender Antrag bei der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, der bis zum 30. Juni 2005 gestellt werden muss. Die Kriterien der Anerkennung eines Versorgungsschwerpunktes wurden nicht

auf Bundesebene festgelegt, sie verbleiben im Regelungsbereich der Landes-KVen.

Einzelheiten dieser nunmehr rechtskräftigen Beschlussfassung sind im ersten Heft des Deutschen Ärzteblattes 2005 nachzulesen. Außerdem wurden der Zugang zur Abrechenbarkeit des Kardiologisch-diagnostischen Komplexes (Nr. 13350) und des Allergologisch-diagnostischen Komplexes (Nr. 30110) – dem Votum der Internisten folgend – erleichtert. Das Bundesgesundheitsministerium hat den EBM 2000 plus und die begleitenden Vereinbarungen über Regelleistungsvolumina nicht beanstandet, so dass dem Inkrafttreten zum 01.04.2005 nun keine Vorbehalte mehr im Wege stehen.

TS

Krankenhausgesellschaft

2005 wächst für Krankenhäuser die Insolvenzgefahr

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Wolfgang Pföhler, sieht schwarz. Bei steigender Patientenzahl öffne sich die Schere zwischen den seit zwölf Jahren gedeckelten Einnahmen und steigenden Kosten immer weiter. „Wir fahren Minusbudgets“, sagte Pföhler, die sich schon 2004 auf 1,5 Milliarden Euro summierten. Diese Entwicklung setze sich auch 2005 fort. Die Budgets stiegen nur im Null-Komma-Bereich, allein die Personalkosten dagegen im Westen um mehr als zwei Prozent und im Osten um mehr als vier Prozent. Die Krankenhausfallpauschalen brächten keine Entlastung, sondern würden die Lage vieler Krankenhäuser verschärfen. Denn mit der schrittweisen Einführung der Diagnosis-Related-Groups (DRG) ab 2005 wür-

den die Budgets nicht außer Kraft gesetzt. Durch die gesamten Rahmenbedingungen sei die Insolvenzgefahr der Krankenhäuser größer als je. Die Chancen der Kliniken, Träger zu finden, die ihre Defizite abdecken, würden immer geringer. Zurzeit verschärfe sich die Lage, weil der Staat weniger in die technische Ausstattung und Erhaltung der Gebäude investiere. Pföhler: „Wir vermissen seit Jahren die gesetzlich vorgeschriebenen Investitionszuschüsse der Länder, die wiederum auf ihre leeren Kassen verweisen. Dadurch ist ein Investitionsstau von 50 Milliarden Euro entstanden. Die Krankenhäuser müssen deshalb notwendige Investitionen aus eigener Kraft gewährleisten.“

Aus: A+S aktuell, 25/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Die Bürokratie, der gute Wille und die Realität

Der Jurist

Solange die Bürger nicht danach rufen, ist das beste Gesetz dasjenige, das nicht erlassen wird.

Verfassungsrichter Udo Di Fabio in: FASZ, 50/2004.

Der Politiker

Es stellt sich die grundsätzliche Frage: Brauchen wir immer mehr, immer kompliziertere Vorschriften und Instrumentarien? Müssen wir nicht zurück, nach dem Motto „keep it simple and safe“ – gerade in der Finanzierung der GKV.

Staatsrat Reinhard Stuth, Hansestadt Hamburg, bei einem Seminar zum Risikostrukturausgleich.

Der Gesetzgeber

Die solidarische Wettbewerbsordnung wird weiterentwickelt und Bürokratie abgebaut.

Unglaublich, aber wahr: So steht es in der Präambel des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (sprich: der letzten Gesundheitsreform).

Die ärztliche Realität in der Praxis

Am schärfsten kritisieren wir aber die ständig zunehmende Bürokratie in der Arztpraxis. Im Durchschnitt verbringt jeder Vertragsarzt heute täglich zwei Stunden mit GKV-Bürokratie – Zeit, die ihm für die Behandlung seiner Patienten fehlt. Jedes Gesetz hat die Vertragsärzte mit noch mehr Vorschriften drangsaliert. Ungefähr 5 Kilogramm Papier, voll mit Vorschriften, stehen in jedem Arztzimmer.

Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Ex-Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in seinem letzten Bericht zur Lage.

Die ärztliche Realität im Krankenhaus

So verbringen etwa Chirurgen in deutschen Krankenhäusern durchschnittlich zweieinhalb Stunden am Tag mit Dokumentationstätigkeit. Noch mehr Zeit – nämlich über drei Stunden – sitzt ein Arzt in der Inneren Medizin am Schreibtisch (...) 37 Prozent der Informationen werden einmal in Formularen festgehalten, 17 Prozent doppelt und 46 Prozent dreifach.

Aus: Hessisches Ärzteblatt 12/2004, Seite 722



Ein reines Primärarzt-Modell

Nicht wenige niedergelassene Kollegen glauben, dass es mit ihren Praxen in den nächsten Jahren ebenso weitergeht wie bisher. Doch das dürfte ein Trugschluss sein: In vielen Bereichen haben die neuen Vertragsformen in der ambulanten Versorgung schon eine beträchtliche Dynamik gewonnen. Die Entwicklung wird keinesfalls spurlos an den Praxen vor-

Man erinnert sich: Im GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) hatte Ulla Schmidt in § 73c SGB V auch der hausärztlichen Versorgungsebene eine Qualitätskur verordnet. **Mit Hausärzten, die bestimmte Qualitätsvorgaben erfüllen, können Krankenkassen Direktverträge abschließen.** Wenn sich die Patienten einer solchen Hausarztzentrierten Versorgung anschließen, erhalten sie einen Bonus, z.B. wird ihnen die Praxisgebühr erlassen. § 73-Verträge laufen aber nicht ohne die Kassenärztliche Vereinigung, die mit den Krankenkas-

sen die Qualitätsvorgaben für solche Verträge zu vereinbaren hat.

Im Klartext: **Hier wird ein Hausarzt erster und zweiter Klasse definiert.** Verständlich, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dieser Aufgabe sehr schwer tun. Wer entscheidet schon gern, wer sich zu Lasten Dritter im System besser stellen darf? **Mit dem § 73c SGB V hat sich die Politik wirklich eine raffinierte Regelung ausgedacht, die für die Kassenärztlichen Vereinigungen in der hausärztlichen Versorgungsebene zum Sprengstoff werden kann.**

begehen. In jedem Fall sollten Internisten die Entwicklung im Auge behalten, denn all die neuen Versorgungsformen entfalten ihre Wirkung in der gesamten ambulanten Versorgung – auch wenn bei einigen Verträgen die Bezeichnung „Hausarztmodell“ nur eine begrenzte Bandbreite bei den Auswirkungen suggeriert.

Inzwischen liegen uns zur Umsetzung drei Varianten vor, deren vertragliche Einzelheiten noch nicht ganz offen gelegt sind.

■ Erst vor wenigen Wochen wurde der **Vertrag der Barmer Ersatzkasse vorgestellt, den diese mit dem Hausärzterverband abgeschlossen hat.** Er weicht in einem wichtigen Punkt von den oben beschriebenen Vorgaben ab: Um die Kassenärztliche Vereinigung aus dem Geschäft herauszuhalten, wählte man als Grundlage den § 140a ff. SGB V; **for-**

mal handelt es sich also um einen Vertrag über eine integrierte Versorgung. Mit diesem Trick ist es gelungen, die KVen und insbesondere deren Vorgaben für die Qualifikationen herauszuhalten.

Zwar kennt der Vertrag auch Qualitätsvorgaben für die beteiligten Hausärzte; diese sind aber sehr niedrig gehalten. Sie dürften kein Hindernis für die Aufnahme in diesen Vertrag sein.

Außerdem hat man in den Vertrag auch noch die so genannte „Hausapotheke“ als neue Versorgungsstruktur fest etabliert: Die Patienten müssen sich nicht nur für einen einzelnen Hausarzt, sondern auch für einen Hausapotheker entscheiden. Mit dem Hausapotheker ist ein zweiter Versorgungsbereich ins Spiel gekommen, was die Voraussetzung für eine integrierte Versorgung war. Die Apotheker sind gewissermaßen das integrierte Feigenblatt, um die KVen herauszudrängen.

Ansonsten liest sich alles wie ein reines Primärarztmodell, das nur die Augen- und Frauenärzte ausgelassen hat.

■ Bekannt geworden ist auch ein Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Betriebskrankenkassen, der sich nicht als Integrationsvertrag tarnt, sondern ein echtes Hausarztmodell darstellt. Er wurde allerdings vom Länderausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gekippt. Bezüglich des Primärarztmodells war man in diesem Ver-

Pressemitteilung des BDI zum Barmer Hausärztervertrag

Rückschritt in die 50er Jahre

Von einem Fortschritt kann bei dem so genannten Hausärzte-Vertrag der Barmer keine Rede sein, kritisiert BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack: „Für die Patienten ist er ein Rückschritt in die 50er Jahre und die Praxis verspricht angesichts der offenen Fragen chaotisch zu werden.“

Letztlich, so kritisiert Wesiack, **handelt es sich bei dem Vertrag zwischen Barmer und Hausärzterverband**, der kürzlich mit großem Tamtam vorgestellt wurde, **um einen lupenreinen Primärarztvertrag.** Die Patienten geben ihr Recht der freien Arztwahl ab und machen sich fast völlig von einem einzelnen Hausarzt und einem Apotheker abhängig. „Das ist ein Rückfall in die Verhältnisse der 50er Jahre, als es noch keine freie Arztwahl gab“, betont Wesiack.

In der Praxis dürfte der Vertrag für erhebliche Probleme sorgen und sich als Düngemittel für die ohnehin schon wuchernde Bürokratie erweisen. Wenn die Barmer die Einhaltung des Überweisungsvorbehaltes wirklich überwachen will, wird sie eine zusätzliche Kontrollbürokratie aufbauen müssen. Aber auch die Hausärzte, die sich am Vertrag beteiligen, müssen noch mehr Zeit als bisher auf zusätzliche Dokumentationen verwenden. Aller Wahrscheinlichkeit nach werden sie von der Kasse auch auf Billigmedikation getrimmt werden oder die konkrete Auswahl der verordneten Medikamente gleich vollständig dem „Hausapotheker“ überlassen müssen. Denn die Barmer kann – neben zusätzlichen DMP-Einschreibungen – die Zusatzkosten des Vertrages letztlich nur im Arzneisektor wieder hereinholen.

„Bei diesem Vertrag geht es offenbar doch nur darum, Geld auf Kosten Dritter abzuschöpfen; ich habe den Verdacht, dass hier vor allem DMP-Fänger rekrutiert werden sollen“, beklagt Wesiack. Er begründet den Verdacht mit der Tatsache, dass sich **die teilnehmenden Ärzte ausdrücklich verpflichten müssen, an DMP teilzunehmen – was dann wiederum die Bürokratie in der Praxis verstärkt.** Und ob die beteiligten Hausärzte wirklich regelmäßig mit einem fünften Quartalsumsatz im Jahr rechnen können, wie es der Hausärzterverband suggeriert, glaubt der BDI-Präsident nicht: „Die stark verschuldete Barmer will doch ihre Kosten senken und nicht steigern – da liegt es auf der Hand, dass die Kasse auf Dauer keine höheren Kosten akzeptieren wird.“

trag mindestens genauso konsequent wie der Hausärzteverband und die Barmer Ersatzkasse, hatte sogar die Sonderrolle der Frauenärzte und der Augenärzte vergessen. Auch mit den geforderten Qualitätsvorgaben war es nicht so weit her.

- Auch die Ärztenngesellschaft MEDI beteiligt sich am Vertragswettbewerb, scheint aber das Primärarztmodell abzulehnen. Man bindet den Facharzt in den Versorgungsablauf so ein, dass er vor einer stationären Behandlung konsultiert werden muss. Finanzielle Vergünstigungen sind für Haus- und Fachärzte vorgesehen.



Auf dem Feld der hausärztlichen Versorgung ist der Vertragswettbewerb also schneller als gedacht eröffnet worden. Es wird auch nicht bei den hier erwähnten drei Modellen bleiben, weitere werden hinzukommen.

Man sollte alles, was jetzt noch das Licht der Welt erblickt, besonders auf folgende Punkte überprüfen:

- Handelt es sich wirklich um eine hausarztzentrierte Versorgung nach dem § 73c SGB V oder versucht man durch andere Rechtskonstruktionen über die integrierte Versorgung die Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Geschäft herauszuhalten, wie dies z.B. die

Barmer Ersatzkasse und der Hausärzteverband tun?

- Werden wirklich sinnvolle Qualitätsvorgaben eingeführt oder hält man sie so niedrig, dass auch wieder alle mitmachen können?
 - Nutzt man die neuen rechtlichen Möglichkeiten, um das Primärarztmodell möglichst lupenrein einzuführen?
- Interessant dürfte die Reaktion der Patienten sein: Tragen sie sich für solche Vertragsangebote ein und lassen sie sich ihre freie Arztwahl für den Erlass der Praxisgebühr abkaufen? Darüber hinaus bleibt einiges an offenen Fragen und Ungeheimheiten übrig.

Kostenerstattung bei Patienten ohne Überweisung?

Was machen die Fachärzte, wenn diese Patienten mit Chipkarte und ohne gültigen Überweisungsschein dennoch in ihrer Praxis erscheinen und behandelt werden wollen? Muss der Facharzt nun alle Barmer-Patienten fragen, ob sie beim Hausarztmodell mitmachen? Und wie geht er mit einem eingeschriebenen „Hausarztmodell-Patienten“ um, der ohne Überweisung kommt?

Wahrscheinlich glauben alle Vertragspartner, dass – sozusagen unter der Decke und unbemerkt – alles so weitergeht wie bisher und der Facharzt den Patienten unverändert im System und im sich kontinuierlich verminderten Honoraropf der Fachärzte versorgen wird.

Aber kann ein „Hausarztmodell-Patient“ ohne Überweisung wirklich genauso abgerechnet werden, als sei er ein ganz normaler Kassenpatient? Oder ist er ein Fall für die Kostenerstattung? Letzteres wäre nämlich die logische Konsequenz – denn ein solcher Patient bewegt sich hier außerhalb seiner Versicherungs-Vereinbarung durchs Gesundheitswesen.

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**

W. Wesiack

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

Im Zentrum sollen die Krankenhäuser stehen

Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland, zieht die Zwischenbilanz für die integrierte Versorgung zurückhaltend. **170 Verträge waren bis Ende Oktober letzten Jahres bundesweit registriert, die meisten davon nach seinen Worten „alter Wein in neuen Schläuchen“.**

Die Krankenhäuser stehen aus seiner Sicht im Zentrum der integrierten Versorgung. Fast 80% der bei seiner Kasse gestellten 154 Vertragsangebote stammen von Krankenhäusern, berichtete er auf dem 27. Deutschen Krankenhausstag in Düsseldorf. **Im Verein mit anderen Krankenkassen hat sich die AOK Rheinland für Beginn des Jahres 2005 ein großes Programm für die integrierte Versorgung vorgenommen:** Zunächst soll mit Pilotprojekten in einzelnen Regionen begonnen werden, ehe ein flächendeckendes Roll-out anlaufen kann. Bei-

spielhaft nannte Jacobs I.V.-Projekte wie „Der multimorbide Patient in der hausärztlichen Praxis“, „Der Patient mit schwerer Erkrankung“ und „Der chronisch oder schwer erkrankte Patient an besonderen Orten (stationäre Pflegeeinrichtung)“. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt/Herzinsuffizienz oder Depressionen sind einige der Krankheitsbilder, die dafür in Frage kommen. **Bis Ende März 2005, erklärte Jacobs in Düsseldorf, sollen im Rheinland ca. 25 integrierte Versorgungsnetze in Gang gebracht werden.**

Im Nukleus eines solchen integrierten Netzes steht das Krankenhaus, um das herum sich niedergelassene Haus- und Fachärzte, ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittel-Lieferanten, Apotheken und Selbsthilfeeinrichtungen anbinden. Ein externes Netzwerkmanagement, das zum 1.

November 2004 an den Start gegangen ist, fungiert als neutraler Dienstleister für die Netze, begleitet sie betriebswirtschaftlich, bildet Netzstrukturen, baut ein einheitliches Controlling auf, schließt Zielvereinbarungen, organisiert ein einheitliches Konzept für Informationstechnologie und Datenfluss und implantiert Bonus- und Prämienregelungen.

Nach Ansicht von Heinz Kölking, dem Präsidenten des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VDK), kommt der Managementfunktion eine herausragende Rolle zu. Er geht davon aus, dass sich dieser Bereich zunehmend professionalisieren wird und in so genannte Management-Gesellschaften mündet, die Leistungspakete zusammenstellen und den Krankenkassen anbieten.

Für Kölking ist es augenscheinlich, dass die integrierte Versorgung als Komplexleistung die Anreize grundlegend verändert. **Im Gegensatz zur**

Vergütung von Einzelleistungen dürfte das Interesse an möglichst vielen Leistungen schwinden. Dass das Pendel nicht zu stark in die Gegenrichtung ausschlägt und zu wenig gemacht wird, lässt sich durch externe Qualitätssicherung steuern. Aber auch Instrumente der Selbststeuerung können greifen, wenn z.B. Minderqualität zum Schaden der Leistungsanbieter führt. Hierzu zählt er die Kosten von Komplikationen oder die Vereinbarung von Garantieleistungen.

Sorgt Wettbewerb für Qualität?

Leistungen der integrierten Versorgung werden vertraglich vereinbart und unterliegen weitestgehend dem Wettbewerb. Deshalb haben die beteiligten Krankenhäuser, Niedergelassenen, Reha-Einrichtungen, Pflegedienste etc. ein vitales Eigeninteresse an der Qualität der Leistungen und der Ergebnisse. Ebenso ist laut Kölking davon auszugehen, dass die Krankenkasse wie auch die zwischengeschaltete Management-Gesellschaft ein elementares Interesse daran hat, die Akteure in einem integrierten Netz unter Qualitätsgesichtspunkten auszuwählen.

Aber das ist alles noch Zukunftsmusik. Die bisherigen Vertragsabschlüsse bezeichnet Rechtsanwältin Susanne Renzewitz, Leiterin des Bereichs Politik der Deutschen Krankenhausgesellschaft, als Integrationsverträge der „ersten Generation“, mit denen Erfahrungen in einem abgrenzbaren Bereich gesammelt werden können. Eine echte sektorenübergreifende Versorgung finde bislang jedoch noch nicht statt. Das werde Aufgabe der Verträge der „nächsten Generation“ sein. „Die Überwindung von sektoralen Denkmustern ist Voraussetzung für innovative integrierte Versorgungsstrukturen“.

Milliarden-Verschieberei zwischen den Kassen

Das Geld muss für die Kranken fließen!

Der Risikostrukturausgleich, in dem zweistellige Milliardenbeträge zwischen den Krankenkassen verschoben werden, ist dringend reformbedürftig. Seine Zahlungen sollen in Zukunft durch einen Morbiditätsbezug geregelt werden. Wer viele Kranke versichert, muss auch stärker an den Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt werden. Dies soll ab 2007 geschehen, die Arbeiten am so genannten Morbi-RSA sind in vollem Gange.

Es lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit. Horst Seehofer hat den Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung erfunden, ihn aber auf die Beitragshöhe begrenzt. Was Wunder, dass sich die

Krankenkassen mehr für gesunde Versicherte als für kranke Patienten interessiert haben. Um dieses für eine funktionierende Krankenversicherung gefährliche Verhalten zu unterbinden, wurde der Risikostrukturausgleich eingeführt. Zunächst orientierte man sich dabei an den einfachsten Kriterien, nämlich an Alter und Geschlecht.

Am Fehlverhalten der Krankenkassen bei der Risikoauswahl der Versicherten hat dies aber wenig geändert. Ulla Schmidt wollte dies mangels Morbiditätsdaten durch die Disease-Managementprogramme lösen. Dabei ging es, wie wir alle inzwischen bemerkt haben, nur vordergründig um die Verbesserung der Versor-

gung, vielmehr wollte man für die Krankenkassen finanzielle Anreize setzen, wieder Kranke zu versichern.

Die Krankenkassen sehen deshalb dem Morbi-RSA mit gemischten Gefühlen entgegen, werden sie doch wieder an ihre eigentliche Aufgabe herangeführt, sich mit den vorwiegend chronisch Kranken zu beschäftigen. Die Fehler der Vergangenheit bei der Suche nach gesunden Beitragszahlern müssen korrigiert werden, die Versorgung kranker Menschen kommt wieder in den Mittelpunkt der Bemühungen. Man wird sich wieder auf die eigentliche Aufgabe einer Krankenversicherung rückbesinnen müssen.

HFS

ks

❄️

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
Broglie • Schade • et al.
Erscheinungstermin: Dezember 2004
16. Auflage, ca. 1.900 Seiten
Format 14,5 x 21 cm
ISBN 3-922264-59-X
Kartoniert,
€ 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

btl-Febr-05



Virtuelle Watsche für Hausärzte-Vertreter

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat einen neuen Vorstand gewählt – diesmal für eine Amtszeit von 6 statt der bisherigen 4 Jahre und zudem hauptamtlich; die bisherigen Vorsitzenden waren ehrenamtlich tätig. Die Chronologie der Wahlen ist ausgesprochen interessant:

Zunächst wurde das hausärztliche Vorstandsmitglied gewählt. Einziger Kandidat: Ulrich Weigeldt, Allgemeinarzt aus Bremen, Vorsitzender des Hausärzterverbandes. **Von 60 abgegebenen Stimmen erhielt er 25 Ja-Stimmen. 21 Mitglieder der Vertreterversammlung stimmten mit Nein, 14 enthielten sich.**

Zur Wahl des fachärztlichen Vorstandsmitglieds stand ebenfalls nur ein Kandidat zur Verfügung: Dr. Andreas Köhler, bisheriger Hauptgeschäftsführer der KBV. Die Facharzt-

fraktion in der neuen Vertreterversammlung hatte ihn vorgeschlagen. Er erhielt 54 Ja-Stimmen, 5 Vertreter stimmten mit Nein und einer enthielt sich der Stimme.

Anschließend war zu entscheiden, wer von beiden erster Vorsitzender wird. Weigeldt verzichtete von vornherein, so dass nur Köhler zur Verfügung stand. 59 Vertreter stimmten für ihn, einer dagegen.

Die beiden werden ihre Ämter am 1. Februar 2005 offiziell übernehmen.

red

Kommentar

Eine Analyse von Wahlergebnissen ist nicht nur historisch interessant, sondern gibt auch Hinweise auf das Wahlverhalten und die Reaktion der Ver-

treterversammlung bei zukünftigen Abstimmungen. Folgende Ergebnisse scheinen besonders interessant:

■ Die Fachärzte haben sich bei der Wahl ihres Kandidaten konsequent an die Absprachen gehalten, ein Verhalten, das man ihnen nach den Erfahrungen der Vergangenheit nicht zugetraut hat.

■ **Die Hausärzte hatten demgegenüber große Mühe, ihren Kandidaten durchzubringen, da sie innerverbandlich zerstritten waren.** Das Wahlergebnis ist nur zu erklären, weil einzelne KV-Bezirke in alte Strukturen zurückgefallen sind und nicht nach dem Muster Hausarzt/Facharzt sondern regionalisiert abgestimmt haben. Dies scheint besonders für Niedersachsen und für Nordrhein zu

gelten. Man darf gespannt sein, ob sich in Zukunft die Fraktionsbildung nach Hausarzt und Facharzt dennoch durchsetzen wird.

■ Die Psychotherapeuten haben sich zwar an den Absprachen beteiligt, haben aber offensichtlich nicht einheitlich abgestimmt. Sie konnten bei dieser Wahl eben nicht das Zünglein an der Waage spielen.

■ **Bei der Wahl zum ersten Vorsitzenden gab es eine überwältigende Zustimmung für Dr. Köhler, dies muss als ermutigendes Signal verstanden werden, dass die Vertreterversammlung zumindest in der Außenvertretung mit einer Stimme unabhängig von der Fraktionsbildung Hausarzt/Facharzt sprechen will.**

HFS

Begriffsverwirrung

Die wunderbare Vermehrung der Kunstfehler

Im letzten Sachverständigengutachten hat man das Kapitel **Fehler in der Medizin** aufgegriffen und ausführlich die Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit abgeklopft. Insbesondere im Ausland gibt es Schätzungen, **wie man die Behandlung der Patienten durch effektives Medizinmanagement sicherer machen kann**, natürlich verbunden mit der Hoffnung, Geld zu sparen.

Im Klartext: Hier geht es nicht um persönliche Behandlungsfehler des Arztes, so genannte Kunstfehler, sondern um Probleme, die aus dem Betriebsablauf eines Gesundheitsbetriebes entstehen. Im Wesentlichen geht es also um eine Art Qualitätsmanagement, an dem natürlich alle am Gesundheitswesen Beteiligten mitarbeiten müssen. Gegen solche Maßnahmen kann ernsthaft niemand etwas einwenden. Im

Gegenteil, es müssen Instrumente gefunden werden, um solche Fehler aufzudecken und dann zu beseitigen.

Von schlampigen Ärzten umgeben?

Die Berichterstattung in den Medien – wie beispielsweise eine große Reportage, die kürzlich im Stern erschien – zeigt aber, **dass man die feinsinnige Differenzierung zwischen dem ärztlichen Behandlungsfehler einerseits und**

dem hier beschriebenen Fehlermanagement in einem Gesundheitsbetrieb andererseits nicht so ernst nimmt oder nicht verstehen will. Der unvoreingenommene Leser oder Zuschauer gewinnt deshalb zunehmend den Eindruck, als sei er von lauter schlampig arbeitenden Ärzten umgeben und dürfe sich kaum noch ins Krankenhaus trauen.

Man ist schon wieder dabei, ein Stück Vertrauen in unser Gesundheitswesen zu zerschla-

gen. Nach dem bekannten Strickmuster wird die Diskussion wieder ärztezentriert geführt.

Diese Entwicklung muss gestoppt werden, indem die ärztlichen Organisationen, vorweg die Kammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sich dieses Themas offensiv annehmen und dabei darauf achten, dass zwischen Behandlungsfehlern und Fehlermanagement auch in der öffentlichen Diskussion sauber getrennt wird.

HFS

Neues von der Arbeitsfront

Urlaubsgeld kann während Elternzeit entfallen

In Tarifverträgen kann vorgesehen sein, dass Urlaubsgeld während der Elternzeit (früher: Erziehungsurlaub) nur gekürzt oder gar nicht mehr ausgezahlt wird. Das kann auch während der Zeit der Beschäftigungsverbote wegen der Geburt eines weiteren Kindes gelten, wenn die Elternzeit nicht unterbrochen worden ist.

(Bundesarbeitsgericht, AZ: 9 AZR 137/02
Aus: AOK, „Praxis aktuell“, 2/2004)

Ruiniert der EBM die Belegärzte?

Eine Unterbewertung belegärztlicher Leistungen und existenzvernichtende Umsatzeinbußen für Belegkliniken und Belegabteilungen von Akutkrankenhäusern befürchtet der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. (BDPK), Berlin, falls der völlig neu strukturierte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) 2000plus in der derzeitigen Fassung tatsächlich zum 1. April 2005 ohne Änderungen eingeführt würde.

Der Verband beklagt, dass die operativen Leistungen von Belegärzten nach der vorgesehenen Neuregelung des EBM mit höchstens 50 Prozent jener Punktzahl honoriert werden, die Vertragsärzte im Bereich des ambulanten Operierens abrechnen können. Dies führe zu einer vom Gesetz nicht gewollten deutlichen Schwächung des Belegarztwesens.

Die Privatkrankeanstalten, unterstützt durch den Bundesverband Deutscher Belegärzte e.V., den Berufsverband der Frauenärzte e.V. und durch den Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie e.V., hat in einer Eileingabe an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kooperationspartner der Berufsverbände sowie an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung appelliert, die für die belegärztliche Tätigkeit

drohenden Einschnitte zu bedenken und Korrekturen am EBM vorzunehmen.

(...)

In der derzeitigen Fassung des EBM 2000plus seien die zum Teil erheblich verringerten Bewertungsrelationen für die belegärztlichen Operationen in Höhe bis zu maximal 30 Prozent im Fallpauschalen-Katalog 2005 für die Krankenhäuser zu berücksichtigen.

BDPK-Hauptgeschäftsführer Bublitz unterstrich in der Eingabe die bisher auch von der Politik und den Verbänden hoch gehaltenen Grundsätze zugunsten einer funktionierenden belegärztlichen Versorgungsstruktur:

- Ein modernes kooperatives Belegarztwesen und eine intakte belegärztliche Klinikstruktur komplettieren die sektorenübergreifende fachärztliche Versorgung neben der Facharztschiene im Kliniksektor. Dies sei in Flächenregionen unverzichtbar.

- Durch falsche Anreize würde es den Krankenhäusern unmöglich gemacht, die Infrastrukturen und die Einrichtungen effektiv und arbeitsteilig zu nutzen. Es sei zu beachten, dass es ausschließlich belegärztlich geführte Krankenhäuser gibt, deren Existenzgrundlage mit dem EBM 2000plus wegfallen würde.

- Dadurch käme es zu Verlagerungen in den stationären

Sektor, wodurch die operativen Leistungen auch über das Fallpauschalensystem (DRGs) zu vergleichsweise höheren Kosten zulasten der Kostenträger (Krankenkassen) erbracht würden. Es sei davon auszugehen, dass die im stationären Sektor und in Anstaltskrankenhäusern vorhandenen Behandlungskapazitäten derzeit nicht ausreichen, um den zusätzlichen Leistungsbedarf in den Krankenhäusern abzudecken.

- Würden anstelle klinikambulanter und belegärztlicher Leistungen operative Leistungen ausschließlich von Hauptabteilungen der Krankenhäuser erbracht werden, würden die Kosten insgesamt erhöht.

Dringend müssten die belegärztlich erbrachten operativen Leistungen neu und transparent kalkuliert werden. Die vorgesehenen prozentualen Abschläge für belegärztliche Leistungen von den vertragsärztlichen Vergütungspositionen müssten realistisch und nachvollziehbar ermittelt werden.

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

Kommentar

Der Verband der Belegärzte hat die kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Umsetzung des EMB 2000plus auf einen

Geburtsfehler hingewiesen, der vor der Einführung des EBM am 01.04.2005 dringend beseitigt werden muss. Der Bundesmantelvertrag regelt die Abrechnung der belegärztlichen Leistungen in der Form, dass sehr häufig nicht die volle Vergütung nach dem EBM, sondern nur etwa 50 % abgerechnet werden können.

Dies wurde mit der vor Jahrzehnten eingeführten und inzwischen oft wiederholten Begründung vorgenommen, dass man Einrichtungen des Krankenhauses mitbenutzt. Im neuen EBM haben wir es aber mit einer geänderten Kalkulationsgrundlage zu tun, sodass Belegärzte plötzlich nach dem EBM 2000plus weniger abrechnen können, als nach der alten Regelung.

Die KBV will dies korrigieren, indem sie neue sachgerechte Abschläge für die einzelnen Leistungen definiert und in den Bewertungsausschuss eingebracht hat. Hier können die Krankenkassen jetzt beweisen, dass die Förderung der belegärztlichen Tätigkeit nicht nur ein Lippenbekenntnis ist, indem man die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung akzeptiert. Tun sie dies nicht, müssen sie sich den schwerwiegenden Vorwurf gefallen lassen, das Belegarztwesen als funktionierendes Beispiel für eine integrative Versorgung zu zerstören.

Aber auch die Kassenärztliche Vereinigung wird sich überlegen müssen, ob alle Vorgaben der Regelleistungsvolumina der belegärztlichen Tätigkeit förderlich sind. So wird beispielsweise die Fallzahlbegrenzung die Belegärzte bei der stationären Versorgung so empfindlich behindern, dass die davon betroffenen Belegkrankenhäuser im Vergleich zu anderen Kliniken mit offener Fallzahlgestaltung massiv benachteiligt werden. Auch hier ist dringend Abhilfe nötig.

Quelle: DGD Nr. 23/2004

HFS

Versicherungsfremde Leistungen finanzieren

Rauchergeld reicht nicht

Die Mehreinnahmen aus den Tabaksteuererhöhungen zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen fallen weder im laufenden noch voraussichtlich in den zwei Folgejahren hoch genug aus, als dass sie die veranschlagten Ausgaben decken können. Das hat das Finanzmi-

nisterium (BMF) namens der Regierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion (Bundestags-Drucksache 15/4104) hin offen gelegt. Kalkuliert worden war mit Extraeinnahmen von 1,045 Milliarden Euro für 2004 (die laut BMF nicht erreicht werden), 2,158 Milliarden für 2005 und 2,708 Milliar-

den für 2006. Pauschal abzugelten hat der Bund in den drei Jahren aber versicherungsfremde Leistungen von schätzungsweise einer Milliarde Euro in 2004, sowie von 2,5 und 4,2 Milliarden Euro in den beiden Folgejahren.

Die EBM-Schulung für Internisten

Informationsveranstaltung EBM 2000 plus – Stand 16. Januar 2005

Landesgruppen im BDI e.V.	Ort der Veranstaltung	Datum	Referent(en)
Bayern	Regensburg KV Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz, Yorckstr. 15 / Eingang Scharnhorststr. 10 93049 Regensburg	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
	München – Ort wird noch bekannt gegeben – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt	09.03.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell*
Brandenburg	Dahlewitz Van der Valk Hotel Berliner Ring, Eschenweg 18, 15827 Dahlewitz	02.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Bremen	Bremen	in Planung	
Hamburg	Hamburg Ärztelhaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg	08.03.2005 – 20:00 h	Hr. Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV HH Dr. Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Hessen	Kassel Kassenärztliche Vereinigung Hessen Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel	15.02.2005 – 19:30 h	Dr. med. H.-F. Spies, Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
	Frankfurt Kassenärztliche Vereinigung Hessen Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt a. M.	26.01.2005 – 19:30 h	Dr. med. H.-F. Spies, Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock Ärztelhaus, Paulstraße 45-55, 18055 Rostock	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
Nordbaden	Karlsruhe Siemens Karlsruhe, Östliche Rheinbrückenstraße 50, 76187 Karlsruhe	16.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Nordrhein	Köln KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln	23.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Nord-Württemberg	Stuttgart	Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 07.12.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden. Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)	
Pfalz	Neustadt Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt – Regionalzentrum Pfalz, Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt	09.02.2005 – 15:00 h	Ruth Venus, Referatsleiterin, KV Rheinland-Pfalz
	Neustadt Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz – für FA-Internisten – Regionalzentrum Pfalz, Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt	02.03.2005 – 15:00 h	Ruth Venus, Referatsleiterin, KV Rheinland-Pfalz
Rheinhausen	Mainz Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz	24.02.2005 – 19:30 h	Dr. med. H.-F. Spies Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
Saarland	Saarbrücken	in Planung	
Sachsen	Dresden KV Sachsen Schützenhöhe 12, 01099 Dresden	03.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Schlesw.-Holst.	Kiel	Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 17.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden. Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)	
Südbaden	Freiburg	Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 22.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden. Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)	
Süd-Württemberg	Ulm	in Planung	
Thüringen	Weimar	Februar/März 2005 – in Planung	
Trier	Trier Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz Regionalzentrum Trier, Balduinstraße 10-14 54290 Trier	23.02.2005 – 18:30 h	Hr. Leo Mattes, KV Rheinland-Pfalz – Regionalzentrum Trier Dr. Ottenhausen, Vorsitzender LG Trier im BDI e.V.
Westfalen-Lippe	Bielefeld Ravensberger Spinnerei Ravensberger Park 6 33607 Bielefeld	09.03.2005 16.00 h – 18.00 h – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt – 18.00 h – 20.00 h – für FA-Internisten –	Hr. Müller, Hauptabteilung Abrechnungswesen KV W-L
	Dortmund KV Dortmund Robert-Schimrigk-Straße 4-6 44141 Dortmund	16.03.2005 16.00 h – 18.00 h – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt – 18.00 h – 20.00 h – für FA-Internisten –	Hr. Hecker, Hauptabteilung Abrechnungswesen KV W-L

Wer möchte, kann zu den Veranstaltungen vorab Fragen einreichen, die dann behandeln werden. Bitte mit dem Stichwort „EBM-Schulung“ und der Angabe des Schulungsortes an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de). Zu allen Veranstaltungen erfolgen rechtzeitig schriftliche Einladungen.

So schätzen Sie die Folgen für Ihre Praxis ab

Mit dem neuen EBM kommen auch die Regelleistungsvolumina (RLV). Sie werden noch stärker als die eigentliche Gebührenordnung das Honorar der Niedergelassenen beeinflussen – darüber hat *BDI aktuell* schon mehrfach berichtet. Wohin der Weg führen wird, lässt sich derzeit noch nicht für jede Praxis exakt vorausberechnen, dennoch sollte man schon jetzt einige grundsätzliche Überlegungen anstellen, um zumindest einen Eindruck von den Auswirkungen zu bekommen und um unnötigen Honorarverlusten vorzubeugen.

Wie viel Honorar eine internistische Praxis erwirtschaften kann, hängt ganz erheblich von der Arztgruppe ab, der sie von ihrer KV zugeteilt wird. Dafür gibt es keine bundesweit absolut gültige Regel, die Rahmenbedingungen lassen den KVen viel Spielraum. Hinzu kommt, dass gerade bei Internisten die Eingruppierung sehr variabel ausfallen kann.

Um sich rechtzeitig auf den neuen EBM und die begleitenden Regelleistungsvolumina einzustellen, sollten Sie im Vorfeld klären, wie Ihre eigene Praxis positioniert ist und welche Eckwerte Ihre KV zu setzen gedenkt. Die folgenden Informationen und Checklisten sollen Ihnen dabei helfen. Sie können nicht alle Aspekte abdecken, sprechen aber wichtige Punkte samt deren Auswirkung auf das Honorar an. Darüber hinaus organisiert der BDI speziell auf Internisten zugeschnittene Informationsveranstaltungen zum neuen EBM (siehe Seite 10)

A: Die wichtigsten Vorgaben für die Regelleistungsvolumina

- 1) Das RLV einer Praxis (in Punkten) wird zu einem festen Punktwert vergütet. Was darüber hinausgeht, wird nur noch zu einem stark abgestaffelten Punktwert vergütet. Die Höhe des Punktwertes muss mit den Kassen regional verhandelt werden. Die politische Vorgabe hierfür sollten 5,11 Cent sein, um die betriebswirtschaftliche Kalkulation sichtbar werden zu lassen.
- 2) Das RLV einer Praxis errechnet sich aus der Fallzahl, multipliziert mit der jeweiligen **Fallpunktzahl**. Die Fallpunktzahl ist die Punktzahl, die ein Patient mitbringt; hier werden drei Altersgruppen unterschieden, die jeweils unterschiedliche Punktzahlen mitbringen: Patienten bis zum 5. Geburtstag, Patienten zwischen 6 und 60 Jahren, Patienten ab dem 61. Lebensjahr; hier wird die alte „Rentnerregelung“ abgebildet.
- 3) Es gibt zwei **Fallzahlgrenzen**: Bis zu 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe bringt jeder Fall die volle Fallpunktzahl mit. Fälle zwischen 150 und 200 Prozent des Fachgruppendurchschnitts bringen nur noch 75 Prozent der Fallpunktzahl. Für alle über 200 Prozent hinausgehenden Fälle erhöht sich das Regelleistungsvolumen der Praxis nicht mehr. Aber Achtung: **Die KVen können davon abweichende Werte festlegen!** In Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren zählt die Summe der Mittelwerte für Ärzte.
- 4) Für Gemeinschaftspraxen gilt als Fallpunktzahl der Mittelwert zwischen den beteiligten Fachgruppen. Darauf kommt dann noch ein Zuschlag von 30 Punkten pro beteiligter Fachgruppe, mindestens jedoch 130, höchstens 220 Punkten.
- 5) Eine Reihe von Leistungen fällt nicht unter das RLV. Dazu zählen aus dem internistischen Leistungsspektrum beispielsweise:
 - ▶ Besondere Inanspruchnahme (außerhalb der Praxiszeiten)
 - ▶ Notfalldienst
 - ▶ Schutzimpfungen, Gesundheits- und Früherkennungsunter-

suchungen

- ▶ Hausärztliche Grundvergütung
- ▶ Besuche, Prüfung der häuslichen Krankenpflege
- ▶ Labor-Grundleistungen
- ▶ Schriftliche Mitteilungen, Gutachten
- ▶ Auswertung Langzeit-EKG (nur wenn sie als Auftragsleistung erbracht wird!)
- ▶ Dialyse
- ▶ Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
- ▶ Diagnostische Teilgebietsradiologie
- ▶ Kostenpauschalen.

Eine umfangreichere Liste finden Sie in *BDI aktuell* 10/2004.

B: Checkliste Position der eigenen Praxis

- 1) Wie viele Punkte bringen mir bisher in etwa die Leistungen, die nicht ins Regelleistungsvolumen fallen (siehe A5)? Wie hoch ist der verbleibende Anteil? Ändert sich dieser Anteil (siehe C2)?
- 2) Wie hoch ist meine Fallzahl? Wie teilt sie sich auf die drei Altersgruppen auf? (siehe A2).
- 3) Wie hoch ist die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe? Dies steht zwar in den Abrechnungsbescheiden, allerdings kann diese Zahl nur herangezogen werden, wenn sich die Fachgruppeneinteilung in Ihrer KV mit Einführung der Regelleistungsvolumina **nicht** ändert. Sicherheitshalber Rückfrage bei der KV (siehe auch C4).
- 4) Fachärztliche Internisten ohne formalen Schwerpunkt: Hat meine Praxis beim Leistungsspektrum einen Schwerpunkt? *Auch fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt können einer Schwerpunktgruppe zugeordnet werden, wenn sie bei ihren Leistungen tatsächlich einen Schwerpunkt haben. Siehe auch C7!*
- 5) Hausärztlich tätige Internisten: Welche fachärztlichen Leistungen erbringen Sie mit Genehmigung Ihrer KV? *Diese sind in der Fallpunktzahl der Hausärzte nicht enthalten und müssen zu einer Erweiterung des RLV der Praxis führen. Machen Sie Ihre KV frühzeitig darauf aufmerksam, dass dies aus Sicherheitsgründen nötig ist!*

C: Checkliste Fragen an die KV – Folgen für die Praxis

- 1) Generell: Inhalt des Honorarverteilungs-Vertrages zwischen KV und Kassen und dessen konkrete Folgen für die Praxis.
- 2) Welche Leistungen meiner Praxis werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet. Wie hoch ist der dafür vereinbarte Punktwert? *Zusammen mit B1: Abschätzung des Honorars außerhalb des RLV.*
- 3) Welche Fallpunktzahlen gelten für meine Praxis (Fachgruppe)? *Zusammen mit B2 und C4: Abschätzung des RLV der Praxis. Ein Vergleich mit dem verbleibenden Anteil nach B1 vermittelt einen Eindruck davon, ob die Leistungsmenge beschnitten wird oder ob noch Luft besteht. Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren: Auch A4 beachten!*
- 4) Wo werden die beiden Fallzahlgrenzen (siehe A3 und B2) für meine Praxis angesetzt? *Bei hohen Fallzahlen eventuell notwendig, um RLV richtig einzuschätzen.*
- 5) Welchen Punktwert erhalte ich innerhalb des RLV? *Zusammen mit B2, C3 und ggf. C4: Abschätzung des Honorarpotenzials der Praxis innerhalb des RLV. Wer mit dem verbleibenden* ▶

Leistungsanteil nach BI bisher mehr Honorar erzielt hat, muss mit Einbußen rechnen. Wer weniger erzielt hat, bekommt nicht automatisch mehr – dies hängt von der Abrechnung nach dem neuen EBM ab, der sich strukturell erheblich vom bisherigen EBM unterscheidet.

- 6) Wie hoch fällt der abgestaffelte Punktwert bei Überschreitung des RLV aus?
- 7) Fachärztliche Internisten ohne formalen Schwerpunkt: Wie muss ich einen Versorgungsschwerpunkt nachweisen? Wenn die KV für jeden Schwerpunkt und für fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt eigene Gruppen bildet, ist zu überlegen, ob die Schwerpunktgruppe oder die Gruppe „fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt“ günstiger ist. Dann müssen die Rahmenbedingungen beider in Frage kommenden Gruppen eruiert und verglichen werden.

Auch wenn die KVen in der Lage sind, auf alle Fragen kompetent zu antworten, wird es auch mit Einführung des EBM und der Regelleistungsvolumina noch große Unsicherheiten geben, die erst im Lauf der Anwendung erkannt und gelöst werden können. Man fühlt sich an die Weiterbildung erinnert, für die das Prinzip „Learning by Doing“ gilt. Entscheidend dürfte das Honorarvolumen außerhalb der RLV sein. Hier müssen die KVen hart verhandeln, um die im Beschluss des Bewertungsausschusses definierten Leistungsbereiche auszuweiten. Ob dies alles bis zum 1. April geregelt ist und ob Schiedsämter bemüht werden müssen, ist offen. Die hier beschriebenen Schätzmethode geben insofern nur einen Anhaltspunkt, wie sich das Honorar in etwa entwickelt, und keine absolut exakten Werte.

BW

Finanzentwicklung der Kassen im dritten Quartal 2004

Nur noch geringer Überschuss gegenüber 1. Halbjahr

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben in den ersten neun Monaten 2004 insgesamt einen Überschuss von 2,64 Milliarden Euro erzielt. Das ist nur noch eine geringfügige Steigerung gegenüber dem ersten Halbjahr mit einem Überschuss von 2,4 Milliarden Euro, aber eine deutliche Verbesserung gegenüber den ersten drei Quartalen des Vorjahres, das die Kassen mit einem Defizit von 2,6 Milliarden Euro abgeschlossen hatten.

Die Leistungsausgaben der Kassen gingen im Vergleich zum 1. bis 3. Quartal 2003 je Mitglied um 3,2 Prozent zurück. (...) **Deutliche Minusraten gab es vor allem bei Arznei-, Hilfsmitteln und Fahrkosten. Im Arzneimittelbereich lagen die Ausgaben mit einem Rückgang um 10,5 Prozent je Mitglied um rund 1,8 Milliarden Euro unter denen des 1. bis 3. Quartals 2003.** Die wichtigsten Veränderungen der ersten neun Monate 2004 gegenüber dem Vergleichszeitraum 2003 zeigt die nebenstehende Tabelle.

Prävention legt deutlich zu

Auch die Begrenzung der Verwaltungskosten der Kassen, die in den vergangenen

drei Jahren jeweils um durchschnittlich vier Prozent gestiegen waren, hat Wirkung gezeigt. Das Ministerium bemängelt allerdings die deutlich überproportionalen Zuwachsraten einzelner Kassen und Kassenarten insbesondere bei den Betriebskrankenkassen (BKK) mit einer Steigerung von 6,3 Prozent. Positiv bewertet das Ministerium dagegen die **hohen Zuwachsraten bei den Prä-**

ventions- und Früherkennungsmaßnahmen. (...)

Warnung vor Explosion der Arzneikosten

Unterdessen hat der BKK-Bundesverband davor gewarnt, dass die Arzneimittel ausgaben im Jahre 2005 aufgrund von Preiserhöhungen und geringerer Hersteller- und Apothekenabschläge um mehr

als eine Milliarde Euro steigen könnten. Insgesamt dürften sie damit aber immer noch unter dem Niveau von Ende 2003 liegen. Für dieses Jahr erwartet der Verband einen Rückgang der Arzneimittelausgaben um 10,5 Prozent von 22,8 auf 20,4 Milliarden Euro.

Auszug aus einem Beitrag in:
A+S aktuell, 25/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Verschiebung bei den Kassenausgaben

	West	Ost	Bund
Ärztliche Behandlung	-4,7	-6,3	-5,0
Zahnärztliche Behandlung	-1,7	-2,9	-1,9
Zahnersatz	-2,0	-4,2	-0,9
Arzneimittel	-10,1	-12,2	-10,5
Hilfsmittel	-13,9	-13,0	-13,7
Heilmittel	-2,8	-12,7	-4,3
Krankenhausbehandlung	1,0	3,0	1,4
Krankengeld	-9,4	-8,9	-9,3
Fahrkosten	-8,7	-9,0	-8,7
Vorsorge und Rehabilitation	-8,0	-4,5	-7,5
Soz. Dienste, Prävention	9,2	6,8	8,8
Früherkennungsmaßnahmen	20,7	33,3	22,3
Schwangerschaft, Mutterschaft	5,2	15,1	6,4
Häusliche Krankenpflege	5,9	0,5	4,9
Sterbegeld	-93,2	-93,9	-93,4
Leistungsausgaben insgesamt	-3,2	-3,1	-3,2
Verwaltungskosten	-0,4	-1,7	-0,6

Die Tabelle zeigt, wie sich die Ausgaben der Kassen pro Mitglied zwischen den ersten drei Quartalen 2003 und den ersten drei Quartalen 2004 entwickelt haben. Das beachtliche Minus bei den Hilfsmitteln ist wohl vor allem den Brillen zu verdanken. Dass unter all den Minuszahlen die Kosten für die Prävention durch erhebliche Steigerungen auffallen, findet sogar die Gesundheitsministerin gut und richtig. **Alle Angaben in Prozent.**

Quelle: A+S aktuell, 25/04, Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH, Berlin

Alte Leier der Politik als Ente entlarvt

Gesundheitspolitiker aller Couleur leiern uns seit Jahre die Ohren voll: Wenn das Gesundheitswesen nicht so viel kosten und derart hohe Lohnnebenkosten produzieren würde, gäbe es bei uns nicht so viele Arbeitslose. Der ewiggleichen Leier zum Trotz: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitsausgaben und der Entwicklung der Beschäftigung – weder in Deutschland noch im internationalen Vergleich. Dies zeigt ein Gutachten, das das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) gemeinsam mit dem Augsburger BASYS-Institut im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) erarbeitet hat.

Das Gutachten weist nach, **dass in Deutschland der Anteil der Arbeitgeber an**

den gesundheitsbedingten Kosten im internationalen Vergleich im Mittelfeld liegt. Etwa zehn Prozent der Arbeitskosten führt IGES auf Gesundheitsausgaben zurück. Gemessen an den Gesamtkosten der Unternehmen, also dem Produktionswert, liegt der Anteil sogar nur bei rund drei Prozent. Das IGES-Institut hat festgestellt, dass **zwischen 1995 und 2000 alle Kostengrößen stärker zugenommen haben**

als die gesundheitsbedingten Belastungen der Arbeitgeber. Damit hat das Gesundheitssystem den Anstieg der Arbeitskosten sogar abgebrems.

Auch die Effekte der Gesundheitsreform hat das Gutachten unter die Lupe genommen. In der Endstufe 2007 werden die Arbeitgeber (bezogen auf das Untersuchungsjahr 2000) um acht Milliarden Euro entlastet. **Gäben die Unternehmen**

diese Einsparungen durch die Gesundheitsreform an die Käufer weiter, sanken die Kosten deutscher Produkte dadurch um etwa zwei Promille. „Ein VW Golf würde um 28,88 Euro billiger, eine Versicherungspolice (200 Euro) um 37 Cent“, heißt es in dem Gutachten.

Aus: A+S aktuell, 25/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Aus Betriebsgründen

Arbeitgeber kann Wunsch nach Teilzeitarbeit ablehnen

Seit dem Jahr 2001 ist der Anspruch auf Teilzeitarbeit gesetzlich verbrieft. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung aber aus betrieblichen Gründen ablehnen. Diese betrieblichen Gründe müssen „rational und nachvollziehbar“ sein, erklärt der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB). Ein Unternehmen könne den Wunsch nach Teilzeitarbeit nicht mit dem Argument ablehnen, die Zusammenarbeit mit Teilzeitkräften sei unbequemer.

Arbeitgeber, die einen Antrag auf Teilzeit nicht akzeptieren wollen, müssen dem Arbeitnehmer die Ablehnung schriftlich mitteilen. Im DGB heißt es, dass kaum Arbeitnehmer versuchten, ihr Recht auf Teilzeit vor Gericht durchzusetzen.

LexisNexis, Nr. 55796



Flutkatastrophe in Südasiens

BDI ruft Internisten zu Spenden auf

Auch wenn inzwischen die Aufräumungsarbeiten nach der Flutkatastrophe beginnen – die Situation in Südostasien bleibt weiterhin ausgesprochen kritisch. Das Leben der Menschen, die der Flut entkommen sind, wird nun durch die teilweise katastrophalen hygienischen Zustände und den Mangel an medizinischer Versorgung und Nahrung bedroht.

Nach Angaben der UNO fehlt es trotz der weltweiten Hilfsaktionen immer noch rund zwei Millionen Menschen an Wasser, Nahrung und Medikamenten. Vor allem Kinder sind betroffen. Viele wurden durch die Flut-

wellen von ihren Eltern getrennt – die Flutwellen haben praktisch ihre gesamte Lebenswelt weggespült. Man kann sich wohl kaum vorstellen, welch ein Trauma diese Erlebnisse für die Kinder bedeuten. Neben den Erwachsenen sind es nun vor allem auch diese Kinder, die durch die mangelnde Hygiene und das Fehlen von Nahrung, Medikamenten und ärztlicher Hilfe noch in Lebensgefahr schweben.

Daher ist es derzeit nach wie vor dringend nötig, die medizinische Hilfe vor Ort zu stärken. Der Berufsverband Deutscher Internisten bittet des-

halb alle Internisten, weiterhin vor allem für medizinische Hilfe und Nahrungsmittel zu spenden. Der BDI selbst darf aus juristischen Gründen keine Spenden entgegennehmen und gezielt weiterleiten. Für den angestrebten Zweck kommt daher vor allem die Aktion „Bündnis Deutschland hilft“ in Frage, die von den großen deutschen Hilfsorganisationen mit medizinischen Schwerpunkten getragen wird. Spendenkonto dieser Aktion ist Bank für Sozialwirtschaft EG, BLZ 370 20 500 Konto 10 20 30 Stichwort „Seebeben Südasiens“

MRT misst die Hämodynamik unblutig

Welche Rolle kann die Kardio-MRT bei den großen kardiologischen Themenkomplexen koronare Herzerkrankung, herznahe große Gefäße sowie erworbene und kongenitale Vitien spielen? Diese Frage wurde in einer klinischen Fallkonferenz im Cardioangiologischen Centrum im Frankfurter

Nach einem kurzem Einleitungsreferat wurde eine Reihe von klinischen Fallbeispielen zu den jeweiligen Themenkomplexen vorgestellt. Es wurde ein besonderes Schwergewicht darauf gelegt zu zeigen, inwieweit mit der Kardio-MRT die Diagnostik auch sehr seltener Krankheitsbilder erst möglich bzw. deutlich verbessert wurde. An der Gestaltung der Fallkonferenz waren die drei Zentren Universitätsklinikum Essen, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart und das Cardioangiologische Centrum am Bethanien-Krankenhaus Frankfurt beteiligt.

In den Themenkomplex koronare Herzkrankheit führte Dr. O. K. Mohrs, CCB Frankfurt, ein. Neben bereits etablierten Indikationen wie der Vitalitätsdiagnostik mittels Kardio-MRT wurden auch seltene Indikationen wie eine MR-Flussreservenbestimmung in koronaren Bypassgefäßen und die Myokardperfluationsanalyse dargestellt. Hier bietet die MRT eine nichtinvasive Möglichkeit, den Koronarfluss zu messen – was ansonsten nur mit Katheter

und einer in die Koronarie eingeführten Flussmess-Sonde möglich ist.

Infarkt ohne koronare Veränderungen

An dieses Referat schlossen sich mehrere Fallvorstellungen aus allen drei Zentren an. Sehr interessant war die Darstellung eines Falles eines so genannten Tako Tsubo Syndrom. Dabei treten transient die Symptome und morphologischen Veränderungen eines Vorderwandinfarktes auf, obwohl keine koronarmorphologischen Veränderungen nachweisbar sind. Die ödematösen Veränderungen im Myokard sind in den MRT-Aufnahmen zu sehen – mit anderen Methoden ist dies nicht nachweisbar.

Eher von wissenschaftlichem Interesse war der außergewöhnliche Fall eines Patienten mit einer Koronaromalie: Die linke Koronararterie hatte ihr Ostium in der linken Pulmonalarterie, so dass große Teile des linksventrikulären Myokards nur durch venöses Blut versorgt

werden (Bland-White-Garland-Syndrom). Dadurch kommt es zu einer jahrzehnte langen chronischen Ischämie, die durch die Late Enhancement Technik der Kardio-MRT in Form von kleinen subendokardialen Infarkten erstmals visualisiert werden konnte.

Genauerer Blick in die Pulmonalarterien

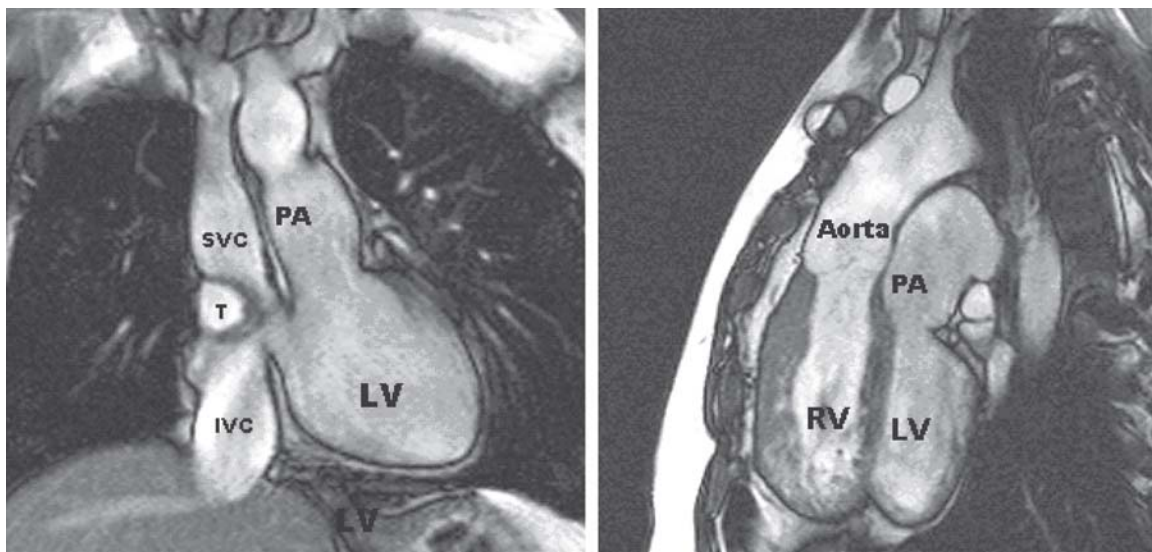
Der zweite Abschnitt betraf die großen herznahen Gefäße. Dr. H. Eggebrecht vom Universitätsklinikum Essen stellte einleitend die derzeitigen klinisch pathophysiologischen Aspekte der Aortenwunderkrankungen vor. Die Fallvorstellungen zeigten eine Reihe sehr interessanter Krankheitsbilder, wobei auch deutlich wurde, dass mit der MRT auch sehr exakte Möglichkeiten der Analyse der pulmonalen Strombahn bestehen. So lassen sich beispielsweise chronische Wandveränderungen der Pulmonalarterien nach Lungenembolie darstellen – eine Veränderung, die vermutlich häufiger auftritt als bisher ver-

mutet. Dies kann zu einer massiven pulmonalarteriellen Druckerhöhung führen, die eine Rechtsherzinsuffizienz zur Folge hat. Wird die Wandveränderung erkannt, gibt es heute operative Korrekturmöglichkeiten. Fehleinmündungen der Pulmonalvenen lassen sich nicht nur morphologisch darstellen, mit der MRT können auch deren hämodynamische Folgen quantifiziert werden. (Zu den Prinzipien der hämodynamischen Messungen siehe auch Beitrag auf der gegenüberliegenden Seite).

Mit MRT-Bildern der Aortenwand lassen sich entzündliche Aortenwandveränderungen differenzieren, da mit entsprechenden Sequenzen beispielsweise ein perivaskuläres Ödem dargestellt werden kann. Dies gelingt mit der MRT mit Abstand am besten und erlaubt auf diese Weise die durchaus praxisrelevante Abgrenzung von ödematösen und atherosklerotischen Veränderungen in den Gefäßwänden.

Der dritte große Themenkomplex beschäftigte sich mit den angeborenen und erworbenen Vitien. Dr. H. Marhold vom Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart zeigte in seinem Einführungsreferat, wie insbesondere durch Funktionsuntersuchungen mittels MRT eine genauere Analyse der Hämodynamik erfolgen kann. Neben Regurgitationsvolumina ist insbesondere auch die Shuntbestimmung zuverlässig mit den Methoden der Kardio-MRT möglich (siehe auch Beitrag auf gegenüberliegenden Seite).

In der Folge wurden von allen drei Zentren sehr komplexe kongenitale Vitien vorgestellt. Dies unterstrich noch einmal die besondere Rolle der Kardio-MRT bei der Analyse kongenitaler Vitien. Durch die vollständige Bildgebung der kardialen Strukturen und der gro-



Transposition der großen Gefäße (PA: Pulmonalarterie); der anatomisch rechte Ventrikel (RV) hat die Funktion des arteriellen Systemventrikels übernommen. Der anatomisch linke Ventrikel (LV) ist mit dem pulmonalarteriellem System verbunden. Den MRT-Bildern lag in diesem Fall keineswegs nur wissenschaftliches Interesse zugrunde. Vielmehr benötigte der Patient einen Schrittmacher, und vor der Implantations war erst einmal ein Weg zu finden, über den die Elektrode zuverlässig in den Ventrikel geführt werden konnte.

Ben herznahen Gefäße gelingt häufig nur mit der Kardio-MRT eine eindeutige Zuordnung des kongenitalen Vitiums.

Insgesamt wurden bei der Veranstaltung nahezu 20 klini-

sche Fälle intensiv innerhalb des Podiums und mit der Zuhörerschaft diskutiert. Aufgrund der guten Resonanz beschlossen die Veranstalter (Priv. Doz. Dr. J. Barkhausen, Radiologie, Uni-

versitätsklinikum Essen, Prof. Dr. U. Sehtem, Kardiologie Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart und Priv. Doz. Dr. T. Voigtländer, Cardioangiologisches Centrum Bethanien,

Frankfurt), die Veranstaltung im Jahresrhythmus zu wiederholen. Die nächste Veranstaltung ist im Universitätsklinikum Essen geplant.

tv

Vorhofseptum-Defekt

So wird das Shunt-Volumen nichtinvasiv gemessen

Eine der Stärken der Magnetresonanztomographie ist die Möglichkeit, die hämodynamischen Verhältnisse nichtinvasiv zu messen. Der folgende Fall eines angeborenen, aber spät entdeckten Vorhofseptum-Defektes zeigt beispielhaft, wie diese in der Praxis eingesetzt wird.

50-jährige Patientin, langjährige bekannte Luftnot. Echokardiographisch Diagnose Vorhofseptumdefekt. MR-tomographisch Nachweis eines ASD Typ I (Abb. 1) sowie einer geringgradigen Mitralklappeninsuffizienz. Mit der ergänzenden MRT-Untersuchung wurden allerdings nicht nur die Morphologie abgebildet und die Binnenraumparameter der Ventrikel bestimmt. Vielmehr wurde auch das Shuntvolumen exakt evaluiert. So war eine klare Operationsindikation und Operationsplanung möglich.

Um das Shunt-Volumen zu bestimmen, wird zum einen das linksventrikuläre Schlagvolumen, zum anderen das pulmonale Flussvolumen gemessen – aus dem Verhältnis bei-

der Werte kann dann die hämodynamische Auswirkung des Shunts ermittelt werden.

Das linksventrikuläre Schlagvolumen wird mittels einer Flussmessung im Bereich der Aorta ascendens unmittelbar oberhalb des Aortenklappen-niveaus bestimmt. Die Messung erfolgt exakt über einen kardialen Zyklus. Sie macht sich die so genannte Phasenkontrast-Methode der MR-Tomographie zunutze, mit der für jeden Rasterpunkt im Bild die Flussgeschwindigkeit des Blutes erfasst werden kann.

Auf diese Weise wird ein Geschwindigkeitsprofil des Blutes über die gesamte Querschnittsfläche der Aorta ascendens erstellt, aus dem sich dann wiederum die mittlere Geschwindigkeit und mit Hilfe der Flächenbestimmung das Schlagvolumen errechnen (Abb. 2). Dies ist das Schlagvolumen für den Systemkreislauf.

Um den Blutfluss im pulmonalarteriellen System zu messen, wird das Procedere sowohl für die rechte wie die linken Pulmonalarterie wiederholt (Abb. 3).

Im Beispielfall ergab sich im pulmonalarteriellen System ein Schlagvolumen von 152 ml und für das Systemvolumen ein Wert von 39 ml. Daraus resultiert ein QP:QS-Quotient von 3,9 – ein großer Teil des pulmonalen Blutvolumens fließt also durch den Shunt. Mit dieser Information wurde eine in-

vasive Bestimmung der Shuntvolumina überflüssig – eine Reihe von Publikationen hat inzwischen gezeigt, dass die MR-Shuntbestimmung ebenso exakt ist wie die traditionelle Oximetrie mit Sauerstoffsättigungsmessung.

tv

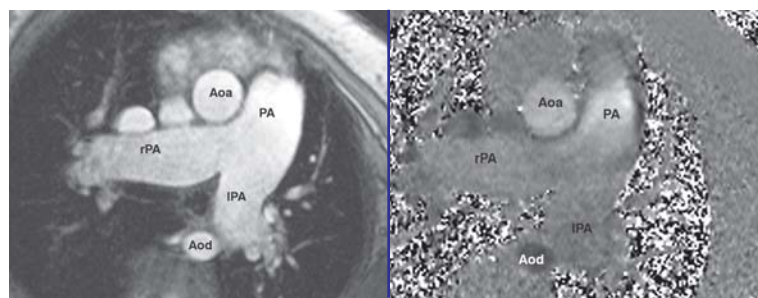


Abb. 2: Messung der Flussgeschwindigkeit in der Aorta ascendens. Links die Morphologie, aus der die exakte Querschnittsfläche der Aorta errechnet werden kann. Rechts die Darstellung der Flussgeschwindigkeit: Jeder Bildpixel enthält die Information über die Geschwindigkeit, mit dem das Blut in seinem Bereich fließt. Aoa, Aod: Aorta ascendens und descendens; PA: Truncus pulmonalis; rPA, IPA: rechte und linke Pulmonalarterie. Auffällig: Im Flussbild wird die Aoa hell, die Aod dunkel dargestellt – dies resultiert aus der jeweils entgegengesetzten Flussrichtung. Die hell-dunkel gefleckten Bereiche sind Lungengewebe bzw. Luft außerhalb des Körpers (rechts oben).

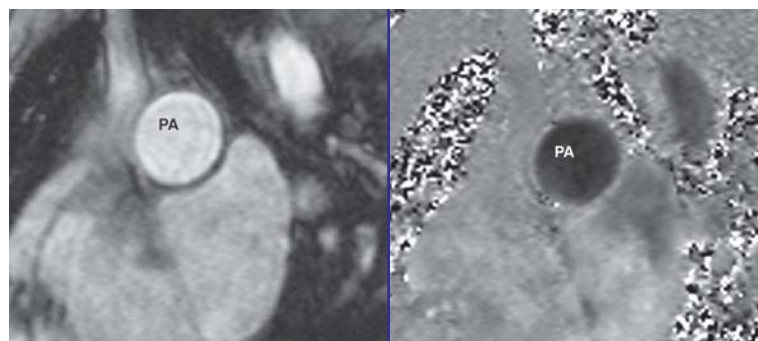


Abb. 3: Schräger Schnitt durch den Thorax. Um die Flussgeschwindigkeit und darauf basierend das Flussvolumen zu messen, muss die Arterie genau senkrecht angeschnitten sein. Hier ist eine der beiden Pulmonalarterien (PA) eingestellt. Links wieder die Morphologie, rechts die Darstellung der Flussgeschwindigkeit. Auf die gleiche Weise wird auch die Flussgeschwindigkeit in der zweiten Pulmonalarterie gemessen, woraus sich dann das gesamte pulmonale Herzzeitvolumen errechnen lässt. Zusammen mit dem Herzschlagvolumen, das sich aus der Messung in der Aorta ergeben hat, lässt sich die hämodynamische Auswirkung des Septumdefekts quantifizieren.



Abb. 1: Das MRT-Bild zeigt deutlich den großen Septumdefekt (ASD). RV, LV: rechter und linker Ventrikel; RA, LA: rechter und Linker Vorhof.

Magenulzera bei Kombination von ASS und Coxib

R Laine L, Maller ES, Yu C et al. *Ulcer formation with low-dose enteric-coated aspirin and the effect of COX-2 selective inhibition: a double-blind trial. Gastroenterology 2004 (August); 127: 395-402*

Studienziele

Niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS) wird als Plättchenhemmer erfolgreich zur Prävention von kardio- und zerebrovaskulären Ereignissen eingesetzt. Das Risiko für gastrointestinale Komplikationen ist dabei leicht erhöht, steigt aber bei zusätzlicher Einnahme von nicht-steroidalen Antirheuma-

tika (NSAR) deutlich an. In der vorliegenden Studie wurde das Risiko für gastrointestinale Ulzera unter einer Kombination von ASS und Rofecoxib (Vioxx®), dem Ende Oktober 2004 zurückgezogenen selektiven COX-2-Hemmer, untersucht.

Methoden

Personen im Alter über 50, die an einer Arthrose litten, konnten bei dieser Studie mitmachen. Eine Gruppe erhielt Placebo, eine zweite Gruppe niedrig dosierte ASS (81 mg täglich), die dritte Gruppe die gleiche ASS-Dosis plus Rofecoxib (25 mg täglich) und die vierte Gruppe Ibu-

profen (Brufen® u.a., 3-mal 800 mg täglich). Gastroskopien wurden in der 6. und der 12. Woche oder beim Auftreten von Symptomen durchgeführt. Der Hauptendpunkt der Studie war die endoskopische Diagnose eines gastroduodenalen Ulkus.

Ergebnisse

1.615 Personen wurden in die Studie einbezogen. Ulzera waren häufiger im Magen als im Duodenum zu beobachten. ASS allein hatte keinen großen Einfluss auf die Entstehung von Ulzera (kumulative Inzidenz nach 12 Wochen 7% gegenüber 6% in der Placebogruppe). In der

Kombinationsgruppe ASS plus Rofecoxib war das Ulkusrisiko ähnlich hoch wie in der Ibuprofengruppe (16% gegenüber 17%, beide signifikant höher als in der ASS-Gruppe). Die Verhältnisse waren ähnlich, wenn Ulzera von mindestens 5 mm Durchmesser als Endpunkt genommen wurden. Anders als bei den endoskopischen Endpunkten waren klinische unerwünschte Wirkungen unter ASS plus Rofecoxib nicht signifikant häufiger als unter Placebo. Hingegen wurde Ibuprofen häufiger wegen gastrointestinalen Beschwerden abgesetzt als Placebo.

Schlussfolgerungen

ASS allein führte nicht zu einer erhöhten Ulkusrate, in Kombination mit Rofecoxib war die Ulkusrate hingegen ähnlich hoch wie unter hoch dosiertem Ibuprofen.

Zusammengefasst von
Anne Witschi, CH-Wil

Rheumasalben höchstens kurzfristig wirksam

M Lin J, Zhang W, Jones A et al. *Efficacy of topical non-steroidal antiinflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2004 (7. August); 329: 324-9*

Studienziele

Arthrosen sind hauptverantwortlich für Behinderungen bei älteren Menschen. Die lokale Anwendung von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) in Form von Gels oder Salben ist seit Jahrzehnten beliebt. In dieser systematischen Übersicht sollte der Nutzen solcher Lokalthérapeutika bei der Behandlung von Arthrosen untersucht werden.

Methoden

Mit einer systematischen Literatursuche wurden randomisierte kontrollierte Studien gesucht, in denen die lokale NSAR-Anwendung mit Placebo bzw. oralen NSAR verglichen wurden. Als primärer Endpunkt wurde die Schmerzreduktion (insgesamt und bezüglich Ruheschmer-

zen) definiert. Weiter wurden Funktionsänderungen und Ausmaß der Steifigkeit berücksichtigt.

Ergebnisse

Von 77 Studien blieben schließlich 13 randomisierte Studien übrig, die den Einschlusskriterien entsprachen. Angaben zur Art der Randomisierung fehlten bei allen Studien. Ihre Resultate bezüglich Schmerzreduktion waren teilweise signifikant heterogen. Im „funnel plot“ zeigten die Resultate eine deutliche Asymmetrie als Hinweis auf einen Publikations-Bias. In der Metaanalyse waren lokal anwendbare NSAR einer Placebothherapie bezüglich Schmerzreduktion in den ersten zwei Wochen überlegen, nicht aber in den Wochen drei und vier. Bezüglich Steifigkeit waren die lokal anwendbaren NSAR nur in der ersten Woche statistisch überlegen. Gegenüber oralen NSAR waren sie in der ersten Woche unterlegen. Es wurden weniger gastrointestinale, aber häufiger lokale Nebenwirkungen

(Rötungen, Jucken, Brennen) beobachtet.

Schlussfolgerungen

Auf Grund der vorliegenden Daten sind lokal anwendbare NSAR bei Arthrosebeschwerden möglicherweise in den ersten zwei Anwendungswochen wirksamer als Placebo. Die mangelnde Qualität der Daten und die gefundenen Hinweise auf einen Publikations-Bias stellen den Wirksamkeitsnachweis allerdings in Frage.

Zusammengefasst von
Felix Tapernoux, CH-Wil

Alle Beiträge auf diesen beiden Seiten aus:
infomed-screen, 11-12/2004
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Das bedeuten die Symbole:

R = randomisierte Studie
K = Kohortenstudie
M = Metaanalyse

Nachdem seit 2000 vermutet werden musste, dass Rofecoxib (Vioxx®) und eventuell auch andere COX-2-Hemmer zu einem erhöhten Herzinfarkttrisiko führen, vertraten viele Kliniker die Strategie, bei Vorliegen kardiovaskulärer Risiken COX-2-Hemmer mit niedrig dosierter ASS zu kombinieren. Die vorliegende Studie zeigt, dass diese Strategie nicht funktioniert: Die kombinierte Gabe eines hochselektiven COX-2-Hemmers (Rofecoxib) mit einem hochselektiven COX-1-Hemmer (ASS) führt zu einer Rate endoskopisch nachweisbarer Ulzera, welche mit derjenigen von Ibuprofen vergleichbar ist. Der gastrointestinale Vorteil von COX-2-Hemmern gegenüber konventionellen Entzündungshemmern verschwindet wahrscheinlich, wenn auch ASS gegeben wird – ob der kardiovaskuläre Nachteil ebenfalls verschwindet, ist unklar.

Dr. Peter Jüni,
Klinik für Rheumatologie, Inselspital,
CH-Bern und Institut für Sozial- und
Präventivmedizin, Universität Bern

Was bringt der Defi im Einwohnermeldeamt?

R Hallstrom AP, Ornato JP, Weisfeldt M et al.; Public Access Defibrillation Trial Investigators. Public-access defibrillation and survival after out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004 (12. August); 351: 637-46

...

Methoden

An der Studie konnten öffentliche Einrichtungen (Einkaufszentren, Freizeitbetriebe, Hotels) und Wohnkomplexe ab einer bestimmten Größe teilnehmen. **Diese Einrichtungen verfügten über ein eingespieltes Alarmierungssystem sowie über Laienpersonal, das**

vor und während der Studienperiode in kardiopulmonaler Wiederbelebung trainiert wurde. Nach dem Zufall wurden diese Einrichtungen in 2 Gruppen eingeteilt, in eine ohne und in eine mit Einsatz von AED. Der Endpunkt der Studie entsprach dem Überleben der Personen, die einen Herzstillstand wegen einer kardialen Erkrankung erlitten hatten, bis zum Spitalaustritt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 19.000 Laien in 993 Einrichtungen an dieser Studie teil, die durchschnittlich 21 Monate dauerte.

Öffentliche Einrichtungen machten dabei 85% aus. Die Charakteristika der Einrichtungen und der Laienhelfer und auch der Behandelten waren in beiden Gruppen vergleichbar. 107 bestätigte Fälle von Herzstillstand kardialer Ursache ereigneten sich in der Gruppe ohne und 128 in jener mit Einsatz von AED. In keinem Fall wurde eine nicht indizierte Defibrillation durchgeführt. **Bis zur Spitalentlassung überlebten 15 Personen (14%) in der Gruppe ohne und 30 Personen (23%) in der Gruppe mit AED (Unterschied signifikant).** Bis auf 2 wurden alle Überlebenden in einer öffent-

lichen Einrichtung reanimiert. Bei Spitalentlassung konnten in den beiden Behandlungsgruppen keine zerebralen Leistungsunterschiede festgestellt werden.

Schlussfolgerungen

Der zusätzliche Einsatz eines automatischen externen Defibrillators durch trainiertes Laienpersonal verdoppelt bei einem Herzstillstand in einer öffentlichen Einrichtung die Überlebenschance ohne negative Auswirkungen auf die Überlebensqualität. Für trainiertes Laienpersonal ist der Einsatz dieser Geräte sicher.

Bazillen gegen Pilze?

Lactobazillen kein Schutz vor Vaginal-Soor

R Pirota M, Gunn J, Chondros P et al. Effect of lactobacillus in preventing postantibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004 (4. September); 329: 548-52

Bei 235 Frauen, die mit Antibiotika behandelt werden mussten, wurde untersucht, ob sich mit einem oral oder vaginal verabreichten Lactobazillus-Präparat ein vulvovaginaler Soor vermeiden ließe. Im Ver-

gleich mit Placebo war das Risiko, an einem Soor zu erkranken, bei den Frauen, die mit Lactobazillus behandelt wurden, etwas höher (nicht signifikant).

Etzel Gysling, CH-Wil

KStiell IG, Wells GA, Field B et al.; Ontario Prehospital Advanced Life Support Study Group. Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004 (12. August); 351: 647-56

In der Provinz Ontario (Kanada) wurde in mehreren Schritten das Rettungswesen ausgebaut. In dieser Studie wurde untersucht, ob in Städten, wo das Rettungswesen bezüglich Frühdefibrillation bereits optimiert war, die zusätzliche Schulung der paramedizinischen Ersteinsatzkräfte in erweiterter erster Hilfe (Intubation und intravenöse Therapie) die Überlebenschance bei einem Herzstillstand weiter zu verbessern vermag. Das Resultat ist ernüchternd: Zwar wurde die Hospitalisationsrate signifikant gesteigert, jedoch zeigte sich bis zur Spitalentlassung kein Überlebensunterschied. Zusammengefasst verbesserte eine früh einsetzende Reanimation durch zufällig anwesende Personen das Überleben um den Faktor 3,7 (2,5-5,4), eine Frühdefibrillation (innerhalb von weniger als 8 Minuten) um den Faktor 3,4 (1,4 - 8,4) und erweiterte erste Hilfe durch parame-

Allergendichte Bettbezüge und Spezialstaubsauger gegen Asthma

Individuelle Allergen-Verminderung hilft doch

R Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS et al. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med* 2004 (9. September); 351: 1068-80

Verschiedene Studien, in denen bei Kindern mit Asthma bronchiale Verfahren zur Allergen-Verminderung untersucht wurden (z.B. Matratzenüberzüge), konnten keinen Nutzen bezüglich Krankheitssymptome zeigen. In der vorliegenden randomisierten Studie bei 937 Kindern mit allergischem Asthma wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt. **Dabei wurden in der Interventionsgruppe einerseits die Betreuer im Vermeiden von Allergen-**

belastungen und Zigarettenrauch im Hause geschult, andererseits wurden je nach Allergenen und Wohnverhältnissen Hilfsmittel wie Allergen-undurchlässige Bettbezüge und Staubsauger mit speziellen Filtern eingesetzt.

Es fand sich ein signifikanter Unterschied bezüglich Asthma-Beschwerden: im ersten Beobachtungsjahr litten die Kinder in der Interventionsgruppe an durchschnittlich 3,4 Tagen der jeweils zweiwöchigen Beobachtungszeiten an Asthma-Beschwerden gegenüber 4,2 Tagen in der Kontrollgruppe. Im zweiten Jahr waren es 2,6 gegenüber 3,2 Tage. Hausstaubmilben- und Kakerlaken-

Allergene wurden in geringerer Konzentration gemessen.

Maßnahmen zur Verminderung von Innenraum-Allergenen können also doch die Beschwerden bei allergischem Asthma bronchiale beeinflussen. Im Gegensatz zu früheren Studien wurde hier ein mehrstufiges und individuell angepasstes Vorgehen untersucht. Wegen der spärlichen Angaben lässt sich leider kaum abschätzen, ob das Ziel einer verminderten Zigarettenrauchbelastung ebenfalls erreicht wurde und ob dies wesentlich zum Erfolg beigetragen hat.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann, CH-Wil

dizinische Ersteinsatzkräfte um den Faktor 1,1 (0,8-1,5).

Beide Studien zusammengefasst von Werner Eugster, CH-Wil

Die beiden Artikel befassen sich mit der optimalen Therapie des plötzlichen Herzstillstandes außerhalb des Spitals. Während die Arbeit von Hallstrom et al. bestätigt, dass durch Laienausbildung in kardiopulmonaler Reanimation und Defibrillation die Überlebenschance der Betroffenen erhöht werden kann, resultiert im Artikel von Stiell et al. durch Anwendung erweiterter erster Hilfe sekundär kein Überlebensvorteil für die Betroffenen. Die schnellstmögliche Defibrillation ist und bleibt somit die wichtigste und wirksamste Maßnahme im Kampf gegen den plötzlichen Herztod und rettet mehr Menschenleben als jede andere Intervention in der Notfallmedizin. Enorme technische Fortschritte haben es ermöglicht, Laien einzusetzen und damit wertvolle Minuten bis zum Eintreffen der Rettungsdienste einzusparen. Einerseits müssen Risikolokalitäten und Orte mit sehr hohem Personenaufkommen identifiziert und die weitere Verbreitung halbautomatischer Defibrillatoren gefördert werden, andererseits sollen in ein Alarmsystem eingebundene „First-Responder“ wie z.B. Feuerwehrleute mit halbautomatischen Defibrillatoren als mobile Einheiten eingesetzt werden. In Zeiten beschränkter Ressourcen bietet sich dies als relativ kostengünstige Ergänzung der Rettungskette an, denn ein weiterer Ausbau der Rettungsdienste ist vielerorts nicht möglich. Know-how und Technik sind vorhanden und die Erfahrungen, auch in der Schweiz, sind gesammelt – nutzen wir sie!

Dr. Cyrill Morger, Kardiologische Prävention & Rehabilitation Schweizer Herz- und Gefäßzentrum CH-Bern und Prof. Dr. Hugo Saner Kardiologische Prävention & Rehabilitation Schweizer Herz- und Gefäßzentrum CH-Bern / FMH-Kardiologie, CH-Olten
Aus: infomed-screen, 11-12/2004 Infomed-Verlags-AG Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877 E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Kompressionsstrümpfe von der Stange dürften reichen

Etwa einer von drei bis vier Patienten mit symptomatischer proximaler tiefer Beinvenenthrombose entwickelt ein so genanntes postthrombotisches Syndrom, meist innerhalb von zwei Jahren nach dem akuten Ereignis. ... Dass die zur Therapie genutzten Kompressionsstrümpfe dem Syndrom auch vorbeugen können, belegte erstmals eine 1997 veröffentlichte offene randomisierte kontrollierte Studie. **Wenn maßangefertigte knielange Kompressionsstrümpfe**, die in Knöchelhöhe einen Druck von 40 mmHg ausüben, **mindestens zwei Jahre lang täglich getragen werden, sinkt das Risiko eines postthrombotischen Syndroms von 60% auf 25%** (Number needed to treat [NNT] = 3). Auch schweren Formen lässt sich vorbeugen (23% versus 11%; NNT = 9; Brandjes, D.P. et al.: Lancet 1997; 349: 759-62).

Nach einer jetzt publizierten vierjährigen Studie **lässt sich dieser Erfolg auch mit kon-**

fektionierten Kompressionsstrümpfen erzielen. In die ebenfalls offene Studie wurden 180 Patienten mit symptomatischer proximaler tiefer Beinvenenthrombose aufgenommen. Zu den Ausschlusskriterien gehörten beidseitige oder rezidivierende ipsilaterale Thrombosen. Bei Krankenhausentlassung wurden die Patienten randomisiert einer Behandlung mit einem flachgestrickten knielangen Kompressionsstrumpf oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Der Strumpf erzeugt in Knöchelhöhe einen Druck von 30 bis 40 mmHg und sollte am betroffenen Bein zwei Jahre lang zumindest tagsüber getragen werden. 7% der Patienten brachen die Behandlung wegen Juckreiz, Hautrötung oder anderer Beschwerden ab. 87% trugen den Strumpf an mindestens 80% der Tagstunden, die meisten auch über zwei Jahre hinaus.

In der Kontrollgruppe entwickeln 49,1% der Patienten ein postthrombotisches Syndrom ..., im Ver-

gleich zu 25,7% unter Kompressionstherapie (relatives Risiko 0,47; 95% Vertrauensintervall 0,28-079; NNT = 5), die meisten innerhalb der ersten beiden Jahre nach der Thrombose. Auch schwere postthrombotische Syndrome sind numerisch seltener (3 versus 10). Wie in der ersten Studie haben auch hier die Strümpfe auf das Risiko eines Thromboserezidivs (13% versus 14%) keinen Einfluss (Prandoni, P. et al.: Ann. Intern. Med. 2004; 141: 249-56).

Das offene Design und die fehlende Überprüfbarkeit der diagnostischen Scores für das postthrombotische Syndrom, über dessen Definition in der Literatur kein Konsens besteht, schränken die Aussagekraft beider Untersuchungen ein. Die ansonsten valide durchgeführten Studien und die Gleichsinnigkeit der Ergebnisse sprechen jedoch für einen präventiven Nutzen der Kompressionsstrümpfe.

Aus: arznei-telegramm, Berlin, 9/2004
Tel.: 030 / 79 49 02-0,
Fax: 030 / 79 49 02-20,
<http://www.arznei-telegramm.de>



Zitat

Überforderte Wein-Genießer

Einig ist man sich nur, dass nur moderate und überdies nicht mehr jugendliche Trinker ... durch Wein etwas größere Chancen als Abstinenzler haben, Infarkte oder Schlaganfälle zu vermeiden. Allerdings sehen Experten dabei als Hauptproblem, dass der Weinliebhaber mit der Bestimmung dessen, was moderat sei, überfordert sei.

Martin Urban in der Süddeutschen Zeitung Sylvester 2004

Termin zur Routine-Koronarangiographie absagen?

Provozierende Feststellungen landeten die Hamburger Experten K. E. v. Olshausen und T. Pop zur Indikation von (Re-) Koronarangiographien. Möglicherweise sind sie vom Standort Hamburg beeinflusst: In der Elbestadt werden 13.082 Untersuchungen pro eine Million Einwohner im Jahr durchgeführt, im Bundesdurchschnitt sind es nur 7.833.

Die Hamburger Kardiologen stellen fest, dass die Ballondilatation bei stabiler Angina pectoris (CCS Klasse I und II – siehe Tabelle) eine Art von Schmerztherapie ohne Kausalwirkung darstelle.

Höhepunkt des Artikels im Hamburger Ärzteblatt, 9/04: Der (Haus-)Arzt soll Routineterminen zu Rekoronarangiographien bei stabilem Befund absagen.

Im Folgenden Auszüge aus der Publikation.

Red.

(...) (Ist) die routinemäßige Einbestellung (der Patienten) zur Kontroll-Koronarangiographie sechs Monate nach komplikationsloser Erst-PTCA durch wissenschaftliche Studien im Sinne einer „evidence based medicine“ abgesichert?

Es ist erstaunlich, wie wenige ernst zu nehmende Studien sich dieser Frage gewidmet haben, obwohl manche Kardiologen Patienten nach PTCA zur Kontrollangiographie routinemäßig einbestellen. In einer Untergruppe der belgisch-niederländischen BENESTENT-II-Studie aus dem Jahre 1999 wurden 706 Patienten prospektiv randomisiert nach

sechs Monaten entweder einer klinisch überwachten oder einer koronarangiographisch gesteuerten Verlaufskontrolle unterworfen (Ruygrok et al., 1999). In den folgenden sechs Monaten hatten 27 Patienten der klinischen Gruppe, jedoch 50 Patienten der angiographischen Gruppe ein ernst zu nehmendes kardiales Ereignis ($p < 0.01$). In der klinischen Gruppe wurde bei 21 Patienten eine PTCA oder Bypass-Operation für notwendig gehalten, während dies bei den angiographisch geführten Patienten in 44 Fällen notwendig schien ($p < 0.01$).

Asymptomatische Stenosen unkritisch dilatiert?

Die Autoren schlossen daraus, dass Revaskularisationseingriffe häufiger bei den Patienten empfohlen und durchgeführt wurden, die angiographisch kontrolliert wurden. Daran war sicher auch der „okulo-stenotische Reflex“ der Kardiologen – d.h. die unkritische Dilatation einer asymptomatischen Stenose – beteiligt.

Der spontanen Regression einer asymptomatischen Rezidivstenose in den folgenden Monaten – ein Phänomen, das gut dokumentiert ist – wurde keine Chance gegeben. Das ernüchternde Resümee der Autoren lautete: „Die Durchführung einer Kontrollangiographie sechs Monate nach dem Ersteinriff führte nicht zu einem ungünstigeren Verlauf in Form von

Tod, Myokardinfarkt oder Angina-pectoris-Symptomatik.“

Zu vergleichbaren Aussagen kam eine niederländische Studie aus dem Jahre 2001, in der 1.058 Patienten prospektiv randomisiert wiederum einer klinisch überwachten oder einer Koronarangiographie gesteuerten Verlaufskontrolle unterworfen wurden (ten Berg et al., 2001).

Nach einem und nach drei Jahren waren Mortalität und Infarktrate trotz einer um 70 Prozent höheren Re-Interventionsrate in der angiographischen Gruppe in beiden Gruppen vergleichbar. Dies galt sowohl für Patienten mit als auch ohne Stent-Versorgung. Patienten mit angiographischer Verlaufskontrolle waren nach drei Jahren allerdings häufiger Angina-pectoris-frei (81 vs. 74 Prozent, $p < 0.05$), was wiederum beweist, dass es sich bei der Ballondilatation um ein palliatives Verfahren zur Behandlung symptomatischer Patienten handelt. Eine Prognoseverbesserung durch PTCA ist bis heute nur für Patienten mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris oder Myokardinfarkt, siehe unten) nachgewiesen.

Wie finden sich die Ergebnisse dieser zwei Studien in den Leitlinien der kardiologischen Gesellschaften wieder? In den Guidelines for Coronary Angiography der American Heart Association aus dem Jahre 1999 wird die Routine-Kontroll-Koronarangiographie nach PTCA

unter Klasse III („Conditions for which there is evidence and/or general agreement that the procedure is not useful/effective and in some cases may be harmful“) angeführt (ACC/AHA GUIDELINES FOR CORONARY ANGIOGRAPHY, 1999). Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie schließt sich in ihren Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der chronisch koronaren Herzerkrankung dieser Empfehlung an (Dietz und Rauch, 2003). Sie sieht keine Indikation zur Koronarangiographie nach Intervention (CABG = Bypass-Op oder PCI = percutaneous coronary intervention) ohne wieder aufgetretene Angina pectoris, andere Ischämienachweise oder Zusatzindikationen.

Daraus folgt, dass es für den asymptomatischen Patienten nach Ballondilatation ohne erneuten Ischämienachweis keine Indikation gibt, ihn einer routinemäßigen Kontroll-Koronarangiographie zu unterziehen.

Für invasive Kardiologen ist es enttäuschend und schwer zu akzeptieren, dass es sich bei der Ballondilatation im Falle von Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse I und II) um ein rein palliatives Verfahren zur Linderung der Angina-pectoris Symptomatik handelt. Dementsprechend sehen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie bei Patienten mit stabiler Angina pectoris mit gutem Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung und fehlendem Ischämienach-

Klassifikation der stabilen Angina pectoris (Canadian Cardiovascular Society, (CCS))		
CCS-Grad	Definition	Beispiel
I	Keine Angina bei normaler Belastung, Angina bei sehr hoher oder andauernder Anstrengung	Angina z.B. beim Schneeräumen, beim Dauerlauf
II	Geringe Einschränkung bei normalen Tätigkeiten	Angina beim schnellen Treppensteigen, beim Bergaufgehen, bei Belastung kurz nach dem Aufwachen
III	Deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit	Angina beim An- und Ausziehen, längerem langsamen Gehen, leichter Hausarbeit
IV	Angina bei jeder Belastung oder in Ruhe	Angina unterhalb der bei Grad III genannten Belastungen

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/ikard001.htm>

weis allenfalls **im Einzelfall** eine Indikation zur **Koronarangiographie** vor (Dietz und Rauch, 2003).

Bis heute liegt keine einzige prospektiv randomisierte Studie vor, die eine Überlegenheit der Ballondilatation gegenüber der medikamentösen Therapie bei Patienten mit **stabiler** Angina pectoris nachweist. Dies gilt sowohl für die Eingefäß- als auch für die Mehrgefäßkrankung. Vielmehr haben zwei erst kürzlich veröffentlichte Studien erneut die Überlegenheit der medikamentösen Therapie gegenüber der Ballondilatation mit und ohne

Stent-Implantation bei Patienten mit **stabiler** Angina pectoris herausgestellt (Henderson et al., 2003; Hueb et al., 2004). In einer Metaanalyse für die Jahre 1979 bis 1998 mit 1.904 Patienten aus sechs randomisierten Studien war der einzige Parameter, der zugunsten der Ballondilatation im Vergleich zur medikamentösen Therapie sprach, die antiangiöse Wirksamkeit (Bucher et al., 2003). Bei den harten Endpunkten Tod, Myokardinfarkt und Revaskularisationsnotwendigkeit ergab sich jedoch ein starker Trend zugunsten der medikamentösen Therapie.

Der Patient mit bekannter KHK und stabiler Angina pectoris kann deshalb so lange mit vertretbarem Risiko vom niedergelassenen Kollegen medikamentös behandelt werden, wie sein Zustand stabil und unverändert ist und seine Angina-pectoris-Beschwerden medikamentös zu beherrschen sind. Dies dürfte auf die überwiegende Mehrzahl aller KHK-Patienten zutreffen.

Nur bei Änderung oder Zunahme der Beschwerden, die auf eine Instabilität (= > Verdacht auf rupturierte Plaque, akutes Koronarsyndrom, drohender Infarkt) hindeuten, ist

der interventionelle Kardiologe gefragt. D.h. die Domäne der invasiven Koronarangiographie mit ihren Interventionstechniken liegt heute ganz überwiegend beim Patienten mit akutem Koronarsyndrom. Dieser Patient muss umgehend eingewiesen und meist invasiv untersucht werden. In dieser komplexen Situation ist auch eine Prognoseverbesserung, wie beim akuten Myokardinfarkt, eindeutig nachgewiesen.

Klaus E. v. Olshausen, Tiberius Pop,
in: h**ä**b, 9/04
– Auszug, geringfügig
redaktionell bearbeitet –

Stellenwert und Berechtigung der Kontrollangiographie nach Koronarintervention

Kommentar zu dem vorstehend zitierten Beitrag von K.E. von Olshausen und T. Pop.

Der Schlussfolgerung, dass nicht jede Koronarintervention einer routinemäßigen invasiven Kontrolle (Re-Angiographie) bedarf, stimmen wir grundsätzlich zu.

Aus kardiologisch-interventioneller Sicht sind die in dieser Stellungnahme getroffenen Aussagen jedoch zu relativieren, insbesondere unter Berücksichtigung folgender Sachverhalte:

In der Tat triggert die Durchführung einer Kontrollangiographie die Inzidenz von Re-Interventionen (Culip et al. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 40(12): 2082-9). Ursache hierfür ist die Tatsache, dass in einem gewissen Prozentsatz angiographische Restenosen über einen langen Zeitraum sub- oder aklinisch verlaufen können.

Zur Einschätzung der Größenordnung asymptomatischer Rezidive publizierten Weintraub et al. eine Arbeit mit dem Titel *Usefulness of the substitution of nonangiographic end points (death, acute myocardial infarction, coronary bypass and/or repeat angioplasty) for follow-up coronary angiography in eva-*

luating the success of coronary angioplasty in patients with angina pectoris' (Am J Cardiol 1998;81(4):382-6).

Es zeigte sich, dass eine angiographische Restenose bei 30% der Patienten ohne klinische Restenose – definiert als Tod, Myokardinfarkt, ACB-OP, klinisch gesteuerte Re-Intervention – nachgewiesen wurde gegenüber 87% der Patienten mit klinischer Restenose ($p < 0.0001$).

Die Frage ist nun, wie bedeutsam ist eine asymptomatische Restenose?

Unabhängiger Prädiktor für Infarkt

Weintraub et al. untersuchten ebenfalls anhand einer weiteren Studie den klinischen Verlauf von 3.363 Patienten mit elektiver Kontroll-Angiographie 4-12 Monate nach Koronarintervention gegenüber 3.858 Patienten ohne elektives Follow-up (Weintraub et al. *Long term clinical follow-up in patients with angiographic restudy after successful angioplasty. Circulation* 1993; 87(3): 831-40). Die multivariate Analyse zeigte, dass die **angiographische Restenose** ein **unabhängiger Prädiktor für das**

Auftreten eines postinterventionellen Myokardinfarktes war. Hinsichtlich der Mortalität zeigte sich keine Korrelation.

Zellweger et al. zeigten in ihrer Publikation *Long-term outcome of patients with silent versus symptomatic ischemia six months after percutaneous coronary intervention and stenting (J Am Coll Cardiol.* 2003; 42(1):33-40), dass postinterventionelle Patienten mit einer nicht-invasiv nachweisbaren, jedoch aklinischen Koronarinsuffizienz eine bessere Prognose als symptomatische Patienten haben; im Vergleich zu Patienten ohne objektive Koronarinsuffizienz zeigte sich jedoch ein deutlich gesteigertes Risiko für kardiale Ereignisse.

Anders als die Autoren darstellen, zeigen diese und weitere Erfahrungen, dass das Ereignis „angiographische Restenose“ durchaus eine klinische Relevanz hat, und somit sicher identifiziert und behandelt werden sollte.

Da die heutzutage üblichen nicht-invasiven Testmethoden – Ergometrie, Stress-Echo, Stress-MR, Szintigraphie etc. – durchaus nur eingeschränkte Sensitivitäten und Spezifitäten

haben, muss man davon ausgehen, dass eine Reihe von Rezidiven ohne Durchführung einer angiographischen Kontrolle unerkannt bleiben.

Bei bestimmten Läsions- und Patientencharakteristika, insbesondere solchen, die nachweislich zu erneuten kardialen Ereignissen führen können – z.B. komplexe und/oder langwierige Eingriffe bei Koronarverschlüssen, Bifurkationsstenosen, Mehr-Gefäß-Interventionen, In-stent Rezidivstenosen etc. –, ist die Kontroll-Angiographie daher definitiv gerechtfertigt, um eine sichere Diagnose stellen und eine erneute – ggf. interventionelle – Therapieoption anbieten zu können.

Keine „rein palliative Maßnahme“!

Sicherlich gibt es Gründe, stabile Patienten im Verlauf – unter Durchführung regelmäßiger Funktionskontrollen – rein medikamentös zu therapieren und sich so ein erneutes invasives Procedere zu ersparen. **Die Re-Intervention als „rein palliative Maßnahme“ zu beschreiben und ihr so die Berechtigung als adäquate Therapie zu entzie-** ▶

hen, ist jedoch keinesfalls gerechtfertigt.

Argumentiert man hier, dass die Re-Intervention keinen Vorteil bezüglich der Reduktion ‚harter‘ Endpunkte wie Mortalität aufweist, ist dies ein heutzutage unzulässiges Beschränken auf das Nötigste.

Im Sinne eines modernen Patienten-orientierten Therapiemanagements kann nicht nur der Faktor Mortalität, sondern müssen und sollten auch die übrigen kardialen Endpunkte wie Myokardinfarkt, Re-Intervention und nicht zuletzt auch die subjektive Beschwerdesymptomatik berücksichtigt werden.

Zeigten die bisherigen interventionellen Verfahren hinsichtlich der etablierten harten kardialen Endpunkte bei

stabilen Patienten gegenüber dem rein medikamentösen Regime nur bedingt einen Benefit, ermöglicht die Einführung der medikamenten-beschichteten Stents (drug-eluting stents – DES) nun auch eine deutliche Senkung der Re-Interventionsraten. Als Teil der harten Endpunkte wird diese Reduktion somit zu einer Neubewertung der Relevanz interventioneller Verfahren gegenüber konventionellem Procedure führen.

Die bemerkenswerte Reduktion von Re-Interventionen durch medikamenten-beschichtete Stents ist dabei das Ergebnis einer anhaltenden effizienten Inhibition eines Plaqueprogress und einer Intimaneubildung. Berücksichtigt man dies, so kann man – auch wenn der symptomatische Status der Pa-

tienten bisher kein Endpunkt der großen randomisierten DES-Studien war – davon ausgehen, dass der Einsatz der DES im Vergleich zu konventionellen Stents eine deutliche und zuverlässige Besserung der Beschwerdesymptomatik ermöglicht und somit nachdrücklich die Lebensqualität erhöhen kann. Da diese Technologie heute zur Verfügung steht, muss und sollte dieses Ziel auch angestrebt werden.

Wir glauben daher, dass die Kontroll-Angiographie sicher nicht routinemäßig bei jedem Patienten durchgeführt werden muss, dass sie jedoch bei speziellen Läsions- und Patientencharakteristika indiziert ist und bleiben sollte, insbesondere in Fällen rezidiv-gefährdeter Koronarmorphologien so-

wie nach komplexen und/oder langwierigen Koronar-eingriffen. Keinesfalls kann und sollte ein Hausarzt ohne vorherige Rücksprache mit den behandelnden Kardiologen eine von ihnen vorgeschlagene, ggf. begründete angiographische Kontrollangiographie von sich aus absagen.

Der Fortschritt koronar-interventioneller Techniken fordert darüber hinaus eine ständige Überprüfung der Bewertung konkurrierender Therapieoptionen und hat durch die jüngsten Entwicklungen die Option des interventionellen Therapieansatzes deutlich bestärkt.

Professor Dr. med. Eberhard Grube
Chefarzt, Klinik für
Kardiologie/Angiologie
Klinikum Rhein-Sieg, Herzzentrum
Ringstrasse 49, 53721 Siegburg

DRG Regelwerk 2005

Die wichtigsten Änderungen für Internisten

Sämtliche für die DRG-Kodierung relevanten Regelkataloge – DKR, ICD-10-GM und OPS – wurden für 2005 überarbeitet. Dabei kam es zu einer auf den ersten Blick kaum überschaubaren Vielzahl von Änderungen. Das Ausmaß des erforderlichen Umlernens bleibt in erträglichen

Im Vergleich zu den vorangehenden Jahren wurden die DKR diesmal umfassend überarbeitet.

Neuregelungen DKR 2005:

- ▶ allgemeine Richtlinien 29 → 27
- ▶ spezielle Richtlinien I 64 → 87 (davon 1 neu)
- ▶ insgesamt 193 → 114 (davon 52 überarbeitet)

Bei näherer Betrachtung ergeben sich allerdings in den wenigsten Fällen tatsächliche inhaltliche Änderungen. Vielmehr handelt es sich vorwiegend um Streichungen redundanter Regeln (vgl. Auflistung der weggefallenen Kodierrichtlinien im Anhang B der DKR Version 2005 auf S. 158-159), Textverschiebungen (Zusammenfassung verschiedener Regeln), Textanpassungen (z.B. an die geänderten ICD- und OPS-Kataloge) sowie redaktionelle bzw. didaktische Überarbeitungen.

Die vorgenommenen Änderungen verfolgen die Intention, möglichst viele Sachverhalte fachübergreifend im Rahmen der Allgemeinen Kodierrichtlinien zu regeln und die Anzahl der (Ausnahme-)Regeln im Rahmen der Speziellen Kodierrichtlinien zu minimieren. Die Absicht eines praktischen Beitrages zur Deregulation kann sicher nur begrüßt werden. Ob das Ergebnis allerdings der Intention entspricht, wird sich erst in praxi erweisen müssen.

Das Wichtigste für Internisten

D002d „Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen.“ Diese klare Aussage dürfte ein bisher beliebtes Diskussthemata abschließen.

Grenzen, wenn man zwischen inhaltlichen Neuerungen und formalen Optimierungsansätzen unterscheidet. Die vorliegende Zusammenstellung versucht, diese Sichtung mit Schwerpunkt auf den internistischen Fachbereich vorzunehmen.

D003d „Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte).“ Diese Einschränkung wird zu einer – aus systemischer Sicht begrüßenswerten – Reduktion der Kodierung von Neben- und Zufallsbefunden führen. Es sollte allerdings darauf geachtet werden, dass diese Passage nicht dazu benutzt wird, „durch die Hintertür“ Schwellenwerte für das Ausmaß des Zusatzaufwandes, das zur Kodierung einer Nebendiagnose erfolgen muss, einzuführen (vgl. Definition der Nebendiagnose in D003d).

P001d „Es gibt keine Kodierrichtlinie, die die Reihenfolge der

Prozeduren regelt.“ Hier ist eine echte Vereinfachung eingetreten (P002a gestrichen). Bei komplexen Fällen mit zahlreichen OPS-Kodes (z.B. Intensivpatienten) sollten dennoch die „wichtigen“ Prozeduren am Anfang stehen, weil die Anzahl der pro Fall übermittelbaren Daten begrenzt ist.

P012d „Soweit der OPS für die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten eine Dosis- bzw. Mengenangabe vorsieht, ist nur die dem Patienten tatsächlich verabreichte Dosis bzw. Menge zu kodieren.“ Unabhängig davon, wie man die ab 2005 geltenden Zusatzentgelte für Medikamente und Blutprodukte aus systemischer Sicht beurteilt, dürfen „Verwurfsmengen“ nicht mitkodiert werden.

P016d „Prozeduren im Rahmen einer Verbringung ▶

werden durch die verbringende Klinik kodiert.“ Dies ist die einzige neue Kodierrichtlinie der Version 2005. Sie regelt diesen bislang offenen Sachverhalt zugunsten des den Auftrag gebenden Krankenhauses.

0103d „Bakteriämie, Sepsis, SIRS und Neutropenie.“ Diese spezielle Kodierrichtlinie wurde insgesamt neu gefasst mit präziseren Begriffsbezügen, Neuaufnahme des SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome, im ICD-10-GM Version 2005 unter R65.-! abgebildet) und expliziter Gleichstellung der Urosepsis mit anderen Sepsisfällen.

0201d „Erfolgt die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose zuzuweisen. ... Erfolgt hingegen die Aufnahme zur lokalen Chemotherapie oder lokalen Bestrahlungstherapie der Metastase(n), ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Nebendiagnose anzugeben.“ Hierzu finden sich Beispiele in den DKR Version 2005 (S. 66).

0211d „Bei Patienten, die zur Chemotherapie aufgenommen werden, ist als Hauptdiagnose das Malignom zu kodieren, das

mit der Chemotherapie behandelt wird. ... Der Kode Z51.1 Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung ist nicht zu kodieren.“ Die Erfassung der Chemotherapie erfolgt somit rein über die durchgeführte(n) Prozedur(en).

0214d „Eine Lymphangiosis carcinomatosa wird analog einer Metastasierung ... kodiert.“

0215d „Für die Verschlüsselung einer Knochenbeteiligung bei malignen Lymphomen ist C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes anzugeben.“ Diese bislang ausgeschlossene Angabe wurde wegen eines in der Kalkulation erkennbaren deutlichen Mehraufwandes bei entsprechenden Fällen möglich gemacht. Im Gegensatz dazu bleiben die übrigen etwaigen Organbeteiligungen eines Lymphoms weiterhin nicht kodierbar (d.h. keine Anwendung der Codes C77.-, C78.- und C79.- mit Ausnahme von C79.5).

0401d „Hauptdiagnose Diabetes mellitus mit Komplikationen: Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10-14, vierte Stelle .6 zu kodieren.“ Aber: „Diabetes mel-

litus als Nebendiagnose: Abweichend von den Regelungen zur Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist jedoch nicht .6 als vierte Stelle zu erfassen, wenn ein spezifischerer Kode für eine einzelne Komplikation gewählt werden kann ...“. Die Kodierung des Diabetes bleibt weiterhin komplex. An dieser Stelle kann nur auf den vollen Wortlaut der Regeln und Beispiele verwiesen werden.

0904d „Steht eine Herzkrankheit in kausalem Zusammenhang zur Hypertonie, so ist ein Kode für die Herzkrankheit ... gefolgt von I11.- Hypertensive Herzkrankheit anzugeben.“ Was bislang explizit verboten war, ist ab sofort die Regel. Für die hypertensive Nierenerkrankung (0905d) und hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (0906d) gelten analoge Neuregelungen.

1401d „Dialyse: Bei einem mehrtägigen Aufenthalt ... ist als Hauptdiagnose die Krankheit zu kodieren, die die Aufnahme ins Krankenhaus erforderte. Z49.1 Extrakorporale Dialyse und Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz sind nicht zuzuweisen.“

1806d „Wird ein Patient speziell zur Schmerzbehandlung aufgenommen und wird aus-

schließlich der Schmerz behandelt, ist der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben. Dies gilt auch für den Tumorschmerz.“ ... „In allen anderen Fällen von chronischem Schmerz muss die Erkrankung, die den Schmerz verursacht, als Hauptdiagnose angegeben werden, soweit diese für die stationäre Behandlung verantwortlich war.“

ICD-10-GM Version 2005

Der ICD-Katalog wurde gleichfalls umfassend überarbeitet. Zum einen wurden Änderungen der WHO eingepflegt. Zum anderen wurden Ergänzungen und Anpassungen an das G-DRG-System vorgenommen.

Neuregelungen ICD-10-GM Version 2005:

- **alphabetisches Verzeichnis um rund 10.000 Einträge erweitert**
- **Diagnosenthesaurus um 10.000 Einträge erweitert, 5.000 Einträge entfallen**
- **Zuwachs auf ca. 59.000 Einträge**
- **deutsche Rechtschreibreform berücksichtigt (!)**

Die Änderungen betreffen sämtliche Abschnitte (Kapitel I bis XXII). Ähnlich wie bei den DKR, stellen sich zahlreiche Modifikationen bei genauerem Hinsehen als semantische Korrekturen bzw. geringfügige Präzisierungen heraus („viel Kleinkram“). Qualitativ bedeutend erscheinen vor allem die Veränderungen in den Bereichen Transplantationen, angeborene Fehlbildungen, Dermatologie und Neurologie.

Wichtige Besonderheiten wie das Kreuz-Stern-System bleiben erhalten. Insgesamt stellt die ICD-10-GM Version 2005 den Versuch dar, das Regelwerk näher an das deutsche DRG-System anzupassen.

Die wichtigsten neuen ICD-Codes für Internisten

A15.0 Für die Diagnostik der Tuberkulose werden ►



molekularbiologische Verfahren berücksichtigt.

A 40 und A 41 Bei der Sepsis fallen die bisherigen Exklusiva der vorangegangenen medizinischen Maßnahmen weg (ggf. komplementäre Angabe eines Kodes aus T80 bis T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung).

C79.5 Knochen(mark)herde bei malignem Lymphom gelten jetzt doch als sekundäre bösartige Neubildung des Knochens (Ausnahme, vgl. DKR 0215d).

D69.5 Die sekundäre Thrombozytopenie kann jetzt weiter differenziert werden, insbesondere in HIT Typ I und II.

E10-E14 Beim Diabetes gelten die Subkategorien .0 (Koma) und .1 (Ketoazidose) naheliegenderweise grundsätzlich als entgleist und müssen deshalb obligatorisch an der fünften Stelle mit der 1 verschlüsselt werden. Das hypoglykämische Koma fällt explizit nicht unter .0 (neues Exklusivum), sondern muss mit .6 kodiert werden. Der pankreoprive Diabetes ist als E13 zu kodieren (neues Inklusivum).

G45 Bei der TIA kann jetzt die Zeitdauer präziser abgebildet werden (bis < 1 Stunde).

G82 Bei Para- und Tetraplegie kann jetzt an der fünften Stelle zwischen akut und chronisch differenziert werden.

G93.80 Das leider nicht seltene apallische Syndrom hat einen eigenen Kode bekommen.

III-II3 Die Abbildungsweise bei mit der Hypertonie kausal verknüpfter Herz- und/oder Nierenerkrankung wechselt vollständig (vgl. DKR 0904d).

J44 Die Schweregradeinteilung der Obstruktion ist jetzt bei allen Subkategorien des Kodes anzugeben.

K72.7-! Beim Leberversagen können Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum nach der West Haven Classification differenziert werden.

M31.7 Eigener Kode für die mikroskopische Polyangiitis.

M79.7 Eigener Kode für die Fibromyalgie.

R13 Die Dysphagie kann besser differenziert werden.

R65! Neuaufnahme der klinischen Entität SIRS (vgl. DKR 0103d).

T86.1, T86.4 und T86.5 Die Unterteilung dieser Kodes ermöglicht die Unterscheidung verschiedener Komplikationen nach Nieren-, Leber- und Hauttransplantation.

OPS Version 2005

Die Überarbeitung des OPS-Kataloges stellt, u.a. infolge der Einführung zahlreicher Zusatzentgelte, möglicherweise die praktisch bedeutsamste Veränderung der Regelwerke von 2004 auf 2005 dar.

Neuregelungen OPS Version 2005:

- **Erweiterung der Kodes um ca. 20%**
- **teilweise Übernahme von Kodes aus dem optionalen Erweiterungskatalog 2004 in den amtlichen Katalog OPS 2005**
- **in erheblichem Umfang Aufnahme von Informationen, die zur Auslösung eines Zusatzentgeltes führen**
- **Einführung von Zusatzkennzeichen für Prozeduren an paarigen Organen**

(obligatorische Verwendung)

Zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden insbesondere im Bereich der komplexen diagnostischen und therapeutischen Verfahren eine Reihe von Prozedurenkodes, die 2004 im optionalen Teil standen, für 2005 in den amtlichen Katalog übernommen.

Die Bereiche Komplexbehandlung (v.a. Schlaganfall und Intensivmedizin) und Frührehabilitation wurden präzisiert und differenzierter ausgestaltet. Umfangreich und inhaltlich bedeutsam sind die Änderungen im Bereich der perkutan-transluminalen Gefäßinterventionen.

Daneben finden sich auch im überarbeiteten OPS-Katalog 2005 zahlreiche semantische bzw. redaktionelle Optimierungen.

Die Neuerungen werden einen nochmaligen, erheblichen Zusatzaufwand an Dokumentation nach sich ziehen (z.B. für Menge applizierter Medikamente bzw. Blutprodukte, tägliche Scoringwerte der Intensivpatienten, etc.).

Die wichtigsten neuen OPS-Codes für Internisten

I-920 Neuaufnahme eines Kodes zur Abbildung der Medizinischen Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation.

3-05e und 3-05f Neuaufnahme von Kodes für IVUS und transbronchiale Endosonographie.

5-319.1, 5-319.6 und 5-339.0 Die erweiterten Kodes ermöglichen eine Differenzierung der Dilatations- bzw. Stentbe-

handlung in Trachea und Bronchus.

8-012 Applikation von Medikamenten (beachte Kodierrichtlinie P012d).

8-718 Streichung dieser OPS, Erfassung der Beatmungsdauer über Angabe der kumulativen Beatmungstunden pro Aufenthalt in einem separaten Eingabefeld.

8-80 bis 8-82 Die Transfusion von Blutzellen und Plasmabestandteilen sowie Plasmapherese und Immunadsorption werden deutlich differenzierter abgebildet.

8-835 Neustrukturierung der OPS zur Abbildung des angewandten Ablationsverfahrens bei Tachyarrhythmie.

8-836 und 8-837 Differenzierung der Leistungen bei perkutan-transluminalen Gefäßinterventionen, insbesondere jetzt Möglichkeit zur Darstellung moderner intrakoronarer Prothesen und Verfahren.

8-853 bis 8-855 und 8-857 Die Dauer der angewandten Dialyseverfahren ist jetzt wesentlich präziser abzubilden.

8-980 Die Komplexität der Intensivtherapie soll durch eine aufwändige Dokumentation (tägliche Erfassung des SAPS II- und des TISS 28-Scores) erfasst werden.

8-981 bis 8-984 Diese neuen Kodes erlauben die Darstellung komplexer Leistungen beim akuten Schlaganfall, in der Palliativmedizin, in der Rheumatologie und beim Diabetes mellitus, sind aber an die Erfüllung umfangreicher Anforderungskataloge gebunden.

Hinweis: Die Zitate aus den Regelwerken sind aus didaktischen Gründen zum Teil ▶

Beispiel I

	Kodierung 2004		Kodierung 2005	
Hauptdiagnose	A46	Erysipel	A46	Erysipel
Nebendiagnosen	178.2	chronisch venöse Insuffizienz	178.2	chronisch venöse Insuffizienz
	E66.0	Adipositas	E66.0	Adipositas
			R65.0!	SIRS
Hauptprozedur	-		-	
G-DRG	J64B	Infektion der Haut und Unterhaut	J64C	Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut
Eff. Relativgewicht		0,728		0,612
Mittlere Verweildauer		7,9 Tage		7,0 Tage

mit Hervorhebungen der Autoren versehen und/oder stellenweise gekürzt wiedergegeben (Auslassungen durch ... kenntlich gemacht). Verbindlich sind ausschließlich die vollständigen Texte der amtlichen Regelwerke (DKR Version 2005, ICD-10-GM Version 2005 und OPS Version 2005).

Änderungen – Beispiel 1:

Eine 60-jährige Hausfrau wird wegen eines Erysipels am linken Unterschenkel bei langjähriger chronisch-venöser Insuffizienz und Adipositas stationär aufgenommen.

Klinisch bestehen neben dem typischen Lokalbefund (keine Eintrittspforte nachweisbar) Fieber (38,4°C) und Tachykardie (95/min), so dass die Kriterien eines SIRS erfüllt sind.

Im Labor außer Leukozytose (15.000/mm³) keine wesentlichen Pathologika, Blutkulturen ohne Keimnachweis.

Im Venendoppler insuffiziente Perforansvenen, kein Anhalt für Phlebothrombose.

Wegen des Übergewichtes erhält die Patientin Reduktionskost und nimmt an einer Diätberatung teil.

Unter Antibiotikatherapie, Heparin, lokalen Maßnahmen und Ruhigstellung kommt es zu einer prompten Besserung des Zustandes.

Die Patientin kann nach 4 Tagen mobilisiert und nach 6 Tagen mit oraler Anschlussmedikation entlassen werden.

Änderungen – Beispiel 2:

Ein 42-jähriger Diplomkaufmann, bislang kerngesund, wird vom Hausarzt eingewiesen zur Abklärung eines unklaren Beschwerdebildes aus Belastungsdyspnoe, Müdigkeit und Gewichtsverlust sowie Schmerzen in Rücken und Beinen, für die auch der Orthopäde keine Erklärung fand.

Die Diagnostik führt zur Entdeckung eines gemischtzelligen Non-Hodgkin-Lymphoms im Stadium II b mit großen mediastinalen Lymphknoten und Pleuraerguss rechts, diffuser

Knochenbeteiligung und im NMR gesicherter Beteiligung der Meningen.

Nach dem Staging wird eine Chemotherapie eingeleitet, die ohne wesentliche Komplikationen durchgeführt wird. Allerdings werden bei inzwischen deutlicher Anämie (min. Hb 9,9 g/dl) 2 EKs transfundiert.

Der Patient wird nach 21 Tagen mit einem Termin für den nächsten Chemotherapiezyklus entlassen.

Änderungen – Beispiel 3:

Eine rüstige, gepflegte Dame, 65 Jahre alt, kommt stationär zur Hysterektomie bei Uterus myomatosus mit suspektem zytologischem Befund im Rahmen der Krebsvorsorge.

Trotz sorgfältiger Behandlung eines seit mehr als 20 Jahren bekannten arteriellen Hypertonus besteht eine hypertensive Herzerkrankung (klinisch Herzinsuffizienz NYHA^o II). Die Blutdruckwerte liegen unter ACE-Hemm-

er-Medikation im Toleranzbereich.

Die Operation verläuft problemlos, histologisch findet sich kein Malignomnachweis.

Die Patientin wird nach unkompliziertem Verlauf am 6. Tag entlassen.

Autoren:

Dr. med. Götz-Johannes Peiseler
Facharzt für Innere Medizin /
Intensivmedizin
DRG-Koordinator
Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Dr. med. Michael Braida
Facharzt für Innere Medizin /
Intensivmedizin
DRG-Koordinator
Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Dr. med. Michael Kulzer
Oberarzt Kardiologie
DRG-Beauftragter
3. Medizinische Abteilung
Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Dr. med. Martin Zeuner
Ressortleiter Versorgungsstrukturen
Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung in Bayern
Putzbrunner Str. 73
81739 München

Beispiel 2		
	Kodierung 2004	Kodierung 2005
Hauptdiagnose	C83.2† Non-Hodgkin-Lymphom	C83.2† Non-Hodgkin-Lymphom
Nebendiagnosen	J91 * Pleuraerguß D63.0* Anämie bei Neubildung Z51.1 Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung	J91R * Pleuraerguß rechts D63.0* Anämie bei Neubildung C79.5* Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks
Prozeduren	8-800.2 Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE	8-800.7f Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis unter 6 TE
3	3-800 Native MRT des Schädels	3-800 Native MRT des Schädels
4	8-542 Nicht komplexe Chemotherapie	8-542 Nicht komplexe Chemotherapie
G-DRG	R61A Lymphom und nicht akute Leukämie	R61D Lymphom und nicht akute Leukämie
Eff. Relativgewicht	1,977	1,723
Mittlere Verweildauer	13 Tage	12,3 Tage

Beispiel 3		
	Kodierung 2004	Kodierung 2005
Hauptdiagnose	D25.2 Subseröses Leiomyom des Uterus	D25.2 Subseröses Leiomyom des Uterus
Nebendiagnosen	I11.00 Hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz	I11.0 Hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz 150.12 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
Prozeduren	5-683.01 Uterusexstirpation	5-683.01 Uterusexstirpation
G-DRG	N04A Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung	N04Z Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung
Eff. Relativgewicht	1,673	1,562
Mittlere Verweildauer	11,9 Tage	11,0 Tage

Akademie für internistische Fort- und Weiterbildung gegründet

Der BDI und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin haben gemeinsam die Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin gegründet. Die Akademie bemüht sich zum einen um praktische und theoretische Wis-

Eines der Ziele der Akademie: Jeder Internist soll bei seiner Fortbildung im Verlauf von fünf Jahren die Möglichkeit erhalten, einmal das gesamte Gebiet der Inneren Medizin zu durchlaufen und sein Wissen so auf dem neuesten Stand zu halten. Sie erarbeitet und empfiehlt zu diesem Zwecke einen strukturierten Themenkatalog für das Gesamtgebiet der Inneren Medizin, der sich mit den speziellen Fortbildungsinhalten der Schwerpunkte gut ergänzt. Dabei arbeitet sie mit ihren im wissenschaftlichen Beirat ver-

tretenen Schwerpunktgesellschaften und mit den bereits bestehenden Akademien und Organisationen der Schwerpunkte zusammen. Sie zertifiziert mit Unterstützung ihres wissenschaftlichen Beirats Veranstaltungen und wirkt im Rahmen dieser Tätigkeit auf die bestmöglichen Qualitätsstandards der Fortbildungsaktivitäten hin.

Das neueste Reformgesetz hat den Ärzten die Pflicht aufgebürdet, ihre Fortbildungsaktivitäten nachzuweisen. Niedergelassene müssen innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte er-

sensinhalte in der Inneren Medizin auf höchstem, aktuellem Niveau, evidenzbasiert, praxisrelevant und verständlich. Zum anderen will sie ihren Mitgliedern das gesetzlich vorgeschriebene Sammeln der Fortbildungspunkte erleichtern.

werben, anderenfalls drohen Sanktionen vom Honorarabzug bis hin zum Entzug der Zulassung als Vertragsarzt. In modifizierter Form gilt die Fortbildungspflicht auch für Ärzte im Krankenhaus (§ 137 SGB V). Mitglieder der Akademie können ihr Punktekonto elektronisch verwalten lassen und können damit die sonst übliche Zettel-Bürokratie deutlich vereinfachen.

Die Akademie kümmert sich aber nicht nur um die fertigen Fachärzte – zu ihrem Angebot zählen in Zusammenarbeit mit etablierten Fortbildungsstruk-

turen auch Vorbereitungskurse auf die Facharztprüfung in der Inneren Medizin.

Direktor der Akademie ist Professor Dr. med. Jürgen Meyer, Mainz; sein Stellvertreter ist Professor Dr. med. Malte Ludwig, Starnberg. Der wissenschaftliche Beirat besteht aus je einem Vertreter

- der DGIM,
- des BDI,
- der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Inneren Medizin,
- der wissenschaftlichen Fachverlage,
- der korporativen Mitglieder der DGIM.

Wer kann mitmachen?

Die Akademie steht allen Ärztinnen und Ärzten offen, die sich internistisch fachlich fort- und weiterbilden wollen.

Für die Teilnahme am Akademieprogramm werden folgende Beiträge pro Jahr erhoben:

- Mitglieder der DGIM und/oder des BDI € 40,00
- Ärzte in Weiterbildung € 25,00
- Andere Teilnehmer € 50,00

Da die Beiträge zu den beruflich veranlassten Ausgaben zählen, sind sie steuermindernd absetzbar.

Weitere Auskünfte und Teilnahmeerklärungen gibt es im Internet (siehe nebenstehende Web-Adresse) oder direkt bei der Akademie unter der Telefonnummer 0611/20 58 04 00.

red/BW

VERANSTALTUNG
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin
Schöne Aussicht 1
65193 Wiesbaden

Dozent 1: Peters: 18.09.2004; 9:15 bis 11:30
Immunsuppression nach Nierentransplantation

Dozent 2: Müller: 18.09.2004; 13:30 bis 15:45
Besonderheiten der Hochdrucktherapie beim älteren Patienten

Dozent 3: Eiken: 18.09.2004; 16:30 bis 19:00
Chronische Hepatitis B

Dozent 4: Haferling: 19.09.2004; 8:30 bis 12:30
Kurs Koloskopie / Sigmoidoskopie

Dozent 5: Merkel: 19.09.2004; 13:30 bis 16:00
Klinik, Diagnostik und Therapie von Vaskulitiden

Dozent 6: Schröder: 19.09.2004; 16:30 bis 18:30
Arzneimittel-Nebenwirkungen an der Haut

Evaluation auf der Rückseite notwendig.

Bessere Fortbildung, weniger Bürokratie

Akademie-Mitglieder erhalten neben solchen Evaluationskarten einen persönlichen Barcode, den sie oben in die Karte einkleben. Der Code wird am Eingang zur Veranstaltung gescannt, die Teilnahme automatisch erfasst. Auf diese Weise können die Punktekonten auch elektronisch geführt werden, die sonst notwendige Zettelwirtschaft entfällt. Sehr wichtig: Auch die Qualität der Veranstaltungen soll gefördert werden – deshalb können Akademiemitglieder auf der Rückseite (hier links im Bild) die Veranstaltungen differenziert bewerten. Die Ergebnisse der Bewertung fließen in die zukünftige Planung ein. Weitere Informationen zur Akademie sind im Internet zu finden unter

www.akademie-innere-med.de

Kleinanzeigen

GERÄTE

Wenig gebrauchtes **Pentax Gastroskop** EG 2930 K kompl. Mit Prozessor EPK-700, Monitor, Pumpe, Farbprinter und Wagen zu verkaufen. Bauj. 2000. Preis VB. „Geräte 25852“

Computergesteuerte Extension + Tiefenwärme: Extensionsliege mit TRAComputer + MILI-Mobil + Hüftextension (Medi-

zinelektronik Lüneburg); NP 13.051 € inkl. MWSt., 28 Monate alt, absolut neuwertig, kaum benutzt, günstig abzugeben. Auch Einstieg in Leasingvertrag möglich.

Dr. Hans-Peter Volkmann Deutsche Klinik für Naturheilkunde und Präventivmedizin Knappschafts Krankenhaus Püttlingen
In der Humes
66346 Püttlingen
Tel.: 06898/55-2092 (dienstlich)
Tel.: 0681/5959411 (privat)
E-Mail: dr.volkmann@t-online.de

Verkaufe **Olympus ETD-2Plus**; wenig gebraucht, fehlerfrei in Betrieb seit Mai 2003, tadellose Hygieneprüfungen, 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 + Stiftsonde 4 MHz) mit Mitsubishi-Video-printer und Gerätewagen – sehr guter Zustand. Preis VB auf Anfrage.

„Geräte 29606“

Verkaufe älteres **Sonographiegerät Picked 2400 LS**, 3,5 MHz Schallkopf, 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

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

Automatisches Notfall-Defibrillatorsystem 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 selbstständig, 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

Die Endoskop Schmutzabreinigung ist vor der Endoskopwaschmaschine unerlässlich und manuelle Pflicht. In einer Edelstahlspüle, Größe 600 x 500 mm, für Endoskope ideal, die Zeitersparnis und Arbeitserleichterung in der **Vorreinigung**. Auch für Enzymatische Vorreiniger. In einem Krausemulti-System erfolgen die wei-

teren Arbeitsschritte automatisch, Desinfektion/Neutralisation/Kanal/Lufttrocknung. Ausstattungsvarianten; Kanalkontrolle und Protokoll drucker. Weitere Informationen vom Hersteller:

Krause Med. Technik GmbH
Hoher Holzweg 44
30966 Hemmingen /Han.
Tel.: 05101/853630
Fax: 05101/852897
E-Mail: info@k-mt.de

Toshiba Ultraschallgerät SSH-140A für Herz und Gefäße mit Sektorsonde, Linearsonde, Stiftdsonde; SW-Printer. VB 4.500
Tel.: 0951/200200

Desinfektionsmittel für Endoskope und Instrumente etc., viele Fabrikate ab Werk direkt. In Originalverpackungen ab Werk, Minimum Abnahmemengen 2 x 5 Liter. Nennen Sie uns Ihren Jahresbedarf, wir unterbreiten Ihnen ein Preisangebot vom gleichen Hersteller für Ihre eingesetzten Produkte. Unser Tip zum Jahresanfang, kaufen Sie Ihren Jahresbedarf direkt an der Quelle und maximieren Ihren Gewinn im Einkauf, wie die „Großen“. **Hygieneprüfung ...** kein Problem mit **Spezialprodukten** gegen Kontamination in Wasser- und Schlauchsystemen. Weitere Informationen vom Vertreter:

Krause Med. Technik GmbH
Hoher Holzweg 44
30966 Hemmingen /Han.
Tel.: 05101/853630, Fax: 05101/852897
E-Mail: info@k-mt.de

PRAXISABGABE

Etabl. Allgemeinanzpraxis, modern eingerichtet, in der Stadt Gernrode (Harz), staatlich anerkannter Erholungs-ort, sofort günstig abzugeben.

Kontakt über:
Verwaltungsgemeinschaft Gernrode/Harz
Verwaltungsamtsleiter Herr Thiele
Marktstr. 2, 06507 Gernrode
Tel.: 039485/930-14, Handy: 0170-2452601
Fax: 039484/241
E-Mail: kontakt@vgm-gernde-harz.de

Alteingeführte, große **internistisch-hausärztliche Praxis**, moderne Ausstattung, 230 qm, in Ärztehaus, Parterre, hoher Privatanteil, KV-Bezirk Osnabrück, (Ergo, Sono Echo, LZ-RR u. LZ-EKG, Lu-Fu), aus Altersgründen zum 01.01.2006 an tüchtigen Nachfolger abzugeben.
"Praxisabgabe 07540"

Lukratives Angebot: **Internistisch-rheumatologischer KV-Sitz** mit/ohne Patienten-Scheine in der Universitätsstadt Marburg/Lahn (Sperrbezirk, Mittelhessen) sehr günstig an eine(n) Internistin/Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie zum bald möglichsten Termin abzugeben. Möglichkeiten zur Assoziation

mit interessierten Kollegen (z.B. Orthopäden ...) in der Stadt sind derzeit vorhanden.

„Praxisabgabe 27728“

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. Auch in Kombination mit Diabetologie möglich.

„Praxisabgabe 05697“

Internist. Privatpraxis, naturheilkundlich orientiert, hoher Umsatz, Topausstattung, 2005 abzugeben. Übergangsgemeinschaft ab sofort möglich. Raum Rhein-Main.

„Praxisabgabe 24176“

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

Internistisch-hausärztliche Praxis in Köln in attraktivem Stadtteil. Überdurchschnittlicher Umsatz, optimale Personal-konstellation, 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“

Gutgehende **fachinternistische Praxis** in norddeutscher Kleinstadt zum 31.03.2006 abzugeben. Besonders für Schwerpunkt-internisten geeignet, da im gesamten Landkreis kein Schwerpunktkler niedergelassen ist (gesperrtes Gebiet). Alle Schulen am Ort, hoher Freizeitwert.

Tel.: 0160 – 7913325

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, Südwesen allgemein.

„Praxisabgabe 22775“

Hausärztliche (oder fachärztliche) Praxis im Großraum Dortmund gesucht. Internist, 41 Jahre alt, v.h., 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.

„Praxisabgabe 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.

„Praxisabgabe 28692“

PRAXISPARTNER

Suche **hausärztliche/n Partner/in** für fachärztliche Praxis im Saarland. Keine Investition notwendig.

„Praxispartner 12905“

Suche Integration in **hausärztliche GemPraxis in Hamburg**, bin FA für Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin, 35 J., m., ledig. Am liebsten Alsternähe, Teamwork und Arbeitsklima jedoch entscheidend.

Tel.: 0172-9999709

Internist, naturheilkundl./homöopathisch orientiert, ab sofort in Privatpraxis, Topausstattung, gesucht. Spätere Übernahme möglich. Rhein-Main.

„Praxispartner 76241“

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“

Teilzeit in Essen: Suchen für **hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Essen** sucht für einen ausscheidenden Seniorpartner Kollegin/en zur stundenweisen Mitarbeit.

„Praxispartner 24458“

Internist/in Pneumologie zur Mitarbeit in Südbayern gesucht.

„Praxispartner 10246“

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

„Praxispartner 12127“

Korrespondenzadresse zu Kleinanzeigen:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Hauptgeschäftsstelle
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden
Fax: 0611/18133-50, E-Mail: rbornemann@bdi.de

Annahmeschluss für BDI aktuell März 2005: 24.01.2005
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 17.02.2005).
für BDI aktuell April 2005: 21.02.2005
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 17.03.2005).

Stellen Sie Ihre Kleinanzeige auch ins Internet!



Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

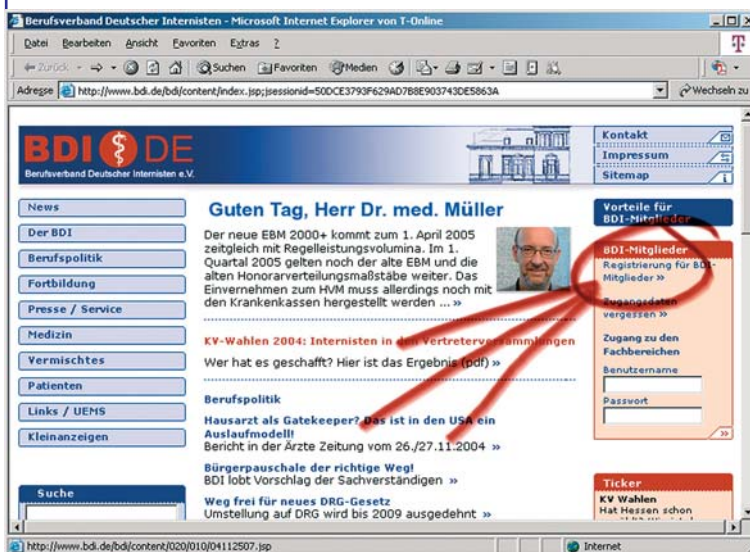
Die Erfolgchancen Ihrer Kleinanzeige steigen, wenn sie auch im Internet steht. Das erreichen Sie ganz einfach, indem Sie die Kleinanzeige direkt über die BDI-Web-Site aufgeben.

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

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“

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

Tel.: 0531/3489900

Partnerin für **Gemeinschaftspraxis Köln Innenstadt** für Januar 2006 gesucht. Meine Praxispartnerin scheidet aus Altersgründen zum Ende 2005 aus. Deshalb suche ich eine/n Nachfolger/in (FA Innere oder Allgemeinmedizin) für eine hausärztlich-internistische Praxis in Köln Innenstadt, ca. 1.100 Scheine, Jahresumsatz ca. 300.000, sehr günstige Kostenstruktur, gutes, eingespieltes Personal, sehr nette und kollegiale Atmosphäre. Ich bin selber Internist mit Psychotherapie und Naturheilverfahren, 49 Jahre. Suche jemand so um/zwischen 35-40. Erste Kontakte über:

rolf.boerger@netcologne.de

STELLENANGEBOT

Weiterbildungsstelle: Suche für groß**fachärztliche Praxis im Saarland** Weiterbildungsassistenten/in: 1 Jahr Innere, 6 Monate Angiologie. Gerne auch Teilzeit.

„Stellenangebot 90512“

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. Weiterbildungsmöglichkeit 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“

STELLENSUCHE

Internistin sucht Teilzeitstelle (50%) in Klinik oder Praxis im Rhein-Main-Gebiet. Engagiert, freundlich, breites Spektrum.

„Stellensuche 38842“

VERTRETERANGEBOT

Chefarzt Innere Medizin, besondere Qualifikationen: Duplexsonographien, Echokardiogramme, Endoskopien; ab Juni 2005 im Ruhestand, bietet Praxisvertretungen ab Sommer 2005 an. Bevorzugt Raum Köln bzw. Nordrhein-Westfalen, u.U. aber auch im übrigen Bereich von Deutschland möglich.

„Vertreterangebot 12551“

Internist/Gastroenterologie, 48 J., übernimmt Vertretungen in Praxis oder Klinik.

Tel.: 06861/790208
(Dr. Grün)

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 Fortsetzungs- oder Aktualisierungslieferungen.

„Verschiedenes 31948“

Terminübersicht Fort- und Weiterbildung 2005

Kurse

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.)

Echokardiographie-Abschlusskurs / Fortbildungspunkte: 21

Termin: 12.-13.03.2005
Ort: Wiesbaden, HSK
Kursleiter: Dr. med. F.-J. Beek et al.
Gebühr: € 340,00 / 420,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)

Kongresse

06.02. - 11.02.2005 Bad Reichenhall (11. Seminarkongress)
27.02. - 04.03.2005 Bad Kleinkirchheim (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 Krozingen bei Freiburg i. Brsg. (1. Seminarkongress)
24.11. - 03.12.2005 Teneriffa / Puerto de la Cruz (28. Seminarkongress)

Sonstige BDI-Termine

24.01.2005 Bezirksgruppe Bergisch-Land – Treffen, Wuppertal
23.02.2005 Landesgruppe Sachsen-Anhalt – Mitgliederversammlung, Magdeburg
23.-25.02.2005 AG Radiologie, Nuklearmedizin und MRT – Tagung, Garmisch
02.-06.04.2005 111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin – Internistenkongress: Mitgliederversammlungen siehe ab Seite 31
04.04.2005 Arbeitskreis Psychosomatik/Psychotherapie – Treffen, Wiesbaden

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

BDI-Veranstaltungen

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.

Bezirksgruppe Bergisch-Land – Treffen

Datum: 24.01.2005, 20.00 Uhr

Ort: Versammlungsraum der Kassenärztlichen Vereinigung Wuppertal
Carnaper Straße 73-75
42103 Wuppertal

Thema: Atemwegsinfektionen: Diagnostische und therapeutische Eckpunkte (Referent: Dr. med. H. Mitfessel)

Landesgruppe Sachsen-Anhalt – Mitgliederversammlung

Datum: 23.02.2005, 17.00 Uhr

Ort: „Classic Hotel Magdeburg“
Leipziger Chaussee 141, 39171 Magdeburg

Thema: Einführung des EBM 2000 Plus

Arbeitskreis Psychosomatik / Psychotherapie – Treffen

Datum: 04.04.2005, 11.30-14.00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle des BDI e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden

Themen: U.a. Bericht des Vorsitzenden – Rückschau zum Vorsymposium des AK Psychosomatik/Psychotherapie am 111. Internisten-Kongress – Erfahrungen mit aktuellen Fortbildungsangeboten auf Fortbildungskongressen des BDI e.V. – DRG für psychosomatische Patienten, die stationär internistisch behandelt werden – Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden – Publikationen im Rahmen des BDI

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

42. Ludwigshafener Sonographiekurs

Datum: 28.02.-04.03.2005

Ort: St. Marienkrankenhaus, Ludwigshafen
Es handelt sich um einen Grundkurs im Sinne der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) und der Bundes-KVen.

Information: Prof. Dr. med. H. Weiss,
Chefarzt der Medizinischen Klinik
St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus
Salzburger Straße 15, 67067 Ludwigshafen
Tel.: 0621/5501-0, Fax: 0621/5295793
E-Mail: hagen.weiss@st-marienkrankenhaus.de

Assistenz bei endoskopischen Untersuchungen in der Praxis 24-stündiges Fortbildungsseminar

Datum: Block I:
22.04.2005, 15.00-18.30 Uhr
23.04.2005, 09.00-16.00 Uhr
Block II:
06.05.2005, 15.00-19.15 Uhr
07.05.2005, 09.00-15.30 Uhr

Ort: Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim
Der/die Arzthelfer/in und Arztfachhelfer/in soll durch das Seminar befähigt werden, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von endoskopischen Untersuchungen bestmöglichst zu entlasten sowie Patienten angemessen zu begleiten.

Auskünfte und Informationsmaterial zu den o.g. Kursen können kostenlos angefordert werden:

Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim
E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de
Ansprechpartnerin: Karin Jablotschkin,
Tel.: 06032 / 782-132
Telefonprechzeiten:
Mo.-Fr. 08.30-12.00 Uhr
Mo.-Do. 13.00-15.30 Uhr
(Änderungen vorbehalten!)

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

Themen: u.a. Innere Medizin, Schwerpunktthemen, Interdisziplinäre Themen, Umweltmedizin, berufspolitische, ökonomische und juristische Fragen.

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)

46. Seminar für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Datum: 29.05.-03.06.2005

Ort: Alter Kursaal am Rathausplatz
Andreas-Nielsen-Str. 1
25980 Westerland
Tel.: 04651/449652

Veranstalter und Organisation: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V. in Zusammenarbeit mit der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. F. R. Matthias, Zentrum für

Innere Medizin des Universitätsklinikums Gießen
Themen: Psychiatrie, Neurologie / Angiologie, Schmerztherapie / Gastroenterologie / Kardiologie, Kurs: Pulmologie, Neurologie, Balintgruppe / Rheumatologie / Pharmakologie

Tagungsgebühren:

Seminarwoche

Teilnehmer: 350,- €

Nicht beruflich tätige Ärztinnen/Ärzte, MTA: 175,- €

Tageskarte: 75,- €

Information/Anmeldung: Frau V. Nevermann

Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung

Todendorfer Str. 14, 22964 Steinburg-Sprengel

Tel.: 04534/8202, Fax: 04534/8663

E-Mail: sekretariat@westerland-symposium.de

Internet: www.westerland-symposium.de

Zertifizierung: Die Seminarwoche ist durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein akkreditiert und zertifiziert sowie als Bildungsurlaub für das Land Schleswig-Holstein anerkannt (BFQG).

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@antonius.de und pasche@antonius.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@i-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@yahoo.com

Leitung: Prof. Dr. G. Ertl, Prof. Dr. Wilms

Organisation: Prof. Dr. B. Allolio, 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.medII@klinikum-Fulda.de

Leitung: Prof. Dr. D. Jaspersen, PD Dr. A. Hellinger
Organisation: Prof. Dr. D. Jaspers

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, Mühlbaurstr. 16, 81677 München
Beginn: jeweils Donnerstag, 19.30 Uhr

- 17.02.2005 **Diabetes aktuell 2005** – Focus: Risikotratifizierung, differenzierte Therapie, neue Entwicklungen der oralen Therapie – *Referenten:* Schumm-Draeger, Eversmann, Standl
- 16.07.2005 **Kopfschmerz und Migräne aktuell 2005** – Focus: Neue molekularbiologische Erkenntnisse, Neuentwicklungen in der Therapie, differenzierte Behandlung – *Referenten:* Zieglgänsberger, Pfaffenrath, Gessler
- 06.10.2005 **Gastroenterologie aktuell 2005** – Focus: Nahrungsmittelallergie, extraintestinale Manifestationen bei CED, Diverticulose – Diverticulitis – *Referenten:* Gross, Schepp, Folwaczny

Ort: KV-Bezirksstelle Nürnberg, Vogelsgarten 6, 90402 Nürnberg
Beginn: Mittwoch, 19.30 Uhr

- 23.02.2005 **Schlaganfall aktuell 2005** – Focus: Neue Aspekte der Akuttherapie, Hauptrisiko hoher Blutdruck, Endovaskuläre Behandlung intrakranieller Aneurysmen – *Referenten:* Erbguth, Mann, Brückmann

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, Mühlbaurstr. 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
- 30.04.2005 **Gastroenterologie intensiv 2005** – Focus: Leber – Galle – Pankreas – *Referenten:* Schulte-Frohlinde, Pape, Gerbes, Beuers, Gülberg, Helmberger, Jauch, Göke, Schmid, Born
- 16.07.2005 **Diabetologie intensiv 2005** – Focus: Diabetes mellitus Typ 2 – alles fest im Griff? – *Referenten:* Mehnert, Hauner, Halle, Göke, Schumm-Draeger, Standl, Otter, Schnell, Mann, Stiegler

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

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

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

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 bis 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

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

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.

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

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



Die Teilnahme an den Vorsymposien ist kostenpflichtig!
Es gelten die Kongressgebühren der DGIM. Informationen: www.dgim2005.de

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

TEIL II: Vorsymposium Tropen- und Reisemedizin

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

14.30 – 14.35 Uhr Begrüßung und Einführung
 14.35 – 15.20 Uhr Leitsymptom Durchfall beim Tropenrückkehrer
 15.20 – 16.00 Uhr AIDS in Afrika – Hoffnung am Rande der Katastrophe
 16.00 – 16.15 Uhr *P A U S E*
 16.15 – 17.00 Uhr Malaria-Update 2005
 17.00 – 17.45 Uhr Importierte Hautinfektionen
 17.45 – 18.15 Uhr Empfohlene Reiseimpfungen
 18.15 – 18.30 Uhr Podiumsdiskussion

F. Seiler, Bayreuth
G. D. Burchard, Hamburg
A. Stich, Würzburg

H. D. Nothdurft, München
R. Bialek, Tübingen
M. Peters, Hamburg
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 bis 12.00 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 1A/1

Pneumologische Diagnostik und Therapie 2005 – State of the Art

Vorsitz: H. Worth, Fürth

Einführung
 Endosonographie bei pneumologischen Fragestellungen
 Multimodale Therapieoptionen des Bronchialkarzinoms
 Langzeittherapie des Asthma bronchiale – was empfehlen die neuen Leitlinien?
 Management des Asthmaanfalls
 Der COPD-Patient mit kardialer Komorbidität – Auswirkungen auf die medikamentöse Therapie

H. Worth, Fürth
F. Herth, Heidelberg
M. Thomas, Münster
R. Buhl, Mainz
D. Ukena, Bremen
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 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
 09.00 – 09.20 Uhr Hydro- und Thermotherapie bei funktionellen Störungen
 09.20 – 09.40 Uhr Phytotherapie bei funktionellen Störungen
 09.40 – 10.00 Uhr Bewegungstherapie bei funktionellen Störungen

R. Stange, Berlin
R. Brenke, Bad Ems
K. Kraft, Rostock
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

Gemeinsames Vorsymposium des Arbeitskreises Sportmedizin im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) und des Sportverbandes Hessen e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Samstag, 2. April 2005, 08.15 Uhr bis 12.30 Uhr – Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 1A/2

Neue Erkenntnisse der Sportmedizin für die Innere Medizin in der Praxis und Klinik

Vorsitz: P. E. Nowacki, Gießen – C. Raschka, Frankfurt a. M.

8.30 s.t. - 8.45 Uhr Begrüßung und Einführung
 08.45 - 09.15 Uhr Auswirkungen des Sports auf das gesunde und kranke Immunsystem
 09.30 - 10.00 Uhr Ambulanter Herzsport in Deutschland – Erfolgreiche Langzeitbetreuung durch den sportmedizinisch weitergebildeten Internisten

P. E. Nowacki, Gießen
R. G. Bretzel, Gießen
P. E. Nowacki, Gießen

Die Teilnahme an den Vorsymposien ist kostenpflichtig!
Es gelten die Kongressgebühren der DGIM. Informationen: www.dgim2005.de

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

10.15 - 10.45 Uhr	Doping im Schul-, Vereins- und Hochschulleistungssport; Aufgaben des Internisten im Kampf gegen Doping, Drogen Genussmittel und medizinische Leistungsmanipulationen	<i>Chr. Raschka, Frankfurt a. M.</i>
11.00 - 11.30 Uhr	Sportmedizin in der internistischen Allgemeinpraxis und ihre Akzeptanz als IGeL	<i>W. Grebe, Frankenberg</i>
11.45 - 12.15 Uhr	Nordic Walking – Zur Prävention / Rehabilitation – Auswirkungen auf das kardiorespiratorische System und den Stoffwechsel	<i>H.-H. Vater, Bad Wildungen</i>
Einteilung Sportpraxis – Treffpunkt: vor Halle 1		
14.00 - 16.30 Uhr	Sportpraxis: Trendsport Nordic Walking	<i>H.-H. Vater und Instruktoren-Team</i>

Im Anschluss an das Vorsymposium findet von 12.30 Uhr bis 13.00 Uhr – im gleichen Saal – die Mitgliederversammlung des Arbeitskreises Sportmedizin 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

Partikel Deposition und Clearance

Radon und Lungenkarzinom

Dieselrußpartikel und Lungenkarzinom

Diagnostische Strategien und Möglichkeiten beim Lungenkarzinom

Air pollution and lung cancer in developing world

Round-Table-Diskussion mit den Referenten

H. Schweisfurth, Cottbus

U. Bundke, Universität Frankfurt/ Main

H. G. Paretzke et al., GSF, Neuherberg

H. Schweisfurth, Cottbus

H. Wirtz, Universität Leipzig

M. Krzyzanowski, WHO, Bonn

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

Gemeinsames Vorsymposium des Arbeitskreises Psychosomatik / Psychotherapie im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Sonntag, 3. April 2005, 14.30 Uhr bis 17.00 Uhr – Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 7

Wie lässt sich ein Lebensstil verändern?

Gesprächsführung bei Patienten mit metabolischem Syndrom, Gefäßerkrankungen und Hypertonie

Vorsitz: H.-C. Deter, Berlin – V. Kollenbaum, Bad Kissingen

Der Stellenwert nicht medikamentöser Maßnahmen bei Hypertonie und Gefäßerkrankungen

W. Zidek, Berlin

Optimierung der Patienten- und Arztcompliance für eine verbesserte Blutdruckkontrolle

M. Middeke, Stuttgart

Verhaltenstherapeutische Ansätze bei lebensstilverändernden Interventionen in der internistischen Praxis

V. Kollenbaum, Bad Kissingen

Effiziente Umgangsstrategien bei Patienten mit metabolischem Syndrom

B. Rebell, München

Kleingruppenarbeit (je 20 Kollegen) in 4 Gruppen:

Gruppe 1: *H.-C. Deter (Berlin), M. Middeke (Stuttgart)*

Gruppe 2: *V. Kollenbaum (Bad Kissingen), W. Zidek (Berlin)*

Gruppe 3: *B. Rebell (München)*

Gruppe 4: *G. Berberich (Windach)*

**Symposium am 4. April 2005 – 09.00 Uhr bis 11.30 Uhr in der Geschäftsstelle des BDI e.V.,
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden**

Thema: Kann man die stationäre internistische/psychosomatische Behandlung von psychosomatischen Patienten im DRG-System abbilden?

Leitung: W. Häuser (Saarbrücken), H.-C. Deter (Berlin)

Im Anschluss an dieses Symposium findet von 11.30 Uhr bis 14.00 Uhr ein Treffen des Arbeitskreises Psychosomatik / Psychotherapie im BDI e.V. statt (ebenfalls in der BDI-Geschäftsstelle, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden).

**Die Teilnahme an den Vorsymposien ist kostenpflichtig!
Es gelten die Kongressgebühren der DGIM. Informationen: www.dgim2005.de**

BDI-Kurse 2005 auf einen Blick!



Kurse	CME: Fortbildungspunkte	Datum	Ort	Preis € Mitgl./Nichtmitgl.	Kursleitung
Intensivkurs Diabetologie	17	04.-06.02.05	Bad Reichenhall, Hotel Steigenberger Axelmannstein	210,00 / 250,00	Prof. Dr. med. H. Mehnert, München
Doppler-Duplex- Sonographie-Grundkurs interdisziplinär (KBV-Richtlinien)	26	07.-10.02.05	Bad Reichenhall, Hotel Steigenberger Axelmannstein	400,00 / 510,00 inkl. Kongressteilnahme!	Dres. Karasch, Köln
Echokardiographie- Grundkurs (KBV-Richtlinien)	32	07.-11.02.05	Bad Reichenhall, Hotel Steigenberger Axelmannstein	400,00 / 510,00 inkl. Kongressteilnahme!	Abt. Kardiologie, KKH Traunstein
Echokardiographie- Aufbaukurs (KBV-Richtlinien)	32	07.-10.03.05	Traunstein, Kreiskrankenhaus (Abt. Kardiologie)	340,00 / 420,00	Abt. Kardiologie, KKH Traunstein
Echokardiographie- Abschlusskurs (KBV-Richtlinien)	21	12.-13.03.05	Wiesbaden, Dr. Horst-Schmidt- Kliniken (HSK)	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
Intensivkurs Nephrologie	vorauss. 16	17.-18.06.05	Weimar, Reithausaal	210,00 / 250,00	Prof. Dr. med. R. Fünfstück, Weimar
Farbdoppler- Echokardiographie- Refresherkurs	vorauss. 16	24.-25.09.05	München, Städt. Krankenhaus Schwabing	180,00 / 230,00	PD Dr. med. W. Zwehl, München
Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie	vorauss. 16	07.-09.10.05	Bad Krozingen, Kurhaus	210,00 / 250,00	Prof. Dr. med. G. Bönner, Bad Krozingen

Hiermit melde ich mich zu folgenden Kursen verbindlich an: _____

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

Akad. Titel: _____ Vor- / Zuname: _____ 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: info@bdi.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

Wissenschaftliche

Programmgestaltung/Leitung:

Prof. Dr. med. W. Moshage, Traunstein

Schwerpunktthema: „Kardiologie/Pneumologie“

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 Notfälle ▶ Psychiatrie ▶ Osteoporose ▶ Pharmakologie ▶ Pneumologie ▶ Schilddrüsenkrankheiten ▶ Schmerztherapie/Chemotherapie/Palliativmedizin.

Anmeldung:	CME : 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, Ärzten im 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- / Zuname: _____ 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: info@bdi.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

Zentrale Kongressthemen: ▶ Kardiologie ▶ Gastroenterologie ▶ Rheumatologie ▶ Stoffwechselkrankheiten ▶ Diabetes ▶ Osteoporose ▶ Berufspolitik ▶ Meet the Expert: Interaktives Seminar (EKG-Refresher ▶ Meet the Expert ▶ Gastroenterologie, Impfen, Wirtschaftliches Verordnen, Psychiatrie, Phytotherapie ▶ Impfsseminar ▶ Nephrologie ▶ Ernährung ▶ Psychiatrie ▶ Infektions- u. Hochdruckkrankheiten ▶ Hämatologie ▶ EBM ▶ Phytotherapie.

Anmeldung:	CME: 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	Dr. med. S. Illien/Bonn
<input type="checkbox"/> Endoskopie-Refresher (Komplett 2 Kurse)				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)	5	02.-03.03.05	09.30 - 14.30	80,00 / 110,00	Dr. med. W. Grebe/Frankenber, Eder
<input type="checkbox"/> Tageskarte		Datum: _____		45,00 / 65,00	
<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, Ärzte im 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- / Zuname:** _____ **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: info@bdi.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- / Zuname: _____ 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: info@bdi.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 Zuname: _____

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

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

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

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

Anmeldung:	CME: Fortbildungspunkte	Datum	Uhrzeit	Mitgl./Nichtmitgl. Euro	Kursleitung
<input type="checkbox"/> Reisemedizin Teil 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-/Duplexsono- graphie-Grundkurs interdisziplinär (KBV-Richtlinien)	25	03. - 05.04.05	08.30 - 19.00	370,00 / 450,00	Dr. med. F. Lößner/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 Teilnahmebedingungen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Akad. Titel: _____ Vor- / Zuname: _____ 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: info@bdi.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:

Intensivkurs Diabetologie, Bad Reichenhall, 04.-06.02. 2005

Echokardiographie-Abschlusskurs, Wiesbaden, 12.-13.03.2005

Echokardiographie-Aufbaukurs, Traunstein, 07.-10.03.2005

Intensivkurs Innere Medizin, Refresher Facharztprüfung, Berlin, 14.-19.03.2005

Farbdoppler-Echokardiographie-Refresherkurs, München, 12.-13.03.2005

BDI-Kurse während des 111. Internistenkongresses, Wiesbaden, 02.-06.04.2004

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 _____

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

Richter bremsen Gang zum Psychotherapeuten

Private Krankenversicherungen dürfen die Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungen begrenzen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe entschieden (Az.: IV ZR 257/03). Maßgeblich sei dabei allerdings, dass trotz der Begrenzung für den Versicherten noch

ein angemessener Schutz bestehe und der Vertragszweck nicht ausgehöhlt wird, heißt es in der Entscheidung, über die die Zeitschrift „BGH-Report“ (Ausgabe 21/2004) berichtet.

Das Gericht wies mit der Entscheidung die Klage einer Frau gegen ihre private Krankenver-

sicherung ab. Diese hatte in ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt, dass Aufwendungen für Psychotherapie nur „bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr“ erstattet werden. Der BGH sah darin keine Benachteiligung für die Klägerin. Da sie mit jedem Kalen-

derjahr erneut die Kostenübernahme für 30 Sitzungen verlangen könne, sei ihr die Einschränkung zumutbar. Anders wäre die Rechtslage, wenn die Versicherung für die gesamte Vertragslaufzeit nur 30 Sitzungen bezahlen würde, hieß es.

Quelle: www.facharzt.de, 26.11.04

Oh jeh!

Die schweren Probleme der Kollegen

Fall 1:

„Bin nicht promoviert und führe keinen Titel. Die Patienten sprechen mich trotzdem immer wieder mit ‚Herr Dr.‘ an. Was soll ich dagegen machen?“

Fall 2:

„Habe ein anderes Problem: Bin promoviert und Patienten sprechen mich ohne Titel an. Was soll ich machen?“

Aus: Forum, www.facharzt.de

Wie kommt eine Kommune zu mehr Geld?

Vom wahren Wert der Hygiene

Unsere Kommunen sind bekanntlich chronisch klamm, und sauberer waren sie auch schon mal. Kein Wunder also, dass viele Stadtväter darüber grübeln, wie sie an Geld kommen und für Sauberkeit und Hygiene sorgen können.

In Wiesbaden, der hessischen Landeshauptstadt, sollte folgende Maßnahme zum Ziel führen: Die Sünden wider Sauberkeit und Hygiene, wie beispielsweise das Wegwerfen von Kippen und das Urinieren in öffentlichen Ecken oder an städtischen Bäume wurden verboten. Damit die Stadt nicht nur sauberer, son-

dern ihr Säckel auch voller werde, mussten die ertappten Sünder Buße zahlen – zum Abkassieren wurden eigens etliche Hilfspolizisten eingestellt.

Inzwischen sind die Sünder umerzogen, Wiesbaden ist sauberer geworden. Die Kehrseite der Medaille: Auch das Geschäft mit den Strafzahlungen läuft nicht mehr gut, weil es kaum noch Sünder gibt. Also mussten sich Wiesbadens Stadtväter noch mehr einfallen lassen.

Die Raucher konnte man schlecht auffordern, ihre Kippen öffentlich und möglichst vor den Augen eines Hilfspolizisten weg-

zuwerfen. Also gerieten die notdürftigen Spaziergänger ins Visier. Zwar konnte man auch diese nicht offen zum ungenierten Freiluftpinkeln aufrufen, aber wo ein Wille ist, findet sich bekanntlich auch ein Weg: In den nächsten Wochen werden die öffentlichen Toilettenhäuschen in Wiesbaden zum größten Teil geschlossen. Da sollte es doch mit dem Teufel zugehen, wenn die städtischen Hilfsheriffs nicht endlich wieder öffentliche Hygiene-Sünder abkassieren könnten.

Wie erkannte schon Vespasian: Pecunia non olet.

BW

Die letzte Erkenntnis



Krawatte würgt die Augen ab

Bei den Managern und Bankern ist sie Pflicht, manche Klinikchefs mögen ihre Assistenten nicht ohne sehen, Niedergelassene verzichten eher darauf: Die Krawatte. In letzter Zeit ist das weit verbreitete und ziemlich nutzlose Kleidungsstück jedoch in Verruf geraten: Es soll die Augen beschädigen.

Weiß der Teufel, warum diese Nachricht erst seit Ende letzten Jahres die Runde durch alle möglichen Gazetten macht – die zugrunde liegende Veröffentlichung im British Journal of Ophthalmology stammt schon aus dem Jahr 2003 (Vol. 87, Seite 946ff).

New Yorker Kollegen hatten darin die Ergebnisse ihrer Krawatten-Experimente mitgeteilt: Wenn 20 gesunde Männer und 20 männliche Glaukopathien-

ten eine Krawatte umbinden, erhöht sich bei 70 Prozent der gesunden und 60 Prozent der erkrankten Probanden der Innendruck der Augen um bis zu 20 Prozent. Wird der Schlips wieder entfernt, geht der Druck auf die Ausgangswerte zurück. Das dürfte sich nach Ansicht der Autoren auf einen venösen Stau bei straff gebundener Krawatte zurückführen lassen.

Rückschluss der Krawattenforscher: Wer mit einem Schlips zur ophthalmologischen Untersuchung geht, verfälscht die Glaukomdiagnostik. Und bei Dauerschlipsträgern könnte das modische Stück Stoff die Entwicklung eines okulären Hochdrucks begünstigen. Also tragen wir's gelassen und vor allem: schön locker.

BW