

Eplerenon gegen Herzinsuffizienz

Deutlich teurer als Spironolacton ist der neue Aldosteron-Antagonist – ist er auch wirklich besser?

Seite 18

Zur Diskussion

Wem gehört die Intensivstation?

Die Anästhesisten reklamieren verstärkt, dass sie die wahren intensivmedizinischen Spezialisten seien und wollen alle Intensivstationen unter ihre Fittiche nehmen. Dagegen wehren sich unter anderem Herzchirurgen und Internisten mit dem Argument, dass ihre Patienten auch auf der Intensivstation fachspezifisch betreut werden müssen. Eine global gültig Lösung dieses Konfliktes kann es kaum geben – es kommt auf den Einzelfall an.

Seite 5

Vorsorge-Koloskopie nur in Kooperation mit Klinik?

Die allermeisten präventiven Koloskopien sind von Anfang bis Ende ambulant möglich. In einigen Fällen wird aber eine stationäre Behandlung nötig - was man vorher natürlich nicht weiß. Ist die koloskopische Prävention fernab der Klinik überhaupt akzeptabel?

Seite 10

Schwer geprüfte Vertragsärzte



Reform und neuer EBM verschärfen Wirtschaftlichkeitsprüfung

SEITE 6

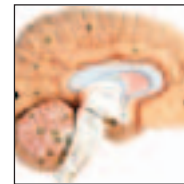
Kassen-Seelsorge



Die Krankenkassen finden immer neue Werbegags

SEITE 10

Migräne-Behandlung



Übersicht zur Diagnostik und Therapie eines häufigen Leidens

SEITE 15

Wegen unzureichender Dokumentation

Polizei ruinierte unschuldigen Internisten

Dies ist eine der Geschichten, in die jeder Kollege unversehens hineinschlittern kann: Weil er einer bisher unbekannt, aber durchaus

kranken Patientin ein Attest ausstellte, geriet ein Internist in den Verdacht, Prostitution und Menschenhandel zu begünstigen. Am Ende stellte

sich zwar vor Gericht seine Unschuld heraus, aber seine Praxis ist dennoch ruiniert. Wie es so weit kommen kann, steht auf **Seite 12**

Kreditvergabe-Usancen der Banken

Neue Gefahren für die freiberufliche Praxis

Die Banken beurteilen die Kreditwürdigkeit einer Praxis vor allem an der KV-Abrechnung. Nun fließt aber immer mehr Honorar auf anderen Wegen in die Praxis, zudem orientieren sich die Banken bei der Kreditvergabe an immer schärferen Richtlinien. Werden Investitionskredite für die freiberuflichen Praxen immer unerschwinglicher?

Seite 4

Patient flüchtet aus Krankenhaus

Wie wird dieser Fall kodiert?

Jeder Kollege kennt solche Fälle: Ein Alkoholiker wird stationär aufgenommen, zunächst intensivmedizinisch behandelt – aber sobald er wieder halbwegs auf den Beinen steht, verschwindet er ohne weitere Rücksprache aus der Klinik. Wie stellen sich solche Fälle im DRG-System dar? Die Antwort finden Sie auf **Seite 20**

BDI will Darmkrebs-Prävention verbessern

Call-Center nennt Internisten-Adressen

Ein Vertrag zwischen BDI und Techniker-Kasse fördert die Krebsvorsorge und die koloskopierenden Kollegen.

Seite 3

Nachwuchs-Förderung

BDI vergibt Stipendium für Studenten

Ein neues Programm des BDI soll den Nachwuchs fördern und junge Mitglieder für den Verband gewinnen.

Seite 3

Vorsicht, Bauernfängerei!

Finger weg vom Barmer-Vertrag!

Wer dem Integrationsvertrag zwischen Hausärzterverband und Barmer Ersatzkasse beitrifft, unterschreibt ein Blatt Papier, dem er einige Vorteile für seine Praxis zu entnehmen glaubt. Wer sich dann aber einmal die kompletten 50 Seiten des Vertrages anschaut, dem stehen die Haare zu Berge ob der Einschränkungen, zu denen er sich verpflichten soll.

Seite 8

Versand-Aufkleber

AUS DEM INHALT

BDI-Aktion	Krankenkassen
300 Freikarten waren ruckzuck verlost 3	Minister-Kritikerin wurde gefeuert 9
Rekordniveau bei Sozialausgaben	Influenza
8416 Euro Sozialhilfe pro Kopf 6	Grippe-Impfung verhindert wirklich Todesfälle 17

Das „reale Europa“ rückt näher!

Die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, bisher kaum in der Öffentlichkeit wahrgenommen, wird erhebliche Auswirkungen auch auf den Arztberuf haben. Nach intensiver Diskussion von Frits Bolkestein, dem damaligen Binnenmarktkommissar, dessen Linie auch vom neuen Kommissar Charlie McGreevy fortgeführt wird, im Frühjahr 2004 vorgestellt, soll die Richtlinie dazu dienen, den europäischen Binnenmarkt für Dienstleistungen zu öffnen. Da heute zwei Drittel des BIP im Dienstleistungssektor erwirtschaftet werden, er-

hofft sich die Kommission von der Umsetzung der Richtlinie einen erheblichen Wachstumsschub in Europa. In Europa soll dann nicht nur der freie Verkehr von Waren, sondern auch der von Dienstleistungen gelten. Aber nach welchen Standards?

Das „Herkunftslandprinzip“ bildet wie beim Gütermarkt das Herzstück der Richtlinie. Es besagt, dass Unternehmer im Aus-

land nur die Regeln beachten müssen, die im Herkunftsland gelten. So erhalten sie die Rechtssicherheit, die sie benötigen. Aber ist dies bei Dienstleistungen ebenfalls sinnvoll? Tatsächlich enthält die Richtlinie

bereits jetzt Ausnahmen für besonders sensible Bereiche, z.B. Bauordnung, öffentlicher Gesundheitssektor und Umweltschutz. Aber dies ist noch nicht ausreichend.

Nach erheblicher Kritik hat jetzt Kommissionspräsident Barroso angekündigt, den Entwurf zu überarbeiten und eventuell Art. 17 der Richtlinie, der Ausnahmetatbestände zulässt, zu nutzen. Es geht unter anderem darum, die hohen Standards gerade auch im Gesundheitswesen zu erhalten und sie nicht abzusinken. Hier wäre das „Gastlandprinzip“ sehr viel sinnvoller. Dies würde bedeuten, dass die Gegebenheiten und Regeln vor Ort für ausländische Dienstleister gelten. Für unsere Patienten und auch für uns Ärzte ist dies der bessere Weg. Unsere hohe Qualität der Versorgung bliebe erhalten.



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.)
Dr. med. Bernhard Wiedemann (BW)

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 Dr. med. Bernhard Wiedemann
BY Dr. med. Ludger Beyerle
HFS Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Mitglied des BDI-Vorstandes
KH Dr. iur. Karin Hahne

ks Klaus Schmidt
RAB Rechtsanwalt Maximilian G. Broglie
red. Redaktion BDI aktuell
ps Petra Spielberg

BDI verbessert die Darmkrebs-Prävention

Der BDI will zusammen mit der Techniker Krankenkasse (TK) die Darmkrebs-Vorsorge verbessern und hat zu diesem Zweck eine Kooperation mit der Kasse vereinbart. **Zahlreiche Mitglieder mit Berechtigung zur Vorsorgekoloskopie haben sich nach einem Aufruf der Sektion Gastroenterologie bereits gemeldet. Ab 23.03.2005 wird nun das Callcenter der TK in Ham-**

burg die Anfragen der TK-Versicherten entgegennehmen und die Adressen dieser BDI-Mitglieder in der Region der Anrufer weitergeben.

Sowohl der Vorstand des BDI als auch die Sektionsleitung sind davon überzeugt, dass damit ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Darmkrebsvorsorge in Deutschland geleistet wird. Für weitere Rückfra-

gen stehen entweder Rechtsanwalt Helge Rühl aus der Geschäftsführung des BDI (Tel. 0611-181330, hruehl@bdi.de) oder die Sektionsleitung, Dr. Berndt Birkner zur Verfügung (bbirkner@t-online.de).

Voraussichtlich ab April 2005 wird ein weiteres Kooperationsprojekt von BDI, TK und dem Berufsverband der Humangenetiker mit Unterstützung der Felix

Burda Stiftung gestartet werden. In diesem Projekt werden die Gastroenterologen mit den Humangenetikern gemeinsam die Identifikation und Betreuung der familiären und hereditären Kolonkarzinompatienten der TK verbessern. Wir werden Sie nach Abschluß des Vertrages über die Details noch ausführlich informieren.

red.

Immer neue Fragen zum EBM

Wo werden fakultative Leistungen dokumentiert?

Der neue EBM, nach dem ambulante Leistungen ab dem 2. Quartal abgerechnet werden, verfolgt mit seinen assoziierten Regelleistungsvolumina politisch zweifellos eine sinnvolle Zielrichtung. Was im Detail daraus geworden ist, gibt freilich nicht unbedingt Anlass zur Freude: Das Werk ist kompliziert und wer sich einarbeitet, muss eigentlich drei Gebührenordnungen nebeneinander legen: Eine zum Lesen des Fachgruppenkapitels, eine zum gleichzeitigen Nachlesen der zahlreichen Querver-

weise in die speziellen Leistungen im hinteren Teil und einen zum parallelen Lesen der allgemeinen Bestimmungen und fachgruppenübergreifenden Leistungen im vorderen Teil.

Aber auch dann bleiben immer noch viele Fragen, die offenbar sogar für die EBM-Macher bei der Kassenerztlichen Bundesvereinigung (KBV) nicht auf Anhieb zu beantworten sind. Wir haben nämlich die KBV gebeten, uns einmal für alle Basiskomplexe im internistischen Kapitel zu erklären, welche Voraus-

setzungen für die Abrechnung zu erläutern und zu erklären, welche Leistungen mindestens erfüllt sein müssen, um die Komplexe abzurechnen. Dies ist angesichts der bisweilen unübersichtlichen und/oder-Verknüpfung der obligaten Inhalte und der vielfältigen Ausnahmen nicht immer ganz einfach zu erkennen. Eine Antwort haben wir bisher nicht erhalten.

Eine häufige Frage lässt sich aber auch ohne Hilfe der KBV beantworten: Wo müssen die fakultativen Leistungen dokumentiert werden,

um einen Komplex abrechnen zu können – in der Abrechnung oder in der Patienten-Akte? Der EBM schreibt diese Dokumentation zwar vor, es gibt aber nirgendwo in der Gebührenordnung einen Hinweis darauf, dass diese Dokumentation in der Abrechnung oder in einer Anlage zur Abrechnung erfolgen muss. Es scheint also nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge offenbar zu genügen, wenn die fakultativen Leistungen wie gewohnt in der Patientenkartei dokumentiert werden.

HFS/BW

Große Resonanz auf BDI-Gewinnspiel

300 Freikarten waren ruckzuck verlost

Unsere Verlosungsaktion im letzten BDI aktuell (Nr. 3/2005) fand eine überwältigende Resonanz unter den BDI-Mitgliedern: Drei Tage nach dem Versand unserer Mitgliederzeitung waren schon alle 300 Freikarten für den 111. Internistenkongress sowie die Buchpreise vergeben. Die große Resonanz zeigt einmal mehr: Internisten und insbesondere die BDI-Mitglieder legen großen Wert darauf, medizinisch und wissenschaftlich auf dem neuesten Stand zu bleiben. Sie dabei zu fördern, war Sinn und Zweck unserer Aktion. Jeder Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir bedanken uns bei unseren Mitgliedern für das große Interesse und wünschen ihnen eine interessante Fortbildung während des Kongresses bzw. bei der Lektüre der Bücher!

red.

BDI vergibt Stipendium an Medizinstudenten

Der BDI-Vorstand hat beschlossen, ein Förderprogramm für Medizinstudenten im klinischen Studienabschnitt aufzulegen. Mit einem Betrag von 500 Euro pro Semester sollen die Folgen der zu erwartenden Studiengebühren abgedeckt werden. In Frage kommen Bewerber/innen, die in ihrem bisherigen Studienverlauf gute bis sehr gute Leistungen erzielt haben und ihre berufliche Zukunft im Bereich der Inneren Medizin sehen. Die Bewerber müssen erklären, warum Sie das Berufsziel „Internist“ ins Auge gefasst haben. Die Bewerbungsfrist für die erstmalige Vergabe des Stipendiums zum Sommersemester 2006 endet am 1. September 2005. Details zur Ausschreibung werden wir in den nächsten BDI-aktuell-Ausgaben veröffentlichen.

red.

Bedrohung für die freiberufliche Praxis

Bei Eröffnung einer Arztpraxis hatte es über viele Jahre mit einer Finanzierung über die Banken wenig oder keine Probleme gegeben. In der Regel hat sich die Bank bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Aussichten für eine erfolgreiche Praxistätigkeit erkundigt, und sich bei einer positiven Antwort auch zur Finanzierung bereit erklärt. Die Weiterführung dieser Kredite hing ganz entscheidend davon ab, welche Abrechnungen von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt werden konnten. Die Honorarzahmung über die Kassenärztliche Vereinigung erlaubt es den Banken, die Kreditwürdigkeit einer Praxis unabhängig von sonstigen Einnahmen

einigermaßen sicher abzuschätzen.

Härtere Zeiten für die Praxis

Doch auch hier dürften die Zeiten für die Praxen härter werden – zumindest stellt sich aus mehreren Gründen die Frage, ob die Banken bei diesem arztfreundlichen Verfahren bleiben können.

Angesichts der reduzierten Ressourcen der Kassenärztlichen Vereinigung können immer mehr Praxen nicht mehr von den Einnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung leben und müssen die Leistungen durch zusätzliche Verträge und/oder Privatversicherte bzw. IGeL quersubventionieren. Es stellt sich deshalb mit Si-

cherheit für die Banken die Frage, wie sie angesichts dieser neuen Situation die Kreditwürdigkeit der Praxen beurteilen sollen. Wie wird sich in einer zu prüfenden Praxis die Abrechnung der privat Versicherten weiterentwickeln? Wenn ein Teil der Praxiseinnahmen durch Zusatzverträge mit Krankenhäusern oder über eine integrierte Versorgung erwirtschaftet wird, muss überprüft werden, ob diese Verträge von der Laufzeit her die Einnahmen wirklich zuverlässig sichern.

Mehr Probleme mit der Praxisfinanzierung

Es gehört nicht viel Phantasie zur Prognose, dass es bei der Neu- und Weiterfi-

nanzierung von ärztlichen Praxen in Zukunft zu weit größeren Schwierigkeiten kommen wird als in der Vergangenheit üblich war.

Hinzu kommt noch ein Verhalten der Banken gegenüber Privatkunden und vor allem auch gegenüber dem Mittelstand und den freien Berufen, das sich unter dem Begriff „Basel II“ zusammenfassen lässt.

Gefahren für die freien Berufe

Hier sind Vorgaben für eine Eigenkapitalquote erarbeitet worden, die die Kreditsicherung verbessern und das Risiko der Banken bei der Kreditgewährung vermindern sollen. Basel II ist noch nicht in Kraft getreten, obwohl allüberall bereits nach diesen Vorgaben von Seiten der Banken gehandelt wird. Dass man dabei die Finanzierung von Projekten im Mittelstand, und hier auch im freien ärztlichen Beruf unter Umständen massiv gefährdet, ist noch nicht ausreichend in der Öffentlichkeit bekannt.

Die Banken sind auf dem Weg, möglichst ohne Risiko Kredite zu vergeben, und dennoch genügend Geld zu verdienen.

Bestärkt werden sie darin noch vom Präsident der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Jochen Sanio, der nach einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung die deutschen Banken vor einem desaströsen Konditionenwettbewerb gewarnt hat. Er hat damit die Bedenkenträger bei der Kreditvergabe in den Banken nochmals gestärkt.

Kein Eigenkapital mehr für selbständige Praxen?

Ich halte es bei den freien Berufen für kaum möglich, dass eine ausreichen- ▶

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



Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

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

Wem gehört die Intensivstation?

In der letzten Zeit gibt es innerhalb der Krankenhäuser aber auch in den Fachgesellschaften eine Neuauflage der bereits aus früheren Jahren bekannten **Diskussion über die Zuständigkeit der Fachgruppen für die Intensivstation**. Dabei werden Konzeptionen angeboten, die unter keinen Umständen mehr miteinander vereinbar sind. So wird auf der einen Seite gefordert, dass Intensivstationen unter der Leitung der Anästhesisten zu stehen haben, während andererseits die einzelnen Fachgebiete ihre Zuständigkeit für die Intensivmedizin isoliert für ihren Fachbereich reklamieren. Hinzu kommt eine ökonomische Diskussion des Krankenträgers, der sich in der Regel mehrere Intensivstationen parallel mit unterschiedlichen Behandlungs- und Personal Konzepten kaum noch leisten kann.

Andererseits hat die Intensivbehandlung, insbesondere mit Langzeitbeatmung auch unter dem wirtschaftlichen Aspekt der DRG-Ab-

rechnung an Bedeutung gewonnen. Insofern steckt hinter der jetzt aufkommenden Diskussion auch ein wirtschaftlicher Aspekt.

Dem Problem kann man sich am besten an Hand vom Beispielen nähern. Ein Krankenhaus der Regelversorgung mit einer mittleren Größe hat heute sehr häufig eine von den Internisten und Chirurgen geführte Intensivstation. Dabei kommt den Anästhesisten, je nach Ausstattung ihrer Abteilung, eine mehr oder weniger große Rolle bei der Konsiliarbetreuung, insbesondere von beatmeten Patienten zu. Es wird sich auf Dauer dieses Krankenhaus zwei Intensivstationen mit den entsprechenden Vorhaltekosten kaum noch leisten können, so dass der Krankenträger versucht, eine einheitliche Intensivstation zu organisieren.

Hier ist eine fachübergreifende Kooperation dringend erforderlich. Die Aufgabe kommt sehr häufig auf die Anästhesie zu, die für die Vitalfunktion des Patienten zuständig ist, während der Patient ansonsten auf der Station weiterhin fachlich von der Abteilung oder dem Arzt betreut wird, der seine Krankheit behandelt und sie nach Rückverlegung auf die Allgemeinstation weiter betreuen wird. Dies setzt eine Kooperationsbereitschaft voraus, die in A-Abteilungen der deutschen Krankenhäuser manchmal zu wünschen übrig lässt.

In großen Kliniken und Kliniken mit Schwerpunkt erlebt man zusätzlich, dass die Intensivstation unter dem Gesichtspunkt des Fachgebietes geordnet werden muss. Eine große kardiochirurgische Abteilung benötigt eine hervorragende intensivmedizinische Betreuung. Sehr viele Kardiochirurgen haben aber schon in den

letzten Jahren erkannt, dass sowohl im Vorfeld der Operation, als auch in der Nachsorge auf der Intensivstation ein klinisch und intensivmedizinisch versierter Kardiologe eine große Hilfe ist. Insofern bieten sich auf diesem Sektor Kooperationen an, die durchaus bis zu gemeinsamen Intensivstationen für die Versorgung von Herzkreislaufpatienten aus der Inneren und der Chirurgie gehen können. Dies setzt aber einen ausgeprägten Versorgungsschwerpunkt des Krankenhauses voraus, wie wir ihn nur in Spezialkliniken oder in Universitätskliniken sehen.

Allein diese beiden Beispiele zeigen, dass es wahrscheinlich eine ein-

zige vernünftige Lösung für das Problem nicht geben kann. Die Organisationslösung der Intensivstation mit der Frage der Zuständigkeit der einzelnen Fachgebiete wird sich deshalb nur individuell, je nach Versorgungsschwerpunkt und Größe des Krankenhauses, lösen lassen. Insofern geht eine Grundsatzdiskussion etwas an dem Thema vorbei. Eines erscheint aber für die Zukunft sicher: Kooperationsstrukturen, wie sie heute im gesamten Medizinbetrieb gefordert werden, machen auch vor der zukünftigen Gestaltung der Intensivstationen nicht Halt.

HFS


Fortsetzung von Seite 4

de Eigenkapitalquote nach Basel II aufgebracht werden kann, um selbständige Praxen mit freiberuflich tätigen Ärzten zu ermöglichen. Wenn auf diesem Feld Praxisinvestitionen nur noch mit Unterstützung von finanzkräftigen Partnern möglich sind, ist die freie Arztpraxis in Gefahr.


Vielleicht ist dies der Grund, warum Bundesfinanzminister Eichel den Präsidenten der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, den genannten Herrn Sanio, bezüglich seiner Öffentlichkeitsaktivitäten an die kurze Leine genommen hat.



HFS



Anzeige



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

TOSHIBA  **GE Ultraschall**
Sunlight **SONY ANALOGIC**

0 O f • v © Ü -v Ü o v ©

L -Dv Y Üë v D%jv -f • f

@v D= -v Uo a f • Uj v o o Ö

a o o Uo = UH - f • v e v o o v

ö 3 { ö † Ü 3 3 Ö Ü 3 3 Ö

L -v Ü 3

> -e -Ü -v Yv e

| a e ov Ü v -k

/ Oo Ü O B j a D %

/ v D j -e

L v % % w e o - B ...

L -D v a e o Ü

' -j o i -f Y v o v

L D v Ö v e

L e Ö v j o - B U

- O D % w e

I D j O e % w e

% D O e Y . a D U

o ° D v j o v e

& D v -Ü O j o

' O n j a D % U

/ a f • j o

' O e e - e v D U

- - e v e j v D %

' v -e v j v D %

- O Ö v j

' ° j e

O v n n -e % w e

O e e f • v e U

: v e o j v D %

> Ü [D % O D U

/ v -e v j o v e

> a j o | O f •

e D v D

O -j -e % w e -> A

H e D j a D % U

1 O e v j o

Wieder mehr Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Niedergelassenen

Durch das seit 01.01.2004 in Kraft getretene GMG hat sich vieles bei der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung für Kassenärzte geändert. Nachdem sich nunmehr die neuen Prüfungsgremien konstituiert haben und bundesweit die Ausschüsse neu gebildet wurden, werden jetzt wieder verschärft Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf die Ärzteschaft zukommen.

Die bisher bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auch organisatorisch angesiedelten Prüfungsgremien sind nunmehr verselbständigt und richten sich gerade als eigenständige „Behörde“ ein. Die neuen „unabhän-

gigen“ Vorsitzenden mit ihren Prüfungsgremien und den neu etablierten Verwaltungsstellen bereiten bereits die ersten Prüfverfahren vor. Der bisher entstandene „Stau“ wird in den nächsten Monaten abgearbeitet werden.

Prüfungsgremien werden konsequenter vorgehen

Der Gesetzgeber hat nicht nur strukturelle Änderungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern auch inhaltliche Änderungen vorgesehen. Die bisherige Regelprüfungsart nach Durchschnittswerten ist abgeschafft und ersetzt worden

durch die Prüfung nach Richtgrößen und die Zufälligkeitsprüfung.

Für die Richtgrößenprüfungen gilt als Prüfzeitraum nicht mehr das Kalenderjahr, sondern ein Jahr. Das Beitragsrisiko für Regresse trägt seit 01.01.2004 nicht mehr die Krankenkassenseite, sondern die Ärzteschaft. Diese Änderung wird dazu führen, dass die Prüfungsgremien Regressanträge konsequenter verfolgen werden.

Bei den Plausibilitätsprüfungen ist der Umfang der Prüfung wesentlich erweitert worden. Als Folge von Plausibilitätsprüfungen wird es auch zunehmend ver-

stärkt Wirtschaftlichkeitsprüfungen geben.

Gesetzgeber bedroht KV-Vorstände

Da die Prüfkativitäten in den einzelnen KVen sehr unterschiedlich waren, hat der Gesetzgeber nunmehr Sanktionen vorgesehen, falls eine KV es unterlässt, entsprechende Prüfverfahren durchzuführen. Damit die zukünftigen Vorstände der KVen nicht persönlich zur Rechenschaft gezogen werden, werden diese ein Interesse haben, verschärft von den Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung Gebrauch zu machen. RAB

Disziplinarstrafe wegen Zeitraster im neuen EBM?

Unter der Überschrift „Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung“ sind durch das GMG in § 106 a SGB V die Plausibilitätsprüfungen neu geregelt. Bei der Plausibilitätsprüfung wird vorrangig die zeitliche Erbringbarkeit der vom Arzt abgerechneten Leistungen geprüft. Das Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durch die KV oder eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die

Vorstände der KVen sind verpflichtet, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Plausibilitätsprüfungen bei Androhung von Sanktionen durchzuführen. Es ist daher damit zu rechnen, dass in naher Zukunft verstärkt Plausibilitätsprüfungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen stattfinden.

Dem neuen EBM, der ab 01.04.2005 Gültigkeit hat, liegen Kalkulationszeiten und Durchschnittszeiten für die Leistungserbringung

zugrunde. Bei der Plausibilitätsprüfung werden so genannte Mindestzeiten für die Berechnung der Tagesprofile herangezogen. Probleme werden Praxen mit hoher Arzt-Patienten-Kontaktzahl haben. Ärzte werden auch zukünftig nicht umhin kommen, ihre tägliche Ist-Arbeitszeit mit den Soll-(Mindest-)Zeiten zu überprüfen. Die Folge von Implausibilität werden nicht selten Disziplinar-, berufsrechtliche Maßnahmen

sowie Strafverfahren sein. Daneben wird es Honorarrückforderungsbescheide geben.

Um gegen derartige existenzgefährdende Maßnahmen geschützt zu sein, werden die Kassenärzte nicht umhin kommen, sich intensiv mit dem neuen EBM und allen Abrechnungsbestimmungen vertraut zu machen und informiert zu halten. Die Abrechnung wird zur Chefsache! RAB

Rekordniveau der Sozialausgaben

8.416 Euro Sozialhilfe für jeden Bürger

Die deutsche Volkswirtschaft wird in immer stärkerem Maße durch den Sozialstaat belastet. Rechnerisch erhielt jeder der 82 Millionen Bundesbürger im Berichtsjahr durchschnittlich Sozialleistungen in Höhe von 8.416 Euro. Damit summieren sich die Sozialausgaben auf das Rekordniveau von 694,5 Milliarden Euro. Den Löwenanteil der Finanzie-

rung des Sozialbudgets im Jahre 2003 trugen die Unternehmen mit 186 Milliarden Euro, gefolgt von den privaten Haushalten mit 185 Milliarden Euro. Auf den weiteren Plätzen lagen der Bund mit 170 Milliarden Euro, die Länder mit 83 Milliarden Euro und die Gemeinden mit 66 Milliarden Euro. (...)

Das „Sozialbudget“ erfasst alle in Deutschland erbrachten Sozialleistungen, und zwar unabhängig davon, ob sie durch Beiträge oder durch Steuern finanziert werden. Die Zahlen spiegeln die Ausgaben für die Sozialversicherungssysteme wie Rente, Gesundheit und Pflege, aber auch für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, für

die betriebliche Altersversorgung, für Sozial- und Jugendhilfe, Kinder- und Wohngeld sowie für die Förderung der Vermögensbildung durch den Staat wider.

Aus: A+S aktuell, 3/05
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Finger weg vom Barmer Vertrag!

Die Barmer Ersatzkasse und der Hausärzteverband machen derzeit massiv Werbung für ihren so genannten Hausärztevertrag. Wir wiederholen daher unsere Warnung: Lassen Sie sich nicht von vordergründigen Vorteilen blenden! **In den Vertragsformulierungen und den Anlagen zum Vertrag verstecken sich schwere Nachteile und Einschränkungen für die tägliche Arbeit in der Praxis. Zudem bringt dieser Vertrag Nachteile für die eigentlich unbeteiligten Kollegen im fachärztlichen Sektor und in vielen Krankenhäusern.**

Lassen Sie am besten die Finger von diesem Vertrag

und bleiben Sie gelassen, wenn einige Niedergelassene in Ihrer Umgebung doch unterschreiben! So mancher voreilige Teilnehmer bereut dies inzwischen nämlich schon, nachdem ihm aufgegangen ist, welche Probleme er sich hier in die Praxis geholt hat.

Wenn Sie dennoch zu einer der Werbeveranstaltungen gehen, kaufen Sie nicht die Katze im Sack, sondern haken Sie gründlich nach, empfehlen BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und seine beiden hausärztlich tätigen Kollegen, Dr. Manfred Pinkernell, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Hausärztlich tätiger Internis-

ten und BDI-Vorstandsmitglied Dr. Christian Sailer.

Nicht nur auf Teilnahme-Erklärung schauen!

Die Teilnahme-Erklärung besteht aus einem Blatt, in dem einige wenige Punkte aufgezählt sind. Ganz am Ende steht dort die Verpflichtung, alle Regeln des Vertrages zwischen Barmer und Hausärzteverband einzuhalten. Dieser Vertrag umfasst mit Anlagen 55 Seiten, die jeder Teilnehmer kennen und beachten muss. Die Kollegen Pinkernell und Sailer haben immer wieder bemerkt, dass viele Kollegen sich mit dem Vertrag beschäftigen, aber noch gar

nicht wissen, worauf sie sich im Detail einlassen. BDI-Präsident Wesiack empfiehlt daher dringend: **Informieren Sie sich gründlich!**

Behandlungsvorschriften nach Barmer Art

Barmer Ersatzkasse und Hausärzteverband legen Leitlinien fest und die Ärzte verpflichten sich, diese in ihren Praxen zu implementieren (im Vertrag § 6 Abs. 1, Punkt b). Man kann an fünf Fingern abzählen, dass hier sparmedizinische Vorschriften à la Barmer eingeführt werden.

Arzt macht sich zum DMP-Fänger

Die Bereitschaft zur Teilnahme an DMP und Bearbeitung der Patienten in diesem Sinn ist vertraglich vorgeschrieben (im Vertrag § 6 Abs. 1, Punkt c; § 6 Abs. 2, Punkt j). Es ist eines der wichtigsten Ziele des Vertrages, möglichst viele Patienten in DMP zu keilen, damit die Kasse Geld aus dem Risikostrukturausgleich bekommt – als Büttel müssen die Ärzte herhalten. Wenn sie mehr als 40 Prozent der in Frage kommenden Patienten in ein DMP hineingelockt haben, sollen sie pro DMP-Patient zusätzlich 5,10 Euro bekommen. **Diese mengenabhängige Fangprämie ist nicht nur entwürdigend, sondern illegal! Ärzte sind doch keine Versicherungsvertreter!**

Hausärzte werden Kassen-Sparkommissare

Wer unterschreibt, verpflichtet sich „zur Realisierung von Einsparungen“ bei Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Krankenhausbehandlung (im Ver-

Der Gatekeeper und die Barmer Ersatzkasse

Wenn Hausärzte die eigene Basis zerstören...

Der Integrationsvertrag des Hausärzteverbandes mit der Barmer Ersatzkasse geht von einer strikten Gatekeeper-Funktion des behandelnden Hausarztes aus. Nur er bestimmt, ob der Patient per Überweisungsschein einen Facharzt aufsuchen darf, bei ihm laufen alle Befunde zusammen, er koordiniert die vorgeschlagene weitere Diagnostik und Behandlung. Ein Hausarzt, der sich an diesem Vertrag mit dieser umfassenden Aufgabe beteiligt, muss eine sehr große Kompetenz in nahezu allen Fachgebieten besitzen und benötigt vor allem großen klinischen Sachverstand. Dies setzt eine umfassende klinische Weiterbildung mit konsequenter Fortbildung in nahezu allen Medizinbereichen voraus.

Dies ist das Idealbild des Hausarztes, der diese Aufgabe im Interesse des Patienten wahrzunehmen hat. Gäbe es einen solchen Hausarzt, wäre gegen eine solche Organisationsstruktur prinzipiell nichts einzuwenden. Die Frage ist allerdings, ob dieses Idealbild der hausärztlichen Versorgung in einer sich schnell weiterentwickelnden medizinischen Forschung und in diesem gesundheitspolitischen Umfeld überhaupt noch umge-

setzt werden kann. Ein Hausarzt ist deshalb um die beschriebene Funktion wahrlich nicht zu beneiden.

Gefragt ist die Sparkompetenz

Ist diese idealistische Vorstellung des Hausarztes und Gatekeepers tatsächlich Vorbild für den Integrationsvertrag mit der Barmer Ersatzkasse? Bei genauem Durchlesen der Vertragsbedingungen entsteht hier eher der Eindruck, dass die medizinische Kompetenz des Hausarztes dazu benötigt wird, die ökonomischen Zwänge der Barmer Ersatzkasse im Rahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen gegenüber dem Patienten zu begründen. Die Hausärzte, die den Barmer Ersatzkassenvertrag beitreten, werden deshalb darauf achten müssen, dass sie bei ihren Patienten nicht als rein ökonomisch orientierte Gatekeeper erscheinen, die nur noch ökonomische Vorgaben medizinisch zu verkaufen haben. **Sollte dies der Fall werden, werden die Hausärzte genau das Kapital zerstören, von dem sie leben: Ein positives Arzt-Patienten-Verhältnis.**

HFS

trag § 6 Abs. 1, Punkt e; Anlage 5). Vor allem bei chronisch Kranken und Schmerzpatienten soll gespart werden.

Nur noch das Billigste verordnen

Wer am Vertrag teilnimmt, muss Generika verschreiben, wo immer es welche gibt und dabei in die unterste Preisschublade greifen. Nicht erlaubt sind Scheinnovationen – dieser undefinierte Begriff gibt der Barmer einen Freibrief zum umfassenden Einfluss auf die ärztliche Verordnung. Weitgehend soll der Apotheker das Arzneimittel auswählen (Anlage 5, Punkt A). Heilmittel außerhalb des Regelfalles gelten als suspekt (Anlage 5, Punkt B).

Stationäre Einweisung beschränkt

Teilnehmende Ärzte bekommen eine Preisliste der Krankenhäuser; sie müssen in die preiswertesten Häuser einweisen (im Vertrag § 6 Abs. 2, Punkt e; Anlage 5).

Apotheker übernehmen ärztliche Aufgaben

Die Apotheker sollen laut Vertrag einen Check Up bei den Patienten durchführen. Dazu gehört nicht nur RR-

Messung oder Bestimmung des BMI, sondern auch den Blutzucker nach den Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

120 Stunden Barmer-Fortbildung

Wer unterschreibt, verpflichtet sich zu 120 Stunden Fortbildung pro Jahr. Es besteht die Gefahr, dass die Barmer hier massiven Einfluss auf die Fortbildungsinhalte nimmt. Ob andere Fortbildungen mit CME-Punkten anerkannt werden, ist unklar.

Fachärztlich tätige Internisten und Kliniker werden abgeschnitten

Erwähnt sei noch, dass dieser Vertrag auch die zunächst unbeteiligten Kollegen im fachärztlichen Sektor und in der stationären Versorgung tangiert.

Der Barmer-Vertrag realisiert ein reines Primärarztmodell, die Kollegen im ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereich werden konsequent von ihren Patienten abgeschnitten. Ohne Überweisungsschein geht nichts (im Vertrag: § 4, Abs. 5., Anlage 01a).

Krankenhäuser werden zum Teil ins Abseits gestellt, wenn sie eine zu hohe Base-rate haben – damit werden insbesondere die leistungs-

fähigen Kliniken ausgegrenzt, die auch für kompliziertere Verläufe alles Notwendige vorhalten. Das kann auch nicht im Sinn des Einweisers und schon gar nicht im Sinn des Patienten sein.

Keine Angst vor Konkurrenz!

Kassen und Hausärzteverband setzen offenbar auf den Herdentrieb bei den Ärzten. Etliche Vorreiter sollen für Konkurrenzängste sorgen und die anderen ebenfalls zum Mitmachen bewegen, vermutet Pinkernell. Er kennt inzwischen Kollegen, die schon früh unterschrieben haben und es nun bitter bereuen, nachdem sie etwas tiefer in die Details des Vertrages eingestiegen sind.

Angst vor Konkurrenz oder Patientenverlusten braucht man laut Pinkernell keineswegs zu haben; eine offene und ehrliche Diskussion über die Vor- und Nachteile des Vertrages wird von den Patienten sehr dankbar aufgenommen, weil sie über die Einschränkungen überhaupt nicht informiert worden sind. Die Patienten fühlen sich anschließend gut beraten und in ihrer bisherigen Praxis gut aufgehoben.

Eine ähnlich offene Diskussion muss man auch mit

den Kollegen in der Umgebung führen, rät Pinkernell. Ohne gegenseitiges Vertrauen und miteinander reden wird die Ärzteschaft auseinander dividiert und gespalten. Dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, ist von großer Bedeutung, da andere Kassen bereits mit Argusaugen zuschauen und mit noch viel härteren Einzelverträgen in der Warteschleife stehen. Deswegen: Wehret den Anfängen!

BW

Anzeige

#%M 3lf dUf T
Xü_deX
_ec` JJZveZ



JVZYeVL\` ^ aRveCV` dUc
`dZj` ^ VezZiYd> VhgVWYv_
WZac` XR` ^ ZtSRc
=45l 5ZaJrj
ERX L? RIYd LKf dRkaYRdV
D` W`Rv`WcHZU`hd
ARzV` eV` f5ReV`SR`\
65G`DIY` ZedMjV185E/
? Vkh VögVeZ`
2`eZ`_dcdZt+
Dj dV` iZ` \jD` W`Rv`
*%&L` " ikkXZ`> hDeZ`

Aj dZ Bf R_e

:_Wc` ReZ`_V`+
gM`_ 28`† 9RcdRdV`#&
)#`"! 8Vc` VZX
EMZ` (!)*1`*% ((fS!
7R+ (!)*1`*% ((fS&
G`> RZ+ ZWl` gM`_XN

Aus: dgd, 3/2005

Minister-Kritikerin gefeuert

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat eine scharfe Kritikerin im GKV-Lager weniger. Nach wochenlangem Tauziehen ist die Chefin der AOK-Niedersachsen, Christine Luer, die noch im November Schmidts Rücktritt wegen Unfähigkeit gefordert hatte, wegen umstrittener Sonderprämien vom Verwaltungsrat der größten Krankenkasse des Landes gefeuert worden. Luer, die 150.000 Euro Jahresgrundgehalt bezog sowie

eine erfolgsabhängige Vergütung von 30.000 Euro, war in Misskredit geraten, weil die beiden zuvor zurückgetretenen AOK-Verwaltungsrats-Chefs, Gerrit Wolter und Vize Hans-Jürgen Steinau, mit ihr zwei Bonuszahlungen von 45.000 und 15.000 Euro ausgehandelt hatten, ohne die Ratskollegen zu informieren. Das war laut niedersächsischem Sozialministerium rechtswidrig, was Luers Anwalt allerdings bestreitet und Rechtsmittel dagegen an-

kündigte. Luer, die einen Teil des Geldes zwischenzeitlich rückerstattete, hatte die strittigen Sonderprämien geltend gemacht, weil sie monatelang ohne Stellvertreter die Geschäfte geführt hatte. Zum neuen Vorsitzenden des Verwaltungsrates der AOK-Niedersachsen wählten die Mitglieder unterdessen Bernd Wilkening (49) für die Arbeitgeber und Heinz-Joachim Barchmann (54) für die Versicherten.

Nur in Kooperation mit einer Klinik?

Das kolorektale Karzinom gehört mit über 66 000 Neuerkrankungen und ca. 30 000 Todesfällen pro Jahr zu einem der häufigsten Krebse. Trotz operativer und medikamentöser Fortschritte hat sich in den letzten Jahren an dieser Tendenz noch nichts Entscheidendes geändert. Daher sind Präventionsbemühungen von wesentlicher Bedeutung. Hier kommt vor allem der Sekundärprävention, also der Aufdeckung der Krebsvorstufen eine besondere Bedeutung zu.

Es ist bestens belegt, dass die konsequente Entfernung kolorektaler Adenome zu einer drastischen Reduktion der Inzidenz des kolorektalen Karzinoms führt. Dieses Faktum war auch Grundlage der Entscheidung, die primäre Koloskopie als Vorsorgemaßnahme in die gesetzliche Krankenversicherung einzuführen.

Eine entscheidende Voraussetzung zur Durchführung der Vorsorge-Darmspiegelung ist die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien. Sie umfasst die persönliche Qualifikation, die adä-

quate Einrichtung und Ausstattung in Klinik oder Praxis mit den neuesten Geräten, die Einhaltung dezidierter Hygiene-Vorschriften, die Dokumentation und die Erbringung einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen pro Jahr.

Die bisherige Datenlage zeigt, dass in ca. 20 bis 25 Prozent Krebsvorstufen gefunden werden, die in der Regel vom Untersucher während der Untersuchung abgetragen und histologisch aufgearbeitet werden. **In ca. 2 bis 4 Prozent sind die Polypen jedoch von der Größe oder ihrer Wachstumsform unter ambulanten Bedingungen nicht abtragbar und bedürfen daher einer stationären Einweisung.**

Daher ist eminent wichtig, dass zwischen Praxis und Klinik eine enge Kooperation stattfindet, **so dass möglichst noch im Rahmen der gleichen Vorbereitungsmaßnahme eine solche Polypektomie z. B. im Sinne einer endoskopischen Mukosaresektion durchgeführt werden kann. Grundsätzlich ist die**

enge Anbindung an eine Klinik notwendig, da vor allem bei Auftreten von Komplikationen wie Perforation oder Blutung ein klinischer Hintergrund mit stationärer Überwachung unabdingbar ist.

In der Regel funktioniert die Kooperation zwischen niedergelassenen Kollegen und Krankenhausärzten hervorragend; es gibt jedoch nach wie vor Unverbesserliche, die sich entweder selbst zu viel zutrauen, ohne den nötigen klinischen Background zu haben, oder aber von vornherein auf eine Kooperation verzichten.

Die gegenwärtige Situation der Vorsorge-Koloskopie ist absolut unbefriedigend; nur ca. 2 bis 3 Prozent der Berechtigten nehmen diese Möglichkeit wahr. Einer der wichtigen Gründe ist nach wie vor der schlechte Ruf, den sich die Koloskopie vor allem durch wenig erfahrene Untersucher erworben hat. Die Daten aus den niedergelassenen Fachpraxen mit exzellenten Untersuchungen belegen das Gegenteil. Hier gilt es deshalb, weiterhin Aufklärungsarbeit

zu leisten. In den Aufklärungsgesprächen mit möglichen Nutzern der Vorsorge-Koloskopie sollte der Aspekt auch einer klinischen Anbindung eine wichtige Rolle spielen. Das gibt die Sicherheit, dass im Falle einer Komplikation oder einer erweiterten Mukosaresektion an kompetenter Stelle weitergeholfen werden kann.

Die Stiftung LebensBlicke als eine der wichtigen Institutionen zur Früherkennung des Darmkrebses ruft alle Kolleginnen und Kollegen auf, die sich an der Vorsorge-Darmspiegelung beteiligen, unabhängig davon, ob sie in der niedergelassenen Praxis oder im klinischen Bereich tätig sind, die Bemühungen um eine Kooperation zu verstärken, alles dazu beizutragen, den „schlechten“ Ruf der Koloskopie zu verbessern und durch ein intaktes innerärztliches Kooperationsverhältnis den Patienten alle Sicherheiten für die Untersuchung selbst und gegebenenfalls für ein weitergehendes Vorgehen zu geben.

Prof. Dr. med. J. F. Riemann
Direktor der Med. Klinik C
Ludwigshafen

Kassen-Wettbewerb treibt seltsame Blüten

Neuer Werbegag: Kassen finanzieren Seelsorge

Wie manche Krankenkassen(verbände) Beitragsgelder für gesundheitsthematische Werbung ausgeben, verblüfft. So nahm der BKK-Bundesverband Geld in die Hand, um neuerdings BKK-Versicherten in (familiären) Lebenskrisen seelsorgerisch zur Seite zu stehen. „BKK-Lebenshilfe online“ heißt das Angebot, das „einfach und schnell Zugang zu anonymer, professioneller Beratung bei psychischen Problemen“ zusagt. Das vom Bundesverband entwickelte Online-Programm wird bisher sechs Millionen Versicherten

von 65 der mehr als 200 BKKn geboten. Via Homepage seiner jeweiligen Betriebskrankenkasse wird dem Betroffenen versprochen, Kontakt „zu der für seine Problemlage passenden Beratungseinrichtung oder Selbsthilfeorganisation“ zu bekommen – aber ohne jedwede Haftung der BKKn.

Die Bahn-BKK gibt indes Geld für ein „privates“ Gesundheitsfernsehen aus. Ausgestrahlt wird das Magazin auf Bahn TV. Dieses Programm ist nicht nur von Bahnbediensteten zu empfangen,

sondern über Satellit europaweit sowie in den digitalen Kabelnetzen ish, Primacom und Kabel BW bundesweit. Sogar weltweit kann das sechsmal jährlich geplante Bahn-BKK-Gesundheitsmagazin „Fit 4 life“ im Internet¹ gesehen werden. Premiere war am 18. Februar. Die Bahn-BKK fühlt sich mit ihrem TV-Angebot durchaus auf der rechten Seite. Immerhin ist sie Testsieger beim ersten freiwilligen Ratingverfahren des BKK-Bundesverbands (an dem allerdings nur fünf BKKn teilnahmen).

Die Securvita BKK, die ihren Beitragssatz binnen kurzer Zeit zweimal auf aktuell 14,2 Prozent erhöhen musste, dürfte dagegen froh sein, für energiesparende Bürogeräte, Recyclingpapier und konsequenten Dienstwagen-Verzicht als kostensenkende Faktoren werben zu können. Da dieses Sparen umweltfreundlich ist, adelte Hamburg die Securvita als vorbildlichen Umweltpartner der Stadt.

1. <http://www.bahntv-online.de> sowie <http://www.bahn-bkk.de>

Interessante Artikel zum Einklicken

Die Schweizer „pharma-kritik“ nennt per Internet auffindbare Arbeiten, die Kolleg/inn/en in Klinik und Praxis besonders interessieren könnten. Im Folgenden eine Auswahl. Gleichzeitig bitten wir unsere Leser/innen um Mitteilung von Internet-Adressen zu interessanten wissenschaftlichen Artikeln. Der Web-Zugang – zumindest zum Summary – sollte kostenfrei sein. Die in BDI aktuell vorgestellten Beiträge sind entweder direkt erreichbar oder über ein kostenlos erhältliches Passwort. Wer die Netzadressen dieser Artikel nicht von Hand eingeben will, kann diese Seiten von unserer Internet-Seite www.BDI.de aus aufrufen: In der rechten Randspalte der Homepage finden Sie unten den Eintrag „BDI aktuell“. Wenn Sie ihm folgen, können Sie die verschiedenen Hefte auswählen; darin sind wiederum alle Links aktiviert. Das aktuelle Heft wird jeweils wenige Tage nach Erscheinen ins Netz gestellt.

Unsere E-Mail-Adresse: rbornemann@bdi.de

Damage control in rheumatoid arthritis

Issa SN, Ruderman EM.

Postgrad Med 2004 (November); 116: No 5

http://www.postgradmed.com/issues/2004/11_04/issa.htm

Metastatic Disease to Bone

Jacofsky DJ, Frassica DA, Frassica FJ.

Hosp Physician 2004 (November); 40 (11): 21-8

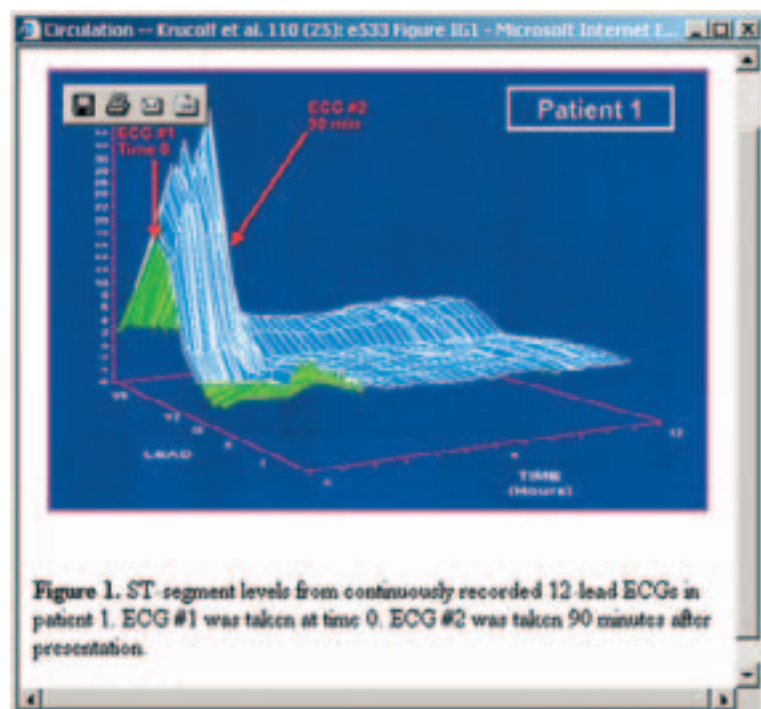
<http://www.turner-white.com> >> Hospital Physician >> Past Issue Archive >> 2004 >> November

Clinical Utility of Serial and Continuous ST-Segment Recovery Assessment in Patients with Acute ST-Elevation Myocardial Infarction Assessing the Dynamics of Epicardial and Myocardial Reperfusion

Krucoff MW, Johanson P, Baeza R et al.

Circulation 110 (Dec 21); 110: e533-e539

<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/110/25/e533>



The vascular effects of COX-2-selective inhibitors

Day RO, Graham GG.

Aust Prescriber 2004 (December); 27: 142-5

http://www.australianprescriber.com/index.php?content=/magazines/vol27no6/142_145_vasceffectscx.htm

Itching skin in children

Dodd WA.

BC Med J 2004 (December); 46: 510-5

http://www.bcma.org/public/bc_medical_journal/BCMJ/2004/december_2004/itching_skin.asp

Nutrition and cancer: A review of the evidence for an anti-cancer diet

Donaldson MS.

Nutrition J 2004 (Oct 20); 3:19

<http://www.nutritionj.com/content/3/1/19>

Treating Opportunistic Infections Among HIV-Infected Adults and Adolescents

Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America

Benson CA, Kaplan JE, Masur H et al.

MMWR 2004 (Dec 17); 53(RR15): 1-112

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5315a1.htm>

Treatment of Acute Kawasaki Disease: Aspirin's Role in the Febrile Stage Revisited

Hsieh KS, Weng KP, Lin CC et al.

Pediatrics 2004 (December); 114: e689-e693

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/6/e689>

Nasal obstruction – Common causes and manifestations

Alvi A, Ching LM.

Postgrad Med 2004 (November); 116: online extra

http://www.postgradmed.com/issues/2004/11_04/alvi.htm

Coxib medications to be handled with care

Misak A.

CMAJ 2005 (Feb 1); 172 (early online release)

<http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.045313v1>

Research Shows Benefits of Mediterranean Diet

Kreimer S.

DOC News 2005 (Jan 1); 2: 16

<http://docnews.diabetesjournals.org/cgi/content/full/2/1/16>

Exercise testing post-MI: still worthwhile in the interventional era

Börjesson M, Dellborg M.

Eur Heart J 2005 (January); 26: 105-6

<http://eurheartj.oupjournals.org/cgi/content/full/26/2/105>

Prevention of Venous Thromboembolism Among Hospitalized Medical Patients

Goldhaber SZ, Turpie AGG.

Circulation 2005 (Jan 4); 111: e1-e3

<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/111/1/e1>

Cancer as a Complex Phenotype: Pattern of Cancer Distribution within and beyond the Nuclear Family

Amundadottir LT, Thorvaldsson S, Gudbjartsson DF et al.

PLoS Med 2004 (December), 1(3): e65

<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0010065>

Wie die Staatsgewalt einen unschuldigen Internisten ruinierte

Was ein Frankfurter Internist erleben musste, kann jedem Arzt passieren: Weil er einer Ukrainerin ein Attest ausgestellt hatte, geriet er schuldlos ins Visier von Polizei und Staatsanwaltschaft, seine Praxis wurde

Es ist der 11. März 2002. Der Internist Dr. Rudolf Beck* hat wie immer alle Hände voll zu tun. Vier Jahre zuvor hat er seine Privatpraxis in zentraler Lage in der Frankfurter Innenstadt eröffnet. Doch im Gegensatz zu vielen seiner Kollegen, die überwiegend Kassenpatienten behandeln, kann der zweifache Familienvater nicht klagen. Mit einem Jahresumsatz von knapp 700.000 Euro sieht die Zukunft für ihn recht rosig aus.

An jenem Montag behandelt der Internist neben zahlreichen anderen Patienten auch eine junge Ukrainerin. Wegen einer akuten beidseitigen Nierenbeckenentzündung mit hohem Fieber verordnet Beck der Frau Antibiotika und Bettruhe.

* Name von der Redaktion geändert

Menschenhändler holt Attest ab

Zwei Tage später: Ein Bekannter der Kranken sucht die Praxis auf und bittet den Internisten darum, ihm das erforderliche ärztliche Attest für die junge Frau über eine 14-tägige Arbeits- und Reiseunfähigkeit zur Vorlage beim Ordnungsamt der Stadt Frankfurt auszuhändigen. Beck kommt der Bitte nach, nachdem sich der Mann vorher telefonisch bei der Patientin nach der genauen Schreibweise ihres Namens und nach ihrem Geburtsdatum erkundigt hat. Was der Arzt nicht wissen kann: Da gegen den ebenfalls aus Osteuropa stammenden Mann wegen Menschenhandels und Prostitution ein Verfahren läuft, wird dessen Handy

zweimal durchsucht. Vorwurf: Ausstellen von Gefälligkeits-Attesten. Zwar haben ihn die Richter später freigesprochen, doch seine Praxis hat den ganzen Rummel nicht überstanden – jetzt ist der Kollege ruiniert.

von der Staatsanwaltschaft Frankfurt abgehört.

Donnerstag, der 28. März 2002: Wie der Internist später eidesstattlich versichern wird, hat er die Patientin an jenem Tag erneut wegen der anhaltenden Nierenbeckenentzündung untersucht und behandelt. Außerdem stellt er der jungen Frau ein zweites Gesundheitszeugnis aus, das eine Verlängerung ihrer Abschiebefrist bis zum 28. April 2002 bewirkt.

Staatsanwalt glaubt an Gefälligkeiten

Der zuständige Staatsanwalt Dr. Matthias Jahn, der die Ermittlungen im Prostitutionsverfahren gegen den osteuropäischen Bekannten der Frau leitet, wird langsam stutzig. Schon beim ersten Attest war ihm der Verdacht gekommen, es habe sich

lediglich um ein Gefälligkeitsgutachten des Arztes gehandelt. Aus der Gesprächsaufzeichnung des Telefonats, das der Osteuropäer von der Praxis des Internisten aus geführt hat, hatte Jahn nämlich den Schluss gezogen, dass es sich bei der Stimme im Hintergrund um die des Internisten gehandelt hat, der gerade erst dabei war, den ärztlichen Befund zu diktieren.

Vier weitere Kollegen unter Verdacht

Jahn glaubt nun, dass eine Untersuchung der Ukrainerin nie stattgefunden hat, weder am 11. März noch 14 Tage später. Vielmehr habe der Arzt die Gesundheitszeugnisse aus reiner Gefälligkeit ausgestellt, um die drohende Abschiebung der jungen Frau zu verhindern und ihr weiterhin die Möglichkeit zu geben, in Deutschland der Prostitution nachzugehen, so seine Mutmaßung. Auch geht der Staatsanwalt davon aus, dass es sich nicht um einen Einzelfall handelt, da zeitgleich gegen vier weitere Ärzte aus dem Raum Frankfurt wegen ähnlicher Delikte ermittelt wird.

Am 30. Dezember 2002 ergeht daher Strafanzeige gegen Beck wegen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse.

Sechs Wochen später, am 13. Februar 2003 findet eine erste Durchsuchung der Praxisräume statt. Am 8. Juli rücken die Beamten ein zweites Mal an. Diesmal nehmen sie auch einen Ordner mit der Aufschrift "Patienten ohne Krankenblätter und unbekannt" mit. ▶



Am 15. August 2003 kommt es zur Anklage gegen den Internisten.

Anklage stützt sich auf mangelnde Dokumentation

In seiner Anklageschrift stützt sich Staatsanwalt Jahn vor allem auf die Ergebnisse der Telefonüberwachung und die unzureichende Dokumentation der Krankengeschichte der Patientin. In dem beschlagnahmten DIN-A-4-Ordner fand sich nämlich weder ein ausgefülltes Anmeldeformular noch eine Krankenakte, sondern lediglich eine Kopie des Gutachtens vom 28. März 2002. „Hieraus wird ersichtlich, dass die [ukrainische Staatsangehörige] nicht zur Untersuchung in der Praxis des Angeeschuldigten war, bevor die Atteste ausgestellt wurden“, so das Fazit des Staatsanwalts.

Bei der Hauptverhandlung am 13. April 2004 gibt der Internist zu, hinsichtlich der Dokumentation der Krankengeschichte nachlässig gehandelt zu haben. In Einzelfällen wie dem der Ukrainerin, bei denen er davon ausgehen konnte, dass er den oder die Patientin voraussichtlich höchstens ein oder zweimal zu Gesicht be-

kommt, habe er eine vollständige Dokumentation nicht für erforderlich gehalten, was er im Nachhinein sehr bedauere, erklärt Beck dem Richter.

Nach Aussage des Rechtsanwalts des Internisten, Uwe Lenhart, kam es bei den Ermittlungen der Staatsanwaltschaft zudem zu zahlreichen Ungereimtheiten. „Hier wurden durch das Vorgehen der Ermittlungsbehörden Schutz und Rechte eines Beschuldigten in bisher nicht bekannter Form mit Füßen getreten“, erobst sich Lenhart. Weder seien die Erkenntnisse aus den Telefonaufzeichnungen verwertbar gewesen, noch habe es stichhaltige Beweise dafür gegeben, dass sein Mandant der Patientin lediglich Gefälligkeitsatteste ausgestellt hat, damit diese ihre Ausreise verschieben und in Deutschland weiterhin der Prostitution nachgehen konnte.

„Die Anklage stellt den untauglichen Versuch einer rückwirkenden Legitimation der unbegründeten und unverhältnismässigen Durchsuchung der Arztpraxis aufgrund lediglich von Vermutung der Polizei dar. Auch gab es zu keiner Zeit Erkenntnisse darüber, dass mein Mandant für weitere Frauen, die für die Vereini-

gung des angeschuldigten Osteuropäers tätig sind, Gesundheitszeugnisse ausgestellt hat“, betont Lenhart.

Das Amtsgericht Frankfurt am Main folgt dieser Argumentation und spricht den Internisten frei. Die bloße Unterlassung einer sorgfältigen ärztlichen Dokumentation oder das Absehen von einer Rechnungsstellung lässt nach Meinung der Richter jedenfalls nicht den Schluss zu, der Angeklagte habe Gefälligkeitsatteste ausgestellt, auch wenn die lückenhafte Krankengeschichte den Verdacht nahe legen würde, dass die Patientin nie in der Praxis war.

Kollege ist unschuldig, aber dennoch ruiniert

Da die Staatsanwaltschaft auf eine Berufung verzichtet, ist die Entscheidung rechtskräftig. Dennoch ist es mit der rosigen Zukunft für Beck vorerst vorbei. Aufgrund der Anklage und der Folgen für seinen Ruf als Arzt hat er seine Praxis bereits im Sommer 2003 verkaufen müssen und bis heute beruflich noch nicht wieder richtig Fuß fassen können.

ps

Was tun, wenn der Staatsanwalt kommt?

Der Fall des Frankfurter Kollegen ist nicht unbedingt die große Ausnahme. Vor allem in Ballungszentren berichtet so mancher Niedergelassene oder Krankenhausarzt über ähnliche Ermittlungen, in die er unversehens hineingeraten ist. Zwar können Polizei und Staatsanwaltschaft durchaus kooperativ sein, aber eine Garantie dafür gibt es nicht, wie der hier beschriebene Fall zeigt. Und immer stellen sich einige grundlegende Fragen. Zum Beispiel: Wie soll ich mich in solchen Fällen ver-

halten, was darf ich der Polizei über die Patienten preisgeben?

Die Grenzen der Schweigepflicht

Meist steht in solchen Fällen eine Vernehmung des Arztes an. Sowohl für eine Aussage vor der Staatsanwaltschaft, den Polizeibehörden oder dem Gericht gilt der Grundsatz, dass niemand sich durch eine Aussage selber belasten muss (§ 136 Strafprozessordnung). Ist der Arzt Beschul-

digter, hat er das Recht, die Aussage zu verweigern.

Andererseits darf er natürlich aussagen, um sich selber zu entlasten. Er darf in diesem Zusammenhang auch patientenbezogene Informationen mit in seine Aussage einbeziehen, wenn diese zu seiner eigenen Entlastung notwendig sind. Die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, die zur eigenen Entlastung notwendig ist, ist über den in der Rechtsprechung anerkannten Rechtfertigungsgrund der Wahrneh-

Rofecoxib zu spät zurückgezogen?

M* Jüni P, Nartey L, Reichenbach S et al. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet* 2004 (4. Dezember); 364: 2021-9

(...) In der kumulativen Metaanalyse lag das mit Rofecoxib assoziierte relative Risiko für Myokardinfarkt bereits Ende 2000 bei 2,3 (95% Vertrauensintervall 1,2-4,3). Dosierung, Art der Kontrollgruppe und Studiendauer hatten keinen Einfluss auf das Risiko. Eine deutlichere Risikoerhöhung wurde in Studien beobachtet, in denen der Endpunkt extern beurteilt wurde (relatives Risiko 3,9). (...)

Eva Blozik, CH-Wil

(...) Ganz neue Daten haben angeblich die Firma MSD zur Marktrücknahme von Rofecoxib bewogen. Die Autoren der vorliegenden Metaanalyse zeigen jedoch klar, dass die Evidenz für ein erhöhtes Risiko bereits 4 Jahre früher da gewesen wäre, hätte man die jeweils verfügbaren Daten systematisch aufgearbeitet. Wer wusste wann was, wer hätte wann was wissen sollen oder gar handeln müssen? Die Vorwürfe richten sich nicht nur gegen die Firma MSD, sondern auch gegen die Zulassungsbehörden. Schließlich: Handelt es sich um ein isoliertes Problem dieser Substanz oder um eine unvermeidliche Folge der selektiven COX-2-Hemmung, also einen „class effect“?

Prof. Dr. Hans-Rudolf Koelz
Abteilung für Gastroenterologie
Stadthospital Triemli, CH-Zürich
Aus: infomed-screen, 01/2005
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

*M: Metaanalyse

mung berechtigter eigener Interessen zulässig.

Wann darf die Polizei Krankenakten mitnehmen?

Dasselbe gilt, wenn die Polizei oder die Staatsanwaltschaft die Herausgabe von Unterlagen mit Patientenbezug verlangt; auch hier muss der Arzt sie nicht herausgeben, wenn er sich dadurch selbst belasten würde, er darf sie aber zu seiner eigenen Entlastung vorlegen. Auch das Beschlagnahmeverbot, das grundsätzlich Schutz vor einer Umgehung des Zeugnisverweigerungsrechts bietet, gilt nicht, wenn der Arzt selbst Beschuldigter ist. Ist der Arzt freiwillig nicht bereit, Unterlagen herauszugeben, muss die Staatsanwaltschaft eine richterliche Durchsuchungsverfügung und eine Beschlagnahmeverfügung vorlegen.

Wenn sich der Arzt überrollt fühlt und Zweifel daran hat, ob es wirklich sinnvoll und erlaubt ist, die gewünschten Unterlagen herauszugeben, sollte er zunächst Aussage und Herausgabe von Unterlagen verweigern; dies ist sein gutes Recht. Die Staatsanwaltschaft ist dann auf jeden Fall gezwungen, einen richterlichen Durchsuchungsbefehl bzw. eine Beschlagnahmeverfügung zu erwirken.

Dies kann zwar sehr schnell gehen, innerhalb eines halben Tages, aber wenigstens diesen Zeitraum hat der Arzt gewonnen, um sich anwaltlicher Hilfe zu versichern, bzw. bei den Rechtsabteilungen von Kammer oder auch Kassenärztlicher Vereinigung Rat einzuholen. Freilich kann es auch sein, dass Polizei und Staatsanwaltschaft gleich von Anfang an und ohne Vorwarnung mit einem Durchsuchungsbeschluss anrücken.

Der Arzt sollte sich, wenn er die Aussage bzw. die Herausgabe von Unterlagen zunächst verweigert, auf jeden Fall den Namen des ermittelnden Staatsanwaltes bzw. Polizeibeamten geben lassen, so dass er dem dann unverzüglich einzuschaltenden Anwalt diese Daten mitteilen kann, damit der Anwalt in der Lage ist, sofort Kontakt mit der Staatsanwaltschaft aufzunehmen und auf die Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgebots zu dringen – wozu beispielsweise gehört, dass eine Praxis nicht zur Unzeit, also bei vollem Wartezimmer, durchsucht wird.

Arzthelferin muss aussagen

Was passiert, wenn Personal, wie beispielsweise die Arzthelferin vernommen werden soll? Sie muss aussagen, es steht ihr kein Zeugnisverweigerungsrecht auf Grund des Anstel-

lungsverhältnisses zu – es sei denn, es handelt sich um die Ehegattin, die Verlobte oder eine Verwandte des Arztes. Das Zeugnisverweigerungsrecht, das den Berufshelfern gemäß § 53 a StPO zusteht, wenn z. B. gegen Patienten ermittelt wird, kommt nicht zum Tragen, wenn der Hauptberufsträger, der Praxisinhaber, der Beschuldigte ist.

Dokumentation nicht vernachlässigen!

Generell zeigt aber der hier beschriebene Fall aber auch wieder, wie wichtig die Krankenakten sein können. Selbst bei exotischer „Laufkundschaft“ sollte zumindest ein kurzer Vermerk darauf hinweisen, dass ein Patient untersucht wurde. Der bürokratische Aufwand hierfür ist gering und hätte im vorliegenden Fall sicherlich etliche fatale Komplikationen erspart.

KH

Deutsches Kinderkrebsregister 1993-2002

Eines von 500 Kindern entwickelt ein Malignom

Bei einer kumulativen Inzidenz von 210 auf 100.000 Kinder erkrankt jedes 476. Kind bis zum 15. Lebensjahr an einem Malignom. Jedes 3. dieser Kinder bekommt Leukämie, jedes 5. einen Hirntumor und jedes 7. ein malignes Lymphom. Diese drei Erkrankungen bilden wiederum Zweidrittel aller kindlichen Neoplasien. Die durchschnittliche 5-Jahresüberlebensrate liegt für alle Erkrankten bei beachtlichen 79 Prozent. Sie ist am höchsten bei Retinoblastomen und Keimzellentumoren, am niedrigsten bei Lebertumoren.

Nebenstehend eine tabellarische Übersicht aus dem Bundesgesundheitsblatt.

red.

Anzahl der an das Deutsche Kinderkrebsregister gemeldeten Erkrankungsfälle (1993-2002), Inzidenzen und Überlebenswahrscheinlichkeiten nach ICCC-Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle 1993-2002	Anteil (%)	Inzidenz pro 100.000 Kinder		Anteil Überlebender 5 Jahre nach Diagnose (%)
			Altersstandardisiert ^a	Kumulativ ^b	
Leukämien	5.970	33,4	4,9	70,3	80
Lymphome	2.227	12,4	1,6	25,0	91
Hirntumoren	3.722	20,8	2,9	43,2	68
Tumoren des sym- pathischen Nervensystems	1.505	8,4	1,4	18,8	75
Retinoblastome	352	2,0	0,3	4,4	93
Nierentumoren	1.094	6,1	1,0	13,3	88
Lebertumoren	166	0,9	0,2	2,0	43
Knochentumoren	825	4,6	0,6	9,2	69
Weichteilsarkome	1.169	6,5	0,9	13,7	64
Keimzelltumoren	618	3,5	0,5	7,3	93
Karzinome	229	1,3	0,2	2,6	76
Sonstige	21	0,1	0,0	0,2	49
Gesamt	17.898	100,0	14,5	210,0	79

^aAltersstandardisierte Inzidenz (Weltstandard): jährliche Erkrankungsrate für Kinder unter 15 Jahre

^bkumulative Inzidenz: Wahrscheinlichkeit für ein Neugeborenes, bis zum 15. Lebensjahr zu erkranken

Bundesgesundheitsbl. 5-2004

Migräne-Behandlung in der Praxis

Bei der Migräne ohne Aura kommt es zu wiederholten Kopfschmerzattacken, die durchschnittlich 18 Stunden anhalten. Der Kopfschmerz ist in mehr als der Hälfte der Fälle einseitig und von überwiegend pulsierend-pochendem Charakter, von mittlerer bis hoher Schmerzintensität und Verstärkung durch körperliche Aktivität. Typische autonome Begleiterscheinungen sind Übelkeit (80%), Erbrechen (40-50%), Licht- (60%), Lärm- (50%) und Geruchsüberempfindlichkeit (10%).

Die Migräne mit Aura ist gekennzeichnet durch neurologische Reiz- und Ausfallserscheinungen, wobei es sich in weit über 90% um Sehstörungen in Form eines Flimmerskotoms (visuelle Aura), und weniger um sensible Reizerscheinungen handelt. Motorische Ausfälle sind mit 2-5% deutlich seltener.

Diagnostik

Die Diagnose einer Migräne mit und ohne Aura stützt sich ausschließlich auf eine typische Anamnese und einen normalen neurologischen Untersuchungsbezug. Eine absolute Indikation für die Durchführung einer Bildgebung sind plötzliche, heftigste Kopfschmerzen mit und ohne Bewusstlosigkeit, Kopfschmerzen, die mit epileptischen Anfällen oder Synkopen einhergehen bzw. von persistierenden neurologischen oder psychopathologischen Ausfällen begleitet sind. Gleiches gilt für Kopfschmerzen mit Nackensteifigkeit und Fieber, für ein aktuelles Trauma in der Vorgeschichte oder eindeutiger Progredienz der Kopfschmerzsymptomatik.

Behandlung der Migräneattacken

Erfolgskriterium für eine medikamentöse Behandlung

einer Migräneattacke ist Kopfschmerzfreiheit oder Arbeitsfähigkeit innerhalb von zwei Stunden bei zwei von drei Migräneattacken. **Mit Ausnahme von Triptanen muss bei jedem Schmerz- oder Migränemittel ein Antiemetikum vorgeschaltet werden.** Metoclopramid und Domperidon (Tabelle) bessern nicht nur die vegetative Begleitsymptome, sondern steigern die Magen-Darmperistaltik mit einer besseren Resorption später verabreichter Migränemittel und haben darüber hinaus auch eine geringe analgetische Wirkung.

Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Ibuprofen, Naproxen und Diclofenac-K sind Analgetika der ersten Wahl bei leichten und mittelgradigen Migränekopfschmerzen (siehe Tabelle auf Seite 16). Im Kindesalter sollte bevorzugt Ibuprofen mit einer Dosis von 10mg/kg Körpergewicht verabreicht werden.

Die Behandlung mit Ergotamintartrat sollte nur noch bei den Patienten beibehalten werden, die das Zweistundenkriterium erfüllen und keine wesentlichen Nebenwirkungen bzw. eine Dosissteigerung aufweisen.

Die Serotonin 5-HT_{1B/1D}-Rezeptoragonisten (Tabelle auf Seite 16) Sumatriptan (Imigran), Zolmitriptan (AscoTop), Naratriptan (Naramig), Rizatriptan (Maxalt), Almotriptan (Almogran), Eletriptan (Relpax) und Frovatriptan (Allegro) haben ihre Wirkung in großen placebokontrollierten Studien belegt. Im Gegensatz zu Ergotamintartrat wirken Triptane zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Attacke, darüber hinaus auch auf die typischen Begleitsymptome der Migräne wie Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen.

Bei 15-40% der Patienten kommt es nach oraler Gabe zu einem Wiederkehrkopf-

schmerz (recurrence). Hier ist die erneute Dosis eines Triptans sinnvoll. Durch die Kombination eines Triptans mit einem lang wirksamen NSAR wie Naproxen kann eine Recurrence zum Teil verhindert werden. Triptane sollen erst in der Kopfschmerzphase und nach Abklingen der Aura eingesetzt werden. Bei initial ausgeprägtem Erbrechen kann vor dem Triptan ein Antiemetikum gegeben werden oder die Verabreichung erfolgt als subkutane Gabe bzw. als Nasenspray oder Suppositorium.

Der Einsatz von Sumatriptan in der Schwangerschaft ist nach vorliegenden Schwangerschaftsregistern möglich, sollte aber durch einen Kopfschmerz-Spezialisten abgesichert werden. Sumatriptan als Nasalspray mit 10 und 20mg ist darüber hinaus zur Attackenkupierung ab dem 12. Lebensjahr zugelassen. Alle Triptane sollten nicht häufiger als 2x/24 Stunden, 3x/Attacke und an maximal zehn Tagen pro Monat gegeben werden. Generell gilt für alle Triptane mit Ausnahme von Naratriptan und Frovatriptan eine vergleichbare Wirksamkeit. Frovatriptan ist das Triptan mit der generell besten Verträglichkeit, allerdings kann die Wirkung erst in einem Zeitraum von 2-4 Stunden eintreten.

Migräneprophylaxe

Sinn einer medikamentösen Prophylaxe ist eine mindestens 50%-ige Reduktion von Häufigkeit, Schwere und Dauer der Migräneattacken und damit auch eine Prophylaxe des Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes. Die Indikation für eine medikamentöse Prophylaxe ist z.B.

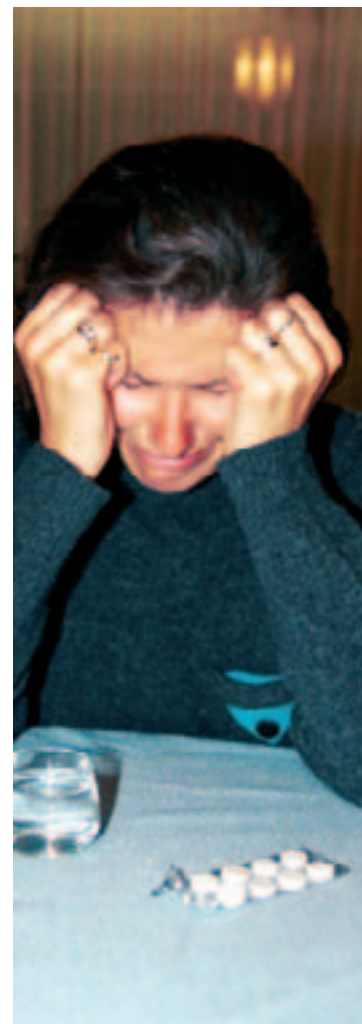


Foto: Bilderbox

gegeben bei drei oder mehr Migräneattacken/Monat, die auf eine Attackentherapie einschließlich Triptanen nicht ansprechen oder wegen deren Nebenwirkungen nicht toleriert werden.

Sicher effektiv sind der nicht-selektive Betablocker Propranolol (80-160mg) und der Beta-1-selektive Betablocker Metoprolol (100-200 mg) (Tabelle). Flunarizin sollte initial mit 5 mg eingesetzt und nur bei fehlendem Effekt und Nebenwirkungen auf 10 mg gesteigert werden. Das Antiepileptikum Valproinsäure ist wie auch Topiramat gut wirksam. Acetylsalicylsäure hat nur eine geringe migräneprophylaktische Wirkung. Cyclandelat und Magnesium sind nicht effektiv. Das NSAR Naproxen ist prophylaktisch wirksam, limitierend sind die gastrointestinalen Nebenwirkungen.

Jede medikamentöse Migräneprophylaxe sollte nach 6-8 Wochen ihre Wirksamkeit unter ▶

Tabelle Migräne-Medikation

Substanz ■ Präparat	Anwendung	Dosierung in mg	Nebenwirkungen	Kontraindikation
Metoclopramid, z.B. ■ Paspertin ■ MCP ratiopharm	gegen Übelkeit	Tbl: 10-20 Supp: 20	extrapyramidal-dyskinetisches Syndrom (EPS), Unruhe- zustände	Kinder < 14 J., Hyperkinesien, Epilepsie
Domperidon, z.B. ■ Motilium		20-30	EPS sehr selten	Kinder < 10 J., Hyperkinesien, Epilepsie
Acetylsalicylsäure, z.B. ■ Aspirin ■ ASS ratiopharm	Migräne- attacken- behandlung	500-1000	Magenschmerzen, Tinnitus, Gerinnungsstörungen	Asthma, Ulkus, Hypakusis, Blutungsneigung, Schwangerschaftsmon. 1-3 und 6-9
Acetylsalicylsäure i.v. ■ Aspisol		500-1000	Tinnitus, Gerinnungsstörungen	wie orale Acetylsalicylsäure
Ibuprofen, z.B. ■ Aktren		400	Magenschmerzen, Tinnitus	wie ASS, keine Blutungs- komplikationen
Naproxen, z.B. ■ Praxen		500-1000	Magenschmerzen, Tinnitus, Gerinnungsstörungen	wie ASS
Paracetamol, z.B. ■ ben-u-ron		500-1000	Leberschäden	Leberschäden, Nieren- insuffizienz
Metamizol, z.B. ■ Novalgin		500-1000	Kreislaufstörungen (sehr selten)	Überempfindlichkeit
Sumatriptan ■ Imigran		Tbl: 25-100 Supp: 25 Injektor: 6 Nasenspray: 10-20	Druck-, Wärme-, Schwere- gefühle, Brustschmerzen, Kälte- gefühl, Atemnot, allg. Schwächegefühl, Lokal- reaktionen an der Injektions- stelle (bei Injektor)	Hypertonie, Angina pectoris, KHK, AVK, Myokardinfarkt, M. Raynaud, Schwangerschaft und Stillzeit, Alter <18 u. >65J, Anwendung von Ergotamin, in der Migräneaura
Zolmitriptan ■ AscoTop		2,5-5	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan
Naratriptan ■ Naramig		2,5	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan
Rizatriptan ■ Maxalt		5-10	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan
Eletriptan		40-80	wie Sumatriptan	wie Sumatriptan
Ergotamintartrat, z.B. ■ Migrexa		Tbl: 1 Supp: 2	Erbrechen, Übelkeit, Kälte- gefühl, Muskelkrämpfe, Dauer- kopfschmerz, Ergotismus, und NW wie bei Sumatriptan	KHK, AVK, Hypertonie, Kinder<12, Schwangersch. & Stillzeit
Dihydroergotamin ■ Dihyergot		1 im und sc	wie Ergotamintartrat, aber weniger ausgeprägt	wie Ergotamintartrat
Metoprolol, z.B. ■ Beloc-Zok ■ Metoprolol von ct	Migräne- Prophylaxe	50-200	Müdigkeit, Hypotonie, Schlaf- störungen, Schwindel, Hypo- glykämie, Bronchospasmus, Bradykardie, gastrointestinale Störungen	AV-Block, Bradykardie, Herzinsuffizienz, Sick-Sinus- Syndrom, Asthma bronchiale
Propranolol, z.B. ■ Dociton		40-240		Diabetes, Hypotonie
Flunarizin, z.B. ■ Sibelium ■ Flunarizin ratiopharm		Frauen: 5 Männer: 10	Müdigkeit, Gewichtszunahme, gastrointestinale Störungen, Depression, Hyperkinesien, Tremor, Parkinsonoid	Depression, fokale Dystonie, Stillzeit, Übergewicht, Parkinson in der Familie
Cyclandelat ■ Natil		1200-1600	Müdigkeit	akuter Schlaganfall
Valproinsäure, z.B. ■ Ergenyl retard		500-600	Müdigkeit, Schwindel, Haut- ausschlag, Haarausfall, Gewichtszunahme, Leber- funktionsstörung (selten)	Leberfunktionsstörung, Schwangerschaft
Pizotifen ■ Sandomigran		1-3	Müdigkeit, Gewichtszunahme, Hunger, Mundtrockenheit, Obstipation	KHK, Prostatahypertrophie, Glaukom
Lisurid ■ Cuvalit		3 x 0,025	Müdigkeit, Übelkeit, Schwindel, Muskelschwäche	KHK, AVK, Schwangerschaft
Dihydroergotamin ■ Dihyergot		1,5-6	Übelkeit, Parästhesien, Kopfschmerzen, Durchfall, Schwindel, Ergotismus	Hypertonie, KHK, AVK, Schwangerschaft
Magnesium		2x300	Durchfall (häufig)	keine
Acetylsalicylsäure, z.B. ■ Aspirin ■ ASS ratiopharm		300	Magenschmerzen, Tinnitus, Gerinnungsstörungen	Asthma, Ulkus, Hypakusis, Blutungsneigung, Schwangerschaft Mon. 1-3 und 6-9

Beweis gestellt haben und dann über mindestens sechs Monate durchgeführt werden. Bei Langzeittherapien soll einmal pro Jahr ein Absetzversuch unternommen werden.

Menstruelle Migräne

Bei der zyklusgebundenen Migräne mit einer Dauer von 1-3 Tagen ist der Einsatz eines Triptans obligat, bei einer Dauer von 4-7 Tagen sollte kurzzeitprophylaktisch Naproxen mit 2x500 mg oder ein Östrogenpflaster (Estraderm TTS 100) versucht werden, beginnend jeweils zwei Tage vor Beginn der Blutung mit einer Dauer über sieben Tage. Bei Pilleneinnahme sollte mit dem mitbehandelnden Gynäkologen das so genannte „Durchnehmen“ der Pille über 6-9 Monate angesprochen werden.

Schwangerschaft

In der Schwangerschaft sind zur Prophylaxe der Migräne ab Ende des dritten Monats nur Metoprolol und Propranolol sinnvoll. Eine Kupierung der Attacken sollte ab Ende des dritten Monats ausschließlich mit Paracetamol (1000 mg als Suppositorium) oder (bei Indikationsstellung durch einen Kopfschmerz-Spezialisten) mit Triptanen durchgeführt werden. ASS kann im zweiten Trimenon ebenfalls verabreicht werden. Eine Kombination mit Domperidon ist möglich.

Nicht-medikamentöse Verfahren

Patienten mit häufigen (drei und mehr) Attacken pro Monat sollten bei fehlendem Effekt einer Prophylaxe bzw. komplementär einer psycho-

logischen Mitbehandlung zugeführt werden. Überwiegend entstammen diese in der Migränetherapie angewandten psychologischen Verfahren der Verhaltenstherapie (VT). Die wichtigsten unimodalen Verfahren sind das thermale und EEG-Biofeedback-Training und die progressive Muskelrelaxation. Als multimodales Verfahren kommt das kognitiv-behaviorale Schmerzbewältigungstraining (Stressmanagement) zur Anwendung.

Unwirksame Therapien

Unwirksam in der medikamentösen Therapie sind die Antiepileptika Carbamazepin, Lamotrigin und Diphenylhydantoin, Östrogene und Gestagene, Lithium, Neuroleptika und die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI).

Von den nicht-medikamentösen Verfahren sind ohne Wirkung oder ohne wissenschaftlichen Beleg das autogene Training, chiropraktische Manöver, Manualtherapie, Zahnextraktion, Aufbisschienen, Frischzell-Therapie, lokale Injektionen in den Nacken oder die Kopfhaut, Neuraltherapie, Reizströme, Magnetströme, Psychophonie, Ozontherapie, Tonsillektomie, Fußreflexmassage, Sanierung vermeintlicher Pilzinfektionen des Darmes, Entfernung von Amalgamfüllungen, Hysterektomie und die klassische Psychoanalyse.

Volker Pfaffenrath

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Volker Pfaffenrath, Neurologe
Leopoldstr. 59/II, 80802 München
Tel. 089/389977-0, Fax 089/389977-22
E-mail: neuro-one@t-online.de

infomed-screen

Grippeimpfung verhindert wirklich Todesfälle

Armstrong BG, Mangtani P, Fletcher A et al. Effect of influenza vaccination on excess deaths occurring during periods of high circulation of influenza: cohort study in elderly people. *BMJ* 2004 (18. September); 329: 660-3

Dass die Gripeschutzimpfung die Infektion in vielen Fällen verhindern kann, ist unbestritten. Aber reduziert sie auch wirklich die Mortalität? Impfgegner zweifeln dies an,

eine neue Kohortenstudie über 4 Jahre mit 24.000 Teilnehmern belegt dies jetzt für ältere Menschen. red.

Ergebnisse

Für Ungeimpfte fand sich eine lineare Zunahme des relativen Sterberisikos mit der Zahl gemeldeter Influenza-Fälle in der jeweiligen Periode. In den Perioden mit der höchsten Influenza-Aktivität (90er Perzentile) war die Mortalität um 16%

höher, bedingt vor allem durch eine Zunahme der pulmonalen und der kardiovaskulären Todesursachen. Bei den Geimpften kam es hingegen in Zeiten höherer Influenza-Aktivität nicht zu einer Zunahme des relativen Sterberisikos. Mit der Zahl der gemeldeten Influenza-Fälle nahm der Unterschied im relativen Sterberisiko zwischen den beiden Gruppen zu.

Schlussfolgerungen

Diese Kohortenstudie bietet eine gute Evidenz, dass die Grippeimpfung bei alten Leuten auch Todesfälle in Folge von Influenza-Erkrankungen verhindert.

Peter Ritzmann, CH-Wil

Es ist ethisch nicht vertretbar, randomisierte Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit der Grippeimpfung durchzuführen. Auf der anderen Seite ist gerade das

Fehlen von randomisierten Studien ein Grund, weshalb immer noch viele die Wirkung dieser Impfung anzweifeln. In der vorliegenden Studie werden Kohortendaten mit innovativen statistischen Methoden analysiert, gestützt auf differenzierte Daten des „Office of National Statistics“ in Großbritannien. Die Befunde belegen, dass wir allen Grund haben, älteren Personen die Grippeimpfung mit Nachdruck zu empfehlen, da sich dadurch kardiale und pulmonale Komplikationen reduzieren lassen.

Prof. Dr. Andreas Stuck
Geriatric/Rehabilitation
Ziegler-Spital, CH-Bern

Aus: infomed-screen, 01/2005
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

screen-telegramm

Grann M, Fazel S. Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ* 2004 (22. Mai); 328: 1233-4.

Gemäß einer schwedischen Studie wird ein großer Anteil der Gewaltverbrechen von Personen verübt, die entweder für ein Alkohol- oder ein Drogenproblem bekannt waren. Um gewalttätige Straftaten zu reduzieren, sollten Alkohol- und Drogenabhängige gezielt behandelt werden.

Verena Gysling, CH-Wil

Aus: infomed-screen, 05-06/2004, Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Vorteile für Teetrinker

Seit längerem werden günstige kardiovaskuläre Wirkungen durch den Konsum von Tee vermutet, da unter den mehr als 1.000 chemischen Substanzen im Tee die polyphenolischen Flavonoide dominieren. Zwei neue Studien haben nun die Wirkungen von Tee bzw. Tee-Extrakt beim Menschen genauer untersucht.

Der Effekt von Tee auf die Entwicklung eines Bluthochdrucks wurde von Y. Yang et al. bei 1.500 Probanden aus Taiwan untersucht (1). (...) Bei Teetrinkern fanden sich niedrigere Blutdruckwerte (-2 mm Hg) und eine geringere Rate neu diagnostizierten

Bluthochdrucks (> 140/90 mm Hg). (...)

Die zweite Studie untersuchte doppelblind die cholesterinsenkenden Eigenschaften eines Extraktes der Blätter von grünem Tee an 240 chinesischen Probanden (55 Jahre, 58% männlich) mit Hypercholesterinämie (2). (...) In der Verumgruppe fand sich nach 12 Wochen eine Senkung des Gesamtcholesterins um $11,3\% \pm 0,9\%$ sowie des LDL-Cholesterins um $16,4\% \pm 1,1\%$ (jeweils $p < 0,01$). In der Kontroll-Gruppe zeigten sich keine relevanten Veränderungen. (...) In tierexperimentellen Arbeiten konnte sogar unlängst ein direkter antiarterioskleroti-



scher Effekt von Grüntee-Katechinen gezeigt werden (3).

Fazit:

Tee (grüner vermutlich mehr als schwarzer Tee) hat möglicherweise gesundheitsfördernde Wirkungen. Bis zu einer genaueren Evaluation (z.B. von Teekonzentraten) bleibt derzeit zu empfehlen: Abwarten und Tee trinken!

Literatur:

1. Yang, et al.: Arch. Intern. Med. 2004, 164, 1534
2. Maron, D.J., et al.: Arch. Intern. Med. 2003, 163, 1448
3. Chyu, K.-Y., et al.: Circulation 2004, 109, 2448

Auszüge aus einem Artikel in:
Der Arzneimittelbrief Berlin, 02/2005,
Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066,
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

Aldosteron-Antagonist Eplerenon (Inspra®)

Deutlich teurer – aber auch besser?

Mit Veröffentlichung der **R**andomised **A**ldactone **E**valuation **S**tudy (RALES)-Studie¹ etablierte sich die Therapie der schweren Herzinsuffizienz mit Spironolakton (Aldactone® u.a.; a-t 1999; Nr. 9: 95), obwohl der Aldosteronantagonist hierzu in dieser Indikation nicht zugelassen ist. Jetzt kommt mit Eplerenon (Inspra) ein analoger Wirkstoff zur Behandlung der Herzinsuffizienz nach kürzlich aufgetretenem Herzinfarkt auf den Markt. Damit soll ein sehr breites, von Spironolakton abweichendes Anwendungsgebiet besetzt werden. In den USA ist das Mittel zusätzlich zur Therapie der arteriellen Hypertonie zugelassen.

Eigenschaften

(...) Maximale Plasmakonzentrationen werden zwei Stunden nach Einnahme erreicht. Eplerenon wird durch

das Cytochrom-P450-Isoenzym CYP 3A4 verstoffwechselt. Die gleichzeitige Einnahme starker CYP-3A4-Hemmstoffe wie Ketotazol (Nizoral®) und Itraconazol (Sempera® u.a.) ist kontraindiziert.³

Wirksamkeit

In der für die Zulassung relevanten Eplerenone Post-Acute Myocardial Infarction Heart Failure Efficacy and Survival Study (EPHESUS)-Studie nehmen 6.632 Patienten nach akutem Herzinfarkt in den zurückliegenden zwei Wochen und mit eingeschränkter Linksherzleistung ... entweder 25 mg bis 50 mg Eplerenon oder Plazebo ein.⁴ ... Der Nutzen kommt vor allem in den ersten 30 Tagen zustande, hauptsächlich durch Verringerung plötzlicher Herztode. Ein Zusammenhang mit dem Einfluss auf den Kaliumspiegel wird vermutet, da vor allem Pati-

enten mit niedrigen Ausgangswerten profitieren.² Die Herzinsuffizienz wird hingegen nicht eindeutig gebessert. Patienten über 75 Jahre profitieren ebenso wenig wie solche mit Diabetes mellitus ohne klinische Linksherzinsuffizienz und Patienten mit einer Auswurffrac-tion von mindestens 35%.

Ein zweiter primärer Endpunkt, Eintreten von kardiovaskulärem Tod oder Krankenhausaufnahme aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, wird erst kurz vor Beendigung der Studie eingeführt, nachdem Zwischenanalysen vorlagen. Ein Hinweis auf diese inadäquate Vorgehensweise fehlt in der Publikation. Ein signifikanter Unterschied zu Plazebo kommt bei diesem Endpunkt zudem nur durch willkürliches Ausklammern bestimmter kardialer Komplikationen zustande.³

Eine nicht veröffentlichte Auswertung der Lebensqua-

lität lässt keinen Vorteil zugunsten von Eplerenon erkennen.¹

Optimale Dosierung und Anwendungsdauer sind unklar. Direkte Vergleiche mit dem nur bei schwerer chronischer Herzinsuffizienz (NYHA IV) geprüften Spironolakton liegen nicht vor.

Störwirkungen

Schwere Hyperkaliämien über 6 mmol/l treten unter Eplerenon bei 5,5%, unter Plazebo bei 3,9% der Patienten auf. Die Gefährdung nimmt bei Verschlechterung der Nierenfunktion zu. Nach Erfahrungen mit Spironolakton ist das Risiko bei Einnahme außerhalb von Studienbedingungen wahrscheinlich deutlich höher, da Kontraindikationen oftmals missachtet und Kontrollen seltener durchgeführt werden. ... Gynäkomastie ist in beiden Gruppen gleich häufig ▶

(0,5% versus 0,6%), wird jedoch nicht gezielt abgefragt.² Drei Patientinnen entwickeln unter Eplerenon ein Mammakarzinom (unter Plazebo keine). Andererseits wird bei neun Männern unter Plazebo ein Prostatakarzinom festgestellt, hingegen nur bei einem unter Eplerenon. Diese Differenzen können auf einen östrogenartigen Effekt von Eplerenon hindeuten. Die Häufung von Mammakarzinomen wird im Bewertungsbericht der amerikanischen Zulassungsbehörde als bedenklich angesehen, vor allem bei der Behandlung von Patientinnen mit arterieller Hypertonie.²

Kosten

Im Vergleich zur Behandlung der schweren Herzinsuffizienz mit täglich 25 mg Spironolaktone (Aldactone: 9,39 €/Monat, Verospiron T: 6,42 €) ist für Eplerenon (Inspra®) mit 82,60 €/Monat (identischer Preis für 25 mg und 50 mg) das 9- bis 13-fache aufzuwenden.

Fazit

■ Der neue Aldosteronantagonist Eplerenon (Inspra®) senkt in einer Studie die Sterblichkeit bei Patienten mit Zeichen der Linksherzinsuffizienz nach kürzlich durchge-

machtem Herzinfarkt vor allem durch Verringerung akuter Todesfälle. Ein Einfluss auf den Verlauf der Herzinsuffizienz ist hingegen nicht eindeutig belegt.

- Patienten über 75 Jahre, solche mit einer Auswurf-fraktion von mindestens 35% und Diabetiker ohne klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz profitieren nicht.
- Mit schweren Hyperkaliämien ist zu rechnen.
- Die Häufigkeit hormonaler Störwirkungen wie Mastopathie ist nicht hinreichend geklärt. Mammakarzinome geben zu Bedenken Anlass.
- Vor einer breiten Anwen-

derung des wenig erprobten Aldosteronantagonisten in dem weit formulierten Anwendungsgebiet müssen weitere Studien den Nutzen bestätigen und offene Fragen wie Behandlungsdauer und sich profitierende Subgruppen geklärt werden.

- R* 1 Pitt, B. et al.: N. Engl. J. Med. 1999; 341: 709-17
- 2 Marciniak, T.A. (FDA): Medical Review Inspra; http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2003/21-437s002_Inspra.htm
- 3 Pfizer: Fachinformation Inspra, Stand September 2004
- R* 4 Pitt, B. et al.: N. Engl. J. Med. 2003; 348: 1309-21

Aus: arznei-telegramm, Berlin, 12/2004
Tel.: 030 / 79 49 02-0
Fax: 030 / 79 49 02-20
<http://www.arznei-telegramm.de>

(*R = randomisierte Studie)

infomed-screen

Höheres HbA_{1c} schon im Normbereich riskant

K* Khaw KT, Wareham N, Bingham S et al. Association of hemoglobin A1c with cardiovascular disease and mortality in adults: the European prospective investigation into cancer in Norfolk. *Ann Intern Med* 2004 (21. September); 141: 413-20

(...)

Sowohl bei Männern wie bei Frauen ergab sich mit zunehmender HbA_{1c}-Konzentration ein stetiger und signifikanter Anstieg der kardiovaskulären Morbidität und Gesamtmortalität. Im Vergleich zu den Personen mit einer HbA_{1c}-Konzentration unter 5% erlitten Diabetiker bzw. Personen mit einem HbA_{1c}-Spiegel von mindestens 7% bis zu 8-mal häufiger ein kardiovaskuläres Ereignis und wiesen eine bis zu 7-mal höhere Sterberate auf. Mit jedem Prozent, um das die HbA_{1c}-Konzentration ansteigt, steigen das Risiko für eine koronare Herzkrankheit und für eine kardiovaskuläre Erkrankung sowie das Sterberisiko um jeweils ein 1,2- bis 1,4-faches.

Das kardiovaskuläre Risiko steigt mit zunehmender HbA_{1c}-Konzentration – diese Beobachtung gilt auch, wenn die Werte im Normbereich liegen und kein Diabetes mellitus zu diagnostizieren ist. Mit Interventionsstudien muss man nun untersuchen, ob sich mit einer Senkung des durchschnittlichen Blutzuckerspiegels die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Krankheiten auch bei Nicht-Diabeteskranken vermindern lässt.

M* Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 2004 (21. September); 141: 421-31

Eine systematische Übersicht vereinigt 13 prospektive Kohortenstudien Wenn die HbA_{1c}-Konzentration um jeweils 1% zunimmt, steigt bei Typ-1-Diabetes das Risiko einer koronaren Herzkrankheit um jeweils 15 Prozent und dasjenige einer peripheren ar-

teriellen Verschlusskrankheit um jeweils 32 Prozent. Bei Typ-2-Diabetes, bei dem umfangreichere und etwas andere Daten zur Verfügung standen, nimmt das Risiko einer koronaren Herzkrankheit oder eines Schlaganfalls um jeweils 18% zu.

Beide Artikel zusammengefasst von Urspeter Masche, CH-Wil

Fazit

Dies sind zwei sorgfältig durchgeführte Untersuchungen: zum einen eine Metaanalyse von verschiedenen Beobachtungsstudien und zum anderen eine prospektive Populationsstudie. Sie erlauben folgende Rückschlüsse:

1. **Das HbA_{1c} ist ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse, und zwar sowohl für Personen mit einem Typ-1- oder Typ-2-Diabetes als auch für solche ohne manifesten Diabetes.**
2. Dabei ist der Diabetes mellitus selber, wenn das

HbA_{1c} in die Berechnungen mit einfließt, kein unabhängiger Prädiktor für kardiovaskuläre Ereignisse.

3. Diese auf Beobachtungsstudien basierenden Resultate rufen gerade nach kontrollierten Interventionsstudien, welche direkt untersuchen, wieweit sich das kardiovaskuläre Risiko durch Senkung des HbA_{1c} reduzieren lässt. Erfreulicherweise laufen solche Studien im sogenannten „prädiabetischen“ Bereich („Navigator“, „Origin“ und weitere) und für Personen mit Typ-2-Diabetes („Accord“) bereits.

PD Dr. Peter Diem
Abt. für Endokrinologie & Diabetologie, Inselspital
CH-Bern

Aus: infomed-screen, 11-12/2004
Infomed-Verlags-AG
Berglinweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

*K: Kohortenstudie
*M: Metaanalyse

DRG-Training mit Beispielen aus dem richtigen Leben

Beispiel 1

Eine 55-jährige Patientin wird nachts vom Notarzt intubiert zur stationären Aufnahme gebracht. Fremdanamnestisch war zu erfahren, dass die Patientin mit dem Fahrrad unterwegs war und dabei gestürzt ist. Bei Eintreffen des Notarztes fällt ein ausgeprägter Foetor Alcoholicus auf, die Patientin ist komatös.

Die vom Notarzt intubierte ateminsuffiziente Patientin wird auf der Intensivstation aufgenommen und maschinell über einen Zeitraum von 5 Stunden beatmet. Der Alkoholspiegel bei Aufnahme beträgt 2,95 Promille. Bei der körperlichen Untersuchung fallen multiple frische und alte Hämatome auf. Sonographisch können intraabdominelle Verletzungen ausgeschlossen werden, radiologisch findet sich keinerlei Hinweis für eine frische Fraktur. Zum Ausschluss eines intrazerebralen Geschehens wird notfallmäßig noch

nachts ein cCT durchgeführt, das erfreulicherweise ohne Hinweise für eine intrakranielle Verletzung bleibt, eine frische Schädelfraktur wird ebenfalls ausgeschlossen. Zur differentialdiagnostischen Abklärung wird die Patientin während des Aufenthaltes auf der Intensivstation an ein Zweikanal-EEG angeschlossen. Ein Zungenbiss fand sich bei der Aufnahme nicht.

Fünf Stunden nach Übernahme auf die Intensivstation kann die zunehmend unruhige Patientin extubiert werden, aufgrund des beginnenden Alkoholentzugsdelirs wird eine entsprechende Medikation initial parenteral, später oral verabreicht. Die Patientin wird am Tag nach der stationären Aufnahme auf die Allgemeinstation verlegt. Die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensivstation liegt bei 16 Stunden.

Auf der internistischen Allgemeinstation verhält sich die Patientin unkooperativ, neigert einen chronischen

Alkoholkonsum, raucht im Zimmer und lehnt jegliche Hilfestellung der Ärzte und des eingeschalteten Sozialdienstes zur Lösung der wohl vorliegenden Alkoholproblematik ab. Die Patientin ist in allen Qualitäten orientiert und drängt nach Hause. Aufgrund des ausgeprägten Nikotinabusus (40 Zigaretten pro Tag) ist die Patientin kaum auf Station anzutreffen und muss zu Visiten bzw. diagnostischen Maßnahmen gesucht werden.

Am dritten Tag nach der stationären Aufnahme verlässt die Patientin ohne Rücksprache das Krankenhaus. Der zuständige Stationsarzt hält telefonische Rücksprache mit dem Ehemann der Patientin, der berichtet, dass seine Ehefrau wohlbehalten zu Hause angekommen ist und bereits wieder Alkohol konsumiert.

Kommentar:

Nach den DKR⁴ ist nach D002d die Hauptdiagnose definiert als Diagnose, die nach Analyse als diejenige

festgestellt wird, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.

Die akute Intoxikation (akuter Rausch) bei Alkoholabusus ist mit F10.0 zu verschlüsseln. Die Identifikation psychotroper Substanzen soll laut ICD-10 auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie eigene Angaben des Patienten, Blutproben oder andere Körperflüssigkeiten, charakteristische Symptome, klinische Merkmale etc. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzen zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und entsprechende Störungen verursacht haben. Bei chao- ►

Beispiel 1		
Hauptdiagnose¹:	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch)
Nebendiagnosen¹:	R40.2 F10.2 F10.3 F17.2	Koma, nicht näher bezeichnet Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom Nikotinabhängigkeit
Prozeduren²:	3-220 3-200 8-930	Kraniale Computertomographie mit Kontrastmittel Kraniale Computertomographie nativ Monitoring für Atmung, Herz und Kreislauf
Gruppierung³:		
G-DRG:	V60A	Alkoholintoxikation und -entzug, mehr als ein Belegungstag oder Alter > 17 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
MDC:	20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
Eff. Relativgewicht:		0,82
Verweildauer:		3 Tage
untere Grenzverweildauer:		2 Tage
obere Grenzverweildauer:		18 Tage

tischer und wahlloser Substanzaufnahme bzw. wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll die Diagnose bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit F19.- Störung durch multiplem Substanzgebrauch gestellt werden.

Klinik und Verlauf weisen im vorliegenden Fall auf eine alleinige Intoxikation durch Alkohol hin. Laut ICD-10¹ wird die akute Intoxikation (akuter Rausch), verschlüsselt mit .0 an vierter Stelle, definiert als Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Folgt man dem ersten Teil der Erläuterung des ICD-10 zum Thema Intoxikation, so wäre der komatöse Zustand der Patientin als Störung der Bewusstseinslage mit der Verschlüsselung F10.0 erfasst. Die folgenden Erläuterungen gehen aber explizit auf Komplikationen, z.B. das Koma ein, so dass im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch unter Bezug auf die DKR⁴ D002d der komatöse Zustand der Versicherten als Nebendiagnose verschlüsselt wird. Da ein Schädelhirntrauma nicht vorliegt, können die Ausrufezeichen-Kodes aus S06.7-! nicht verwendet werden. Nach der DKR⁴ 1909c sind die genannten Codes nur bei Bewusstlosigkeit im Zusammenhang mit einer Verletzung (S06.ff) zu verwenden. Bei Bewusstlosigkeit ohne Zusammenhang mit einer Verletzung sind die Codes R40.0 (Somnolenz), R40.1 (Stupor), R40.2 (Koma, nicht näher bezeichnet) zu verwenden. Group man mit der ressour-

cenrelevanten Nebendiagnose R40.2, erhält man den Schweregrad A, ohne den genannten Schlüssel den Schweregrad B.

Die Nebendiagnosen F10.3 bzw. F10.2 sind durch die Gespräche mit der Patientin zur Alkoholproblematik, der medikamentösen Therapie, den Anruf des Stationsarztes beim Ehemann und die Einschaltung des Sozialdienstes ressourcenrelevant.

Die F17.2 Nikotinabhängigkeit ist ebenfalls aufwandsrelevant. Die Patientin bleibt den täglichen Visiten fern und versäumt diagnostische und therapeutische Maßnahmen und wird deshalb vom Stationspersonal gesucht.

Das auf der Intensivstation durchgeführte EEG-Monitoring (mindestens Zwei Kanäle) kann nicht mit dem OPS-Schlüssel 8-920 angegeben werden, da der Aufenthalt auf der Intensivstation weniger als 24 Stunden beträgt. Die Codes aus 8-92 neurologisches Monitoring können nur für intensivmedizinische Patienten angegeben werden und sind nur 1x pro stationären Aufenthalt zu verschlüsseln. Der Schlüssel für das Monitoring für Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes ist nicht zeitgebunden und wird mit 8-930 (OPS²) angegeben. Auch dieser Schlüssel gilt nur für intensivmedizinische Patienten und ist nur 1x pro stationären Aufenthalt anzugeben (8-93ff.).

Trotz des 16-stündigen Aufenthaltes auf der Intensivstation kann die intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur mit 8-980) nicht verschlüsselt werden. Eine Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder eine kurzfristige, weniger als 24 Stunden dauernde Intensivbehandlung kann über die



8-98ff. (sonstige multimodale Komplexbehandlung) nicht angegeben werden.

Nach der DKR⁴ 1001d ist die Dauer einer künstlichen Beatmung zu erfassen und in dem separaten Datenfeld im Datensatz nach § 301 SGB V sowie § 21 Krankenhausentgeltgesetz zu dokumentieren. Zusätzlich ist dann einer der Codes für den Zugang zu verschlüsseln. Eine maschinelle Beatmung, die zur Durchführung einer OP oder während einer OP begonnen wird und nicht länger als 24 Stunden dauert, zählt nicht zur Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer OP wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffes angesehen. Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer OP zählt oder während dieser begonnen wird und länger als 24 Stunden dauert, dann zählt sie zur Gesamtbeatmungszeit. Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer OP begonnen wurde, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. Als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen.

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt im vorliegenden Falle mit der Aufnahme der beatmeten

Patientin. Bei Durchführung der endotrachealen Intubation im Krankenhaus würde die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte beginnen. Analog wird die Verschlüsselung bei Maskenbeatmung oder Tracheotomie gehandhabt. Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet im vorliegenden Falle mit der Extubation. Die Dauer der Entwöhnung wird bei der Berechnung der Beatmungsdauer hinzugezählt.

Im Gegensatz zum Jahr 2004 kann die Beatmungsdauer im Jahr 2005 nicht mehr über einen eigenen OPS-Schlüssel erfasst werden. Die Beatmungsdauer geht jetzt über ein separates Datenfeld in die Gruppierung ein. Im aktuellen Beispiel hat die Verschlüsselung einer beliebigen Basisprozedur aus 8-980 keinen Einfluss auf die DRG. Die tatsächliche Verweildauer von 3 Tagen liegt unter der mittleren Verweildauer (mVD 7,8 Tage), aber oberhalb der unteren Grenzverweildauer (uGVD 2 Tage). Abschlüsse werden nicht berechnet.

Beispiel 2

Eine 43-jährige Patientin wird zur Zahnextraktion von 17 schwerstkariösen Zähnen vor geplanter Radiochemotherapie bei inoperab-

len Oropharynxkarzinom stationär aufgenommen. Laborchemisch fällt eine transfusionspflichtige Tumoranämie auf, die Patientin erhält 2 Erythrozytenkonzentrate. Von den Anästhesisten wird die Möglichkeit einer Intubationsnarkose verworfen und die Patientin am zweiten Tag nach der stationären Aufnahme entlassen. Die Patientin erhält einen Termin zur erneuten stationären Aufnahme für den übernächsten Tag zur Anlage eines permanenten Tracheostomas.

Zum vereinbarten Termin stellt sich die Patientin erneut vor. Die Tracheostomanlage gelingt komplikationslos am Tag nach der stationären Aufnahme. Ab dem 5. postoperativen Tag werden in zwei Sitzungen die schwerst kariösen Zähne entfernt. Nach insgesamt 17-tägigem stationären Aufenthalt kann die Patientin das Krankenhaus verlassen.

Kommentar:

Analog der DKR⁴ 0201d wird der Malignom-Kode

als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik angegeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Damit gilt nicht nur für den ersten Aufenthalt, sondern auch für den zweiten Aufenthalt die Verschlüsselung C10.8 bösartige Neubildung Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend. Entsprechend der DKR⁴ 0206a ist bei einer Neubildung, die zwei oder mehr anatomisch-topographisch aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen ICD-Kategorie überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, entsprechend der Subkategorie .8 (mehrere Teilbereiche überlappend) zu klassifizieren. Voraussetzung ist, dass diese Kombination

nicht speziell an anderer Stelle aufgeführt ist.

Für ein Malignom, dessen Ursprungsort unbekannt ist und das sich über benachbarte Gebiete erstreckt (mehrere Bereiche überlappt) und dessen Lokalisation ungenau bezeichnet oder andernorts nicht klassifiziert ist, steht der Kode C76.- bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen zur Verfügung. Die Verwendung dieser Kategorie ist nur dann zulässig, wenn keine spezifische Information bezüglich der Art der Neubildung verfügbar ist.

Obwohl bei den beiden Aufenthalten die K02.8 sonstige Zahnkaries den Aufnahmegrund darstellt, bleibt es bei der genannten Kodierung, da die speziellen Kodierrichtlinien Vorrang vor den allgemeinen Kodierrichtlinien haben (D002d bzw. D007a).

Beim ersten Aufenthalt wird die Z53 Personen, die Einrichtungen des Gesund-

heitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden, ergänzend angegeben.

Bei der Gruppierung des ersten Aufenthaltes ist die Hauptdiagnose eine Kreuz-Stern-Diagnose mit dem nachfolgenden Kode D63.0* Anämie bei Neubildungen entsprechend dem ICD¹-Kode D63.-*. Die Kodierung folgt der DKR⁴ D012d unter Punkt 1 Ätiologie und Manifestationsverschlüsselung nach dem Kreuz-Stern-System.

Die Verschlüsselung der Transfusion der Erythrozytenkonzentrate folgt der DKR⁴ P005d entsprechend der Tabelle 1. Es handelt sich um Prozeduren, die nur 1x pro stationären Aufenthalt zu kodieren sind. Bei Transfusionen von Vollblut, Erythrozytenkonzentraten, Thrombozytenkonzentraten, Leukozyten-, Plasma-, Plasmapbestandteilen und Volumenersatzmitteln werden die Mengenangaben ►

Beispiel 2

Erster Aufenthalt:

Hauptdiagnose¹:	C10.8+	Bösartige Neubildung Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
Nebendiagnosen¹:	D63.0*	Anämie bei Neubildung
	K02.8	Sonstige Zahnkaries
	Z53	Personen, die Einrichtung des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden
Prozeduren²:	8-800.7f	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1-6

Gruppierung³:

G-DRG:	D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
MDC:	03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
Eff. Relativgewicht:		0,598
Verweildauer:		2 Tage
untere Grenzverweildauer:		1 Tag
obere Grenzverweildauer:		11 Tage

Zweiter Aufenthalt:

Hauptdiagnose¹:	C10.8	Bösartige Neubildung Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
Nebendiagnosen¹:	K02.8	Sonstige Zahnkaries
Prozeduren²:	5-312.0	Permanente Tracheostomie, Tracheotomie
	5-230.3	Zahnextraktion, mehrere Zähne verschiedener Quadranten
Gruppierung³:		
G-DRG:	D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
MDC:	03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
Eff. Relativgewicht:		1,845
Verweildauer:		17 Tage
untere Grenzverweildauer:		4 Tage
obere Grenzverweildauer:		26 Tage

als solche erfasst, bei Entlassung addiert und die Summe 1x für den gesamten Aufenthalt kodiert. Aus pragmatischen Gründen wird als Bezugsdatum der erste Tag der Leistung gewählt. Nach der DKR⁴ P012d wird die kleinste, kürzeste Einheit verwendet, wenn keine Größen-, Mengen- oder Zeitangaben verfügbar sind. Bei der Gabe von Blutprodukten ist nur die dem Patienten tatsächlich verabreichte Dosis bzw. Menge zu kodieren, soweit der OPS dafür eine Dosis- oder Mengenangabe vorsieht.

Analog der DKR⁴ 1001d wird die maschinelle Beatmung, die zur Durchführung der Zahnextraktionen erfolgt und die nicht länger als 24 Stunden dauert, nicht verschlüsselt, da die maschinelle Beatmung während einer OP als integraler Bestand-

teil des chirurgischen Eingriffes angesehen wird.

Die 5-230.3 Zahnextraktion, mehrere Zähne verschiedener Quadranten wird analog der DKR⁴ P012d einmal kodiert. Der Code 5-983 Reoperation (DKR⁴ P013d) kann nicht angegeben werden, da es sich entsprechend der DKR nicht um eine Behandlung einer Komplikation, nicht um die Durchführung einer Rezidivtherapie und nicht um die Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet handelt.

Trotz Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer bzw. 30 Tagen, gleicher MDC (03) und Partition M beim ersten bzw. Partition O beim zweiten stationären Aufenthalt erfolgt keine Zusammenfassung bzw. Neueinstufung nach der FPV 2005 § 2 Abs. 2. Da der ers-

te stationäre Aufenthalt mit einer Fallpauschale abgerechnet wird (D60B), die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 des Fallpauschalenkataloges gekennzeichnet ist, werden die genannten stationären Aufenthalte getrennt abgerechnet. Diese Regelung für die gekennzeichneten Fallpauschalen gilt nicht, wenn die Kriterien der FPV 2005 § 2 Abs. 3 erfüllt sind, d.h. wenn eine Wiederaufnahme wegen einer Komplikation erfolgt, die im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung steht.

Abschließend sei auf eine der wenigen Ausnahmen von der Regel hingewiesen:

Die DKR 0201d aus dem Kapitel 2 Neubildungen tritt ausnahmsweise als spezielle Kodierrichtlinie hinter einer allgemeinen Kodierrichtlinie zurück, wenn der

Punkt 5 der DKR⁴ P015d erfüllt ist.

¹ ICD-10. Revision Version 2005 GM

² OPS Version 2005

³ 3M G-DRG Grupper Version

⁴ Deutsche Kodierrichtlinien Version 2005

Nächste Folge: Kodierbeispiele aus der Kardiologie

Dr. med. Michael Kulzer
Oberarzt Kardiologie
DRG-Beauftragter
Abteilung für Kardiologie
Krankenhaus München Harlaching
Städtisches Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

Dr. med. Christine Kopf-Schiller
Schwerpunktgutachterin Krankenhaus
Dr. med. Martin Zeuner
Ressortleiter Versorgungsstrukturen
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
in Bayern
Putzbrunner Str. 73, 81739 München

Bundesgerichtshof verurteilt Jugendamt zum Schadensersatz:

Es fehlt die persönliche Haftungspflicht der Sachbearbeiter

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 21. Oktober 2004 (Az.: III ZR 254/03) einem Pflegekind Schadensersatzansprüche gegen das Jugendamt zugebilligt, weil das Jugendamt seine gesetzlichen Aufsichts- und Kontrollpflichten verletzt hat. Im konkreten Fall ging es um Misshandlungen des Pflegekindes durch die Pflegeeltern, für die der beklagte Kreis als Träger des zuständigen Jugendamtes

nunmehr alle materiellen und immateriellen Schäden tragen muss.

Der Kläger war jahrelang von seinen Pflegeeltern misshandelt worden. Die Misshandlung wurde aufgedeckt, als sein zwei Jahre jüngerer Bruder 1997 an Unterernährung starb. Das Jugendamt hatte versäumt, die Unterbringung der Pflegekinder zu überprüfen. Die Überprüfung war maßgeblich wegen Zu-

ständigkeitsstreitigkeiten unterblieben.

Kommentar

Das Amt wurde verurteilt, doch die „Täter“ oder „Nichttäter“ bleiben unbehelligt. Seit Jahrzehnten ruft der Bund der Steuerzahler nach der persönlichen Haftungspflicht der öffentlich Bediensteten. Jeder Freiberufler, Praxisarzt und sonst Tätige haftet für seine Tätigkeit. Privile-

giert sind öffentlich Bedienstete, die in den Schutz einer Behördentätigkeit „untertauchen“ können. So kommt es nicht nur zur milliardenschweren Verschwendung von Steuergeldern, die der Steuerzahlerbund jährlich neu darlegt, sondern auch zu Personenschäden, teilweise mit Todesfolge, ohne dass die Aktiven oder Inaktiven dafür zu haften hätten.

BY
Quelle: LexisNexis Nr. 55749

Verwirrung um Publikation zur Echokardiographie

Dies sind keine Leitlinien!

In jüngster Zeit hat es um eine Publikation zu Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie einige Verwirrung gegeben. Manche Kollegen haben den Beitrag selbst offenbar als Leitlinie angesehen. Dazu stellen Vorstand und Kommission für Klinische Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DKG) fest:

1: Die Publikation „Qualitätsleitlinien Echokardiographie – Stufenkonzept, Ausbildung, Qualifizierung und Externe

Qualitätssicherung“ der Autoren W. Fehske, T. Buck, A. Hagendorff, R.S. von Bardeleben, W. Völker und S. Heinemann in Z. Kardiol. 94:61-74 (2005) ist keine Leitlinie.

2. Die Publikation ist keine offizielle Stellungnahme der DKG zu diesem Thema.
3. Die Zuordnung der Publikation unter der Rubrik „Leitlinien“ ist ein technisches Versehen des Verlages.
4. Eine Leitlinie zu diesem Thema wird von der Fachgesellschaft zeitnah erstellt.

Von Sozialabgaben befreit

Nehmen Arbeitnehmer ein Studium auf, sind sie neuerdings ebenfalls versicherungsfrei in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, wenn sie das Arbeitsverhältnis den Erfordernissen des

Studiums anpassen (also nicht mehr als 20 Stunden pro Woche arbeiten).

Dieser gleichfalls auf eine Entscheidung des BSG vom 11. November 2003 (Az.: B 12 KR 24/03 R) zurückgehenden Rechtsauffassung

folgen nun auch die Sozialversicherungsträger: Rückwirkend ab dem Sommersemester 2000 gilt das Werkstudentenprivileg auch für Arbeitnehmer, die ihre Beschäftigung nach Aufnahme des Studiums fortsetzen

und ihre Arbeitszeit auf nicht mehr als 20 Stunden in der Woche reduzieren. Beiträge in diesen Versicherungszweigen, die seitdem zu Unrecht gezahlt wurden, werden auf Antrag erstattet.

Aus: AOK, „Praxis aktuell“, 2/2004

BDI intern

Beeinflussen Sie die Arbeit des BDI!

Wir möchten unsere Mitglieder einladen, sich in unseren Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreisen zu engagieren.

Für eine Teilnahme an der **Sektionsarbeit** ist es erforderlich, dass Sie berechtigt sind, eine anerkannte Schwerpunktbezeichnung zu führen. Für besondere Bereiche, die von den Sek-

tionen nicht erfasst werden, sind **Arbeitsgemeinschaften** eingerichtet. Darüber hinaus bestehen **Arbeitskreise** zu Schwerpunktthemen.

Sollten wir Ihr Interesse für die Themen- und Problemstellung innerhalb unserer Verbandsarbeit geweckt haben und Sie möchten in einer der Sektionen, Arbeits-

gemeinschaften oder Arbeitskreise mitwirken, teilen Sie dies bitte der Geschäftsstelle mit.

Über die laufenden Aktivitäten werden Sie regelmäßig informiert und zu den entsprechenden Veranstaltungen eingeladen. Auf diese Weise können Sie Ihre Erfahrungen und Meinungen in die Verbandsarbeit ein-

bringen und die Positionen und die politische Arbeit des BDI mitgestalten.

Sollten Sie Interesse an einer Mitarbeit haben, bitten wir Sie, den unten stehenden Coupon ausgefüllt an die Geschäftsstelle zu schicken oder zu faxen. Wir werden Sie dann mit allen notwendigen Informationen versorgen.



Sektionen der Schwerpunkte

- Angiologie
- Endokrinologie
- Gastroenterologie
- Geriatrie
- Hämatologie und Internistische Onkologie
- Kardiologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- Rheumatologie

Arbeitskreise

- Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin
- Arzneimittelsicherheit
- Ärzte in Weiterbildung
- Belegärzte
- Infektiologie
- EBM-GOÄ-Gebührenordnungsfragen
- Labor
- Ernährungs- und Nährstoffmedizin
- Hypertonie
- Internisten im Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Arbeitsgemeinschaften

- Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt
- Hausärztlich tätige Internisten
- Internisten im Krankenhaus
- Intensivmedizin
- Radiologie, Nuklearmedizin und MRT
- Medizinisches Qualitätsmanagement

- Psychosomatik / Psychotherapie
- Rettungsdienst
- Sanitätsoffiziere
- Sozial-, Präventions- und Rehabilitationsmedizin
- Sportmedizin
- Tropen-, Reisemedizin und Impfwesen
- Umweltmedizin
- Wertigkeit naturheilkundlicher Verfahren bei internistischen Erkrankungen

Ihre Mitglieds-Nr.: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Bitte senden an Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
Postfach 15 66,
65005 Wiesbaden

oder faxen an: 0611 /18 133 - 50

Vorsicht Falle: BDI kooperiert **nicht** mit dem Reisedienst Bartsch!

BDI-Funktionsträger sind in letzter Zeit von Herrn Dietrich Bartsch, dem Geschäftsführer der Reisedienst Bartsch GmbH fernmündlich und schriftlich kontaktiert worden, um Möglichkeiten einer Zusammenarbeit bezüglich einer Fachexkursion nach Peking besprechen zu können.

Bei diesen Kontakten suggeriert Herr Bartsch, dass er schon verschiedene Kooperationen mit Landesverbänden des BDI bezüglich der Fachexkursion geschlossen habe und ihm hier die Mitgliederdaten problemlos zur Verfügung gestellt wurden. Darüber hin-

aus entsteht teilweise der Eindruck, als würde es dem Üblichen entsprechen, sein Produkt unter dem Briefkopf der entsprechenden Landesgruppe des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. an alle deren Mitglieder auszusenden.

Der BDI hat die von Herrn Bartsch namentlich genannten Vorsitzenden der Landesgruppen telefonisch kontaktiert und selbstverständlich feststellen können, **dass die hier durch die Reisedienst Bartsch GmbH aufgestellten Behauptungen in keinsten Weise dem Tatsächlichen entsprechen.**

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. stellt daher ausdrücklich fest: Er hat keinerlei Gespräche mit der Reisedienst Bartsch GmbH oder ähnlichen Unternehmen geführt noch steht er in Kooperation oder einem anders gearteten Zusammenarbeitsverhältnis mit dieser.

Der Herausgabe von Mitgliederdaten an kommerzielle Anbieter würde gegen Datenschutzbestimmungen wie gegen die Verschwiegenheits- und Sorgfaltpflicht des Verbandes gegenüber seinen Mitgliedern verstoßen. Die Vorgehens-

weise des Herrn Bartsch kann nach hiesiger Rechtsauffassung nur als unlauter bezeichnet werden und ist mithin nicht zu dulden.

Die Geschäftsführung hat bereits telefonisch mit der Reisedienst Bartsch GmbH Kontakt aufgenommen und auf Unterlassung der beschriebenen Vorgehensweise unter Androhung von weiteren juristischen Schritten bestanden.

Sollten BDI-Mitglieder mit derartigen Praktiken konfrontiert werden, bitten wir um Mitteilung an die Geschäftsstelle.

red.

Kleinanzeigen

GERÄTE

Biete drei ! **voll funktionsfähige Krause-Halbautomaten** mit komplettem Zubehör zur Desinfektion von Endoskopen, 1x als Auftischgerät und 1x als Doppelwagen. VB 5.000,- €.

E-Mail: praxis@praxis-ddm.de
Fax: 06021/4447850

Toshiba SSH-140A Farbdoppler für Herz u. Gefäße mit Sektorsonde, Linearsonde, Stiftsonde, SW-Printer, VB 3.500.
Tel.: 0951/200200

Computergesteuerte Extension + Tiefenwärme: Extensionsliege mit TRAComputer + MILI-Mobil + Hüfttextension (Medizinelektronik 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
Knappschaftskrankenhaus Püttlingen
In der Humes, 66346 Püttlingen
Tel.: 06898/55-2092 (dienstlich)
Tel.: 0681/5959411 (privat)
E-Mail: dr.volkmannt@t-online.de

Zu verkaufen: **Komplette Olympus-Videoendoskopieanlage** (GIF-Q 145, CLV-U20, CV-140-EMC u.a.), neuwertig, seit 4/2004 im Einsatz. Preis VB auf Anfrage.
Tel.: 07021/861348
Fax: 07021/861349

Die Alternative zu Gastroskopen von Olympus, Pentax und Fujinon bietet RMS mit seinen **hochauflösenden Routine-Video-Gastroskopen** inkl. Videoprozessor mit integrierter Kaltlichtquelle/Insuf-

flationspumpe Made in Germany / Elmsborn. 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

Zu verkaufen:

Pentax-Videoendoskop 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"

Suche gebrauchte Aufsetzkamera für das Gastroskopgerät Olympus GIF E.
Tel.: 05422/3024

Verkaufe älteres **Sonographiegerät Piccker** 2400 LS, 3,5 MHz Schallkopf, preiswert abzugeben wegen Neuanschaffung.
Tel.: 030/4112957

Multifrequenz-Sonde Lincar 5,0-7,5 MHz 60 mm für Sonograph SDU 450, wie neu, VB 2.200 €.

Tel.: 0162-5235835

Wir reparieren:

Gastroskope, Koloskope, Sigmoidoskope und andere Gerätegruppen von Olympus, Pentax und Fujinon, auch die 10er-Serie von Olympus. Wir gewährleisten die kos-

tenfreie 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-Defibrillator-system

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

PRAXISABGABE

Internist/Gastroenterologie gesucht: Große internistische Schwerpunktpraxis, hausärztlich/Gastroenterologie/Kardiologie, norddeutsches Mittelzentrum (ca. 80tausend Einwohner, Einzugsgebiet ca. 130tausend Einwohner). Gemeinschafts-/Gesellschaftsanteil aus Altersgründen für Gastroenterologie 2005/2006 zu verkaufen. Gesperrter Bezirk.

Praxisabgabe 06775"

Gutgehende **fachinternistische Praxis in norddeutscher Kleinstadt** zum

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 Mai 2005: 04.04.2005
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 28.04.2005).
für BDI aktuell Juni 2005: 02.05.2005
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 27.05.2005).

31.03.2006 abzugeben. Besonders für Schwerpunktinternisten geeignet, da im gesamten Landkreis kein Schwerpunktler niedergelassen ist (gesperrtes Gebiet). Alle Schulen am Ort, hoher Freizeitwert.

Tel.: 0160 - 7913325

München – hausärztlich-internistische Praxis abzugeben: Gut gehende, ausbaufähige Praxis im Münchener Südwesten in alleinstehendem Haus mit großer Wohnung und Garten (Mietbasis), Nähe U-Bahn/Mittlerer Ring abzugeben. Gut geeignet z.B. für Arztehepaar bzw. Gemeinschaftspraxis.

"Praxisabgabe 08381"

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

"Praxisabgabe 05697"

Angebot: **Praxis-/Büro Räume**, 75 qm, im Zentrum von Krefeld, derzeit Gutachterpraxis. Praxisgemeinschaft mit Hausarztinternist seit 1998. Optimale Verkehrsanbindung, EG, Sozialraum, kleines Labor, Röntgen.

"Praxisabgabe 90124"

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

"Praxisabgabe 30659"

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

"Praxisabgabe 24176"

Die KV Schleswig-Holstein schreibt folgenden Vertragsarztsitz aus:

– 03/04/05

Kreisregion Stadt Neumünster / Kreis Rendsburg-Eckernförde, Praxis eines Facharztes / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin, Übernahme durch einen Nachfolger, gesperrtes Gebiet.

Bewerbungsfrist: 15.05.2005

Auskünfte:

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

Hausarzt-Internisten-Praxis seit 1975 in einer Kleinstadt der Oberpfalz zu verkaufen. Alle Schulen und Freizeiteinrichtungen am Ort sowie Autobahnanschluss. Eine Übergangsgemeinschaft ist erwünscht.

Tel.: 09661/7780
abends und lange klingeln

Gut eingeführte **hausärztlich-internistische Praxis** in Norddeutschland zum 30.03.06 abzugeben.

"Praxisabgabe 06302"

Gut etablierte **Gemeinschaftspraxis, hausärztlich/internistisch** ausgerichtet, geeignet für Arztehepaar, aber auch als Einzelpraxis zu führen, mittel- bis langfristig, 2005/2006, im Großraum Kassel abzugeben. Alle Schulen am Ort, eingearbeitetes Praxisteam, treuer Patientenstamm, gute apparative Ausstat-

tung, überdurchschnittlicher Umsatz, geregelter Notdienst.

"Praxisabgabe 07538"

PRAXISRÄUME

Praxis-/Büro Räume im Zentrum von Krefeld (75 qm), in internistischer Praxisgemeinschaft mit Hausarztinternist (seit 1998) zu vermieten. EG, kleines Labor, Rö, optimale Verkehrsanbindung, Sozialraum Topzustand.

"Praxisräume 30124"

PRAXISSUCHE

Fachärztin für Innere Medizin / Angiologie sucht Praxiseinstieg im Rheinland.

"Praxissuche 36260"

Dringend **internistischer fachärztlicher Vertragsarztsitz in Stadt Frankfurt** am Main gesucht.

Tel.: 069/79480740

Internist mit breitem Spektrum **sucht Hausarztpraxis** in Kaiserslautern.

Tel.: 06301/300684

Hausärztlicher KV-Sitz von Internist im Bereich Augsburg-Stadt gesucht.

"Praxissuche 36453"

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

"Praxissuche 22775"

Zurück nach Mainz: Nettes Arztehepaar (Internist/Allgemeinärztin) **sucht Hausarztpraxis in Mainz**.

Tel.: 0170/2697291

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

"Praxissuche 27244"

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

"Praxissuche 28692"

PG, GP oder MVZ: **FÄ Innere Medizin**, 49 Jahre, solide Ausbildung, langjährige

Berufserfahrung, sucht Einstieg in PG, GP oder MVZ in Frankfurt am Main.

"Praxissuche 36390"

PRAXISPARTNER

Internist/in Pneumologie zur Kooperation oder Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis in Mittelbayern gesucht.

"Praxispartner 10246"

Große **hausärztlich-internist. Praxis in Bodenseenähe** (Kreis Sigmaringen, Südwürt.) sucht Praxispartnerin (ev. auch Partner) für Gemeinschaftspraxis. Teilzeit möglich. Kein Eigenkapital erforderlich. Beste Konditionen. Voraussetzung: Facharzt f. Innere oder Allgemeinmedizin. Gute Konditionen. Angenehmes Arbeitsklima. Kleinstadt. Alle Schulen am Ort ... Ich freue mich auf Ihr Schreiben.

"Praxispartner 11340"

Soll eine „bis auf Widerruf“ geschaltete Kleinanzeige in **BDI aktuell** nicht mehr abgedruckt werden, teilen Sie uns dies bitte direkt mit
per Fax an 0611 - 181 33 50
oder per Mail an
rbornemann@bdi.de

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

Fachärztlicher Internist als Partner für eine intern. PG/GP/MVZ im östlichen Ruhrgebiet gesucht. KV-Sitz vorhanden, flexible Gestaltungsmöglichkeiten.

"Praxispartner 28448"

Internist, angehender Rheumatologe, homöopath. orientiert, sucht ab sofort Einstieg in hausärztl. Gemeinschaftspraxis. Gerne auch im weiteren Umkreis von Erkelenz (Kreis HS, NRW). KV-Sitz im Bezirk Mönchengladbach ab 01.04.2005 vorhanden.

"Praxispartner 36098"

Fachärztlicher Internistsitz in Gemeinschaftspraxis in Mittelbayern frei.

"Praxispartner 90246"

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"

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

"Praxispartner 24458"

Früher Vogel fängt den Wurm: **Fachübergreifende internistische Gemeinschaftspraxis** bietet qualifiziertem Gastroenterologen oder fachärztlichem Internisten mit Gastro Schwerpunkt 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"

GP / PG / MVZ: **Internistischer Rheumatologe** und FA PMR sucht Mitkämpfer/in für eine amb. Kooperation fachübergreifend in MecPomm oder SchlwHolst (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-Kreislaufkrankungen einschließlich invasiver Diagnostik und Therapie.

Tel.: 0531/3489900

STELLENANGEBOT

Gastroenterologische Überweisungs- und Schwerpunktpraxis sucht Weiterbildungsassistentin/-arzt im letzten Jahr vor der internistischen Facharztprüfung. Die Weiterbildungermächtigung für die Dauer von 2 Jahren, jeweils für das Gebiet "Innere Medizin" und für das Teilgebiet "Gastroenterologie" für die Dauer von je 1 Jahr liegt vor. Vertraglich geregelte Umsatzbeteiligung in längerfristigem Beschäftigungsverhältnis wird angestrebt.

Dres. B. Küppers & O. Mickisch
& W. Baniewicz
07/Nr. 14, 68161 Mannheim
Internet: www.gastroenterologie-mannheim.de
E-Mail: info@gastroenterologie-mannheim.de

Stellen Sie Ihre Kleinanzeige auch ins Internet!



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

www.bdi.de

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



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



Kleinanzeigen

Fachärztliche(r) Internist/in, auch Teilzeit (50%), gesucht: Für unsere fachärztlich orientierte Praxis suchen wir eine(n) Internistin/Internisten. Vorkenntnisse im Bereich angiologischer, kardiologischer und/oder gastroenterologischer Diagnostik sind erwünscht, aber nicht Bedingung. Geplant ist eine Daueranstellung – langfristig auch mit Umsatzbeteiligung. Die Praxis ist z.Zt. spezialisiert auf internistische Diagnostik im Bereich Kardiologie / Angiologie und Gastroenterologie. Derzeitige Mitarbeiter: 1 Internist (100%), 1 Internistin (50%) und 1 Anästhesistin mit kardiolog. Zusatzausbildung (50%) sowie enge Kooperation mit einer radiologischen Praxis. Weiterbildungsermächtigungen für 2 Jahre Innere Medizin, sämtliche Funktionsuntersuchungen und zur Zusatzqualifikation Ileocoloskopie.
"Stellenangebot 33613"

Große internistische Hausarzt-Praxis (Gemeinschaftspraxis 2 Partner) im Süden Dortmunds sucht zum 01.01.05 oder später, ganz- oder halbtags, Assistenten/in. Weiterbildungsermächtigung 1 Jahr Innere/Allgemeinmedizin liegt vor. Auch für fertige Internisten geeignet, als Entlastungsassistent möglich. Sono, Echo, Doppler, Spiro, LZ-RR und LZ-EKG, EKG, Ergo und Gastro vorhanden. Zahlung in Anlehnung an BAT. Bewerber/innen, die eine Förderung der KWVL erhalten können, werden bevorzugt. Voraussetzung deutsche Sprache, PKW.
"Stellenangebot 16230"

Raum Bonn, große vielseitige Praxis mit Schwerpunkt Gastroenterologie sucht Weiterbildungsassistent(in), gerne auch Teilzeit. WB-Ermächtigung liegt vor für 1 Jahr Innere, 1 Jahr Gastroenterologie. Endoskopieerfahrung erwünscht. Flexible Arbeitszeiten, sehr gutes Betriebsklima. Spätere Assoziation bzw. Praxispartnerschaft wäre angenehm.
"Stellenangebot 16086"

Große gastroent. Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Endoskopie sucht 1 bis 2 Kollegin/en: WB-Assist. Für 1 Jahr möglich, Perspektive für Partnerschaft, bei vorhandener TG-Anerkennung Angebot zum job-sharing mit späterer Partnerschaft.
Gemeinschaftspraxis Dr. Friedrichs/Dr. Kopp
Emscherstr. 215, 47166 Duisburg
Tel.: 0203/555450
E-Mail: olaf@friedrichs.org

STELLENSUCHE

Internistin sucht Teilzeitstelle in fachärztlicher oder hausärztlicher Praxis im Raum Hildesheim.
Tel.: 05121/32901

Erfahrene Internistin in ungekündigter OA-Stelle in allgemein-internistischer Abteilung sucht Mitarbeit, auch Teilzeit, in Praxis im Raum D, K, SG, W.
"Stellensuche 01653"

Internistin / Gastroenterologie, langjährige OÄ, in ungekündigter Stellung mit breitem internistischen Spektrum (Endo einschl. ERCP, Broncho, Sono, Echo, Doppler-Duplex) sucht neue Herausforderung in Klinik oder Praxis, südt. Raum.
"Stellensuche 14546"

Weiterbildungsassistentin, 32 Jahre, promoviert, mit über 4-jähriger klinischer Erfahrung (Kardiologie, Diabetologie, Hämato-Onkologie und Nephrologie), im fünften Weiterbildungsjahr zum Internisten sucht Assistentenstelle in Klinik oder Praxis in Hamburg oder näherer Umgebung, gerne ganztags.
"Stellensuche 38798"

Suche internist. Teilzeitstelle als Mitarbeiterin in Klinik oder Praxis (internist./hausärztlich). Biete fundierte internist. Ausbildung mit langjähriger klin. Erfahrung, Fachkunde Rettungsdienst.
"Stellensuche 38842"

VERTRETERANGEBOT

Internist/Gastroenterologie, 48 J., übernimmt Vertretungen in Praxis oder Klinik.
Tel.: 06861/790208 (Dr. Grün)

Soll eine „bis auf Widerruf“ geschaltete Kleinanzeige in **BDI aktuell** nicht mehr abgedruckt werden, teilen Sie uns dies bitte direkt mit per Fax an 0611 - 181 33 50 oder per Mail an rbornemann@bdi.de

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 übernimmt Vertretungen in Klinik und Praxis: Kardiologie incl. HK-Labor; Nephrologie incl. Dialyse.
Anfragen/Terminvereinbarungen:
0160-7062472

VERSCHIEDENES

Ferienhaus Ungarn, renoviert, 2.000 m² Weinberg, Nähe Thermalbad. 29.000 Euro.
Tel.: 08671/2342 od. 0173-9208365

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"

Chalet auf Mallorca, S/W, 20 Min. v. Palma-Flughafen, in Sta. Ponsa Nova, unverbaubarer Meerblick, 3 SZ, 2 Bd., großer Wohnbereich, Küche, Speise, Pool, Barbecue, KFZ-Stellplatz, Wäscheraum und Abstellraum, 2 Terrassen; Gaszentral-Heizung, AC, Gartenberieselungsanlage, Gartenbel. m. Bewegungsmelder. Grundstück ca. 1000 m², Wohnfläche ca. 220 m², schnell Verkauf, Mietkauf oder Dauermiete.
Anfrage unter E-Mail:
Kaiser972005@yahoo.de

Terminübersicht Fort- und Weiterbildung 2005

Kurse

BDI-Kurse während des 111. Internistenkongresses der DGIM

Termin: 02.-06.04.2005
Ort: Wiesbaden, Rhein-Main-Hallen
Kursleiter: siehe Anmeldung
Gebühr: siehe Anmeldung
CME-Punkte: Siehe Anmeldung

Intensivkurs Nephrologie
Termin: 17.-18.06.2005
Ort: Weimar
Kursleiter: Prof. Dr. med. R. Fünfstück
Gebühr: € 210,00 / 250,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)
CME: voraussichtlich 16

Farbdoppler-Echokardiographie-Refresherkurs
Termin: 24.-25.09.2005
Ort: München
Kursleiter: PD Dr. med. W. Zwehl
Gebühr: € 180,00 / 230,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)
CME: voraussichtlich 16

Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie
Termin: 07.-09.10.2005
Ort: Bad Krozingen (bei Freiburg im Brsg.)

Kursleiter: Prof. Dr. med. G. Bönner
Gebühr: € 210,00 / 250,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)
CME: voraussichtlich 16

Kongresse

21.05. - 28.05.2005 Mallorca, Playa de Muro (20. Seminarkongress)
28.08. - 02.09.2005 Pörschach am Würthersee (54. Seminarkongress)
09.10. - 15.10.2005 Bad Krozingen bei Freiburg i. Brsg. (1. Seminarkongress)
28.10. - 31.10.2005 Intensivkurs Stoffwechsel/Endokrinologie, Venedig
24.11. - 03.12.2005 Teneriffa / Puerto de la Cruz (28. Seminarkongress)

Sonstige BDI-Termine

01.04.2005 Sektions Kardiologie – Mitgliederversammlung, Mannheim
02.-06.04.2005 111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin – Internistenkongress: Mitgliederversammlungen s. ab Seite 30
02.04.2005 Sektion Angiologie – Mitgliederversammlung, Wiesbaden
02.04.2005 Sektion Rheumatologie – Mitgliederversammlung, Wiesbaden
03.04.2005 AK Tropen-/Reisemedizin und Impfwesen – Mitgliederversammlung, Wiesbaden
04.04.2005 AK Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin – Mitgliederversammlung, Wiesbaden
04.04.2005 Arbeitskreis Psychosomatik/Psychotherapie – Treffen, Wiesbaden
09.06., 08.09. und 08.12.2005 Bezirksgruppe Ludwigshafen – Treffen der Ludwigshafener Internisten, Ludwigshafen-Süd

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

BDI-Veranstaltungen

Bezirksgruppe Ludwigshafen/Rhein Treffen der Ludwigshafener Internisten

Datum: 09.06.2005, 20.00 Uhr
08.09.2005, 20.00 Uhr
08.12.2005, 20.00 Uhr
Ort: Gaststätte Henninger, Am Stadion
Mundenheimer Str. 101, 67061 Ludwigshafen-Süd
Kontakt: Dr. H. Rauch
Tel.: 0621 / 565001; Fax: 0621 / 584649

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

Sektion Kardiologie – Mitgliederversammlung

Datum: 01.04.2005, 19.15 Uhr
Ort: Kongresszentrum Rosengarten
Dorint-Hotel (Saal 10)
Rosengartenplatz 2
68161 Mannheim
Themen: u.a. Bericht des Vorsitzenden / Leitlinien / EBM 2000plus

Sektion Angiologie – Mitgliederversammlung

Datum: 02.04.2005, 11.30-13.00 Uhr
Ort: Rhein-Main-Hallen, Saal 2B
Wiesbaden
Themen: u.a. Vorstandswahlen / EBM 2000plus / Qualitätsmanagement in Praxen

Sektion Rheumatologie – Mitgliederversammlung

Datum: 02.04.2005, 11.30-13.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle des BDI e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Themen: u.a. Einführung des neuen EBM und der RLV / Auswirkung der DRG auf die Struktur der ambulanten und stationären Versorgung

Arbeitskreis Tropen-/Reisemedizin und Impfwesen – Mitgliederversammlung

Datum: 03.04.2005, 10.00-12.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle des BDI e.V.
Schöne Aussicht 5

65193 Wiesbaden
Themen: u.a. Berichte des Vorstandes, der Landesgruppen / Bericht über den Kurs und das Vorsymposium vom 02.04.2005 / Planung für Aktivitäten des Arbeitskreises 2005/2006

Arbeitskreis Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin – Mitgliederversammlung

Datum: 04.04.2005, 14.00-16.00 Uhr
Ort: Geschäftsstelle des BDI e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Themen: u.a. Deregulierung in Deutschland – Arbeitsschutz quo vadis? / Gesundheitsmanagement im arbeitsmedizinischen Alltag

Arbeitskreis Psychosomatik / Psychotherapie – Mitgliederversammlung

Datum: 04.04.2005, 11.15-13.30 Uhr
Ort: Geschäftsstelle des BDI e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Themen: u.a. Rückschau zum Vorsymposium des Arbeitskreises am 111. Internistenkongress / Erfahrungen mit aktuellen Fortbildungsangeboten auf Fortbildungskongressen des BDI / DRG für psychosomatische Patienten, die stationär internistisch behandelt werden / Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden des Arbeitskreises / 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

Echokardiographie München – KV-Kurse & Refresher seit 15 Jahren Echo KV-Aufbaukurs (mit Doppler) 16.-19.03.2005

Doppler KV-Grundkurs 02.-04.06.2005
Echo KV-Grundkurs 19.-22.10.2005
Echo-Aufbaukurs 23.-26.11.2005
Stress-Echo Kurse nach Vereinbarung
Information: Tel.: 089 / 30 68 25 98 – PD Dr. med. W. Zwehl
Fax: 089 / 30 68 39 41
E-Mail: echokurs@aol.com – www.echokurs.com

Jetzt 80 Std. anerkannte Fallseminare statt 3 Monate Praktikum für Naturheilverfahren

Datum: 06.-10.04.2005
Ort: Kneippklinik Sebastianum, Bad Wörishofen

Patientenbehandlung und Fallbesprechung sowie Kneippkur als Eigenerfahrung

Teilnahmegebühr: € 300,-

Anmeldung: Arztsekretariat Dr. med. P. Novoa Lill / Dr. med. A. Meier
Kneippstr. 8
86825 Bad Wörishofen
Tel.: 08247/355-104
Fax: 08247/355-259
E-Mail: meier-sebastianum@freenet.de

2. IWW-Chefärzte-Kongress

Datum: 15.04.2005, 09.00-16.30 Uhr

Ort: Hotel Nikko, Immermannstr. 41
40210 Düsseldorf

Thema: Der Chefarzt zwischen Medizin und Management: Lösungen zu aktuellen Brennpunkten

Workshop 1: Die neue Rechtsprechung zum „Zielleistungsprinzip“ – Vorteile, Chancen, Möglichkeiten, Fallbeispiele

alternativ Workshop 2: Überwindung der Sektorengrenze – eigene Tätigkeit und Kooperationen im ambulanten Bereich

Teilnahmegebühr: € 545,- zzgl. Umsatzsteuer

€ 50,- Rabatt für Abonnenten des „Chefärzte Brief“ bzw. wenn sich zwei oder mehr Teilnehmer aus einer Klinik gleichzeitig anmelden.

Information / Anmeldung: IWW Institut GmbH & Co. KG

Münsterstr. 248,
404070 Düsseldorf
Tel.: 0211/61681211
Fax: 0211/61681277

Das Metabolische Syndrom – eine postprandiale Erkrankung Satellitensymposium zum 1. Internationalen Kongress "Prädiabetes und das Metabolische Syndrom" (offizielle Kongresssprache: Englisch)

Datum: 16.-18.04.2005

Ort: The Westin Hotel Bellevue, Dresden

Themen: Der postprandiale Status: entero-insulinäre und entero-vasale Achse / Die Nahrungsaufnahme und der postprandiale Status / Medikamentöse Beeinflussung des postprandialen Lipidstoffwechsels / Prävention des Metabolischen Syndroms / Prandiale Antidiabetika

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Markolf Hanefeld, Dresden
Prof. Dr. med. Antonio Ceriello, Udine/Italien

Informationen / Anmeldung: INTERCOM

Konferenzservice TU Dresden GmbH
Alexandra Werner, Zellescher Weg 3, 01069 Dresden
Tel.: 0351/46337026
Fax: 0351/46337049
E-Mail: info@mspostprandial-dresden2005.de
Internet: www.mspostprandial-dresden2005.de

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

Leitung: 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-Refresherkurs, 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

44. Bayerischer Internisten-Kongress

Datum: 18.-20.11.2005

Ort: Universitätshauptgebäude Ludwig-Maximilians-Universität München

Schwerpunktthemen: Neues aus Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie / Neues aus Gastroenterologie, Endokrinologie und Diabetes / Neues aus Onkologie, Hämatologie und Rheumatologie / Notfälle in der Praxis

Leitung: Prof. Dr. med. Johannes Mann

Auskunft/Anmeldung: MCN Medizinische Congress-Organisation Nürnberg AG

Zerzabelshofstr. 29, 90478 Nürnberg
Tel.: 0911/3931613
Fax: 0911/8209430
E-Mail: bik@mcnag.info
Internet: www.mcn-nuernberg.de
Oder: www.bayerischerinternistenkongress.de

DGIM Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Terminübersicht: Intensivkurse Innere Medizin

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing 2005

Datum: 09.06.-11.06.2005

Ort: Med. Klinik II, Klinikum Offenbach/M.

Sekr. Prof. H. Dancygier
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach /Main
Tel.: 069/8405-3971, Fax: 069/8405-4471

E-Mail: andreas.niedenthal@klinikum-offenbach.de

Leitung: Prof. Dr. H. Dancygier, Prof. Dr. M. P. Manns, Prof. Dr. S. Zeuzem

Organisation: Dr. A. Niedenthal

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: 12.09.-21.09.2005

Ort: Med. Poliklinik, Univ. Klinik Bonn

Wilhelm-Str. 35-37, 53111 Bonn

Tel.: 0228/287-2502 Sekr. Fr. Wihnalek

Tel.: 0228/287-2594, Fax: 0228/287-2634

E-Mail: Walger@uni-bonn.de

Leitung: Prof. Dr. B. Lüderitz, Prof. Dr. T. Sauerbruch, Prof. Dr. H. Vetter, Prof. Dr. E. Erdmann

Organisation: Prof. Dr. P. Walger, Prof. Dr. G. Bauriedel, Prof. Dr. R. H. G. Schwinger

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

E-Mail: uschmidt@erfurt.helios-klinikum.de

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: Bismarck-Allee 8-12

Tel.: 04551/803-195, Fax: 04551/803-194

E-Mail: akademie@aeksh.de

Akademie f. med. Fort- und Weiterbildung

Ärztekammer Schleswig-Holstein, Sekr. Frau M. Fellner

23795 Bad Segeberg

Leitung: Prof. Dr. G. Hintze, Prof. Dr. U. R. Fölsch, Prof. Dr. J. Steinhoff

Organisation: Prof. Dr. J. Steinhoff; Univ.-Kl. Schlesw.-Holst., Campus Lübeck, Medizinische Univ.-Kl. I, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

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: 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. Ch. Schäfer

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. 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

Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.

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

- Ort:** Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München
Beginn: jeweils Donnerstag, 19.30 Uhr
 21.04.2005 **Angiologie aktuell 2005/1** – Focus: Phlebitis und Thrombose, Gerinnungsphysiologie, Lungenembolie
Referenten: Ludwig, Spannagl, Pfeifer
 09.06.2005 **Angiologie aktuell 2005/2** – Focus: Risiko PAVK, Mechanismen der Atherosklerose-Entstehung und Beeinflussung, kritische Extremitätenischämie
Referenten: März, Tepohl, Hoffmann
 06.10.2005 **Gastroenterologie aktuell 2005** – Focus: Nahrungsmittelallergie, extraintestinale Manifestationen bei CED, Diverticulose – Diverticulitis
Referenten: Gross, Schepp, Folwaczny

Anerkennung: 3 CME-Punkte / Bayerische Landesärztekammer

Leitung, Auskunft und Anmeldung: Dr. Wolf von Römer, 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.

Schleißheimer Str. 440, 80935 München, Tel.: 089 / 8 54 52 55, Fax: 089 / 3 13 88 68, E-Mail: wr@dr-von-roemer.de

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

- Ort:** Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München
Zeit: jeweils Samstag, 09.00 bis 16.00 Uhr
 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, Zerkabelshofstr. 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/3931610, Fax: 0911/3931655, E-Mail: bik@mcnag.info, Internet: www.mcn-nuernberg.de

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

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Vorsymposium 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

H. Worth, Fürth

Endosonographie bei pneumologischen Fragestellungen

F. Herth, Heidelberg

Multimodale Therapieoptionen des Bronchialkarzinoms

M. Thomas, Münster

Langzeittherapie des Asthma bronchiale – was empfehlen die neuen Leitlinien?

R. Buhl, Mainz

Management des Asthmaanfalls

D. Ukena, Bremen

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

H. Worth, Fürth

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

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

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

Risikostratifizierung aus kardiologischer Sicht

Risikostratifizierung zur Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls

Risikostratifizierung bei Diabetes mellitus

Ideale antihypertensive Kombinationstherapie unter Berücksichtigung von Begleiterkrankungen

Praktische Konsequenzen für eine intensive Risikoreduktion

H. Haller, Hannover

Th. Münzel, Mainz

J. Schrader, Cloppenburg

R. G. Bretzel, Gießen

M. Paul, Berlin

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 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

Renovaskuläre Begleiterkrankungen bei arterieller Hypertonie

Diskussion

Der diabetische Fuß

Mediasklerose

Diskussion

M. Ludwig, Berg

K.-L. Schulte, Berlin

H. Lawall, Karlsbad

H. Stiegler, München

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

Samstag, 2. April 2005, 14.30 bis 18.30 Uhr; Sonntag, 3. April 2005, 08.30 bis 12.30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1

Sa: Typ-2-Diabetes mellitus: Aktuelle Therapiestrategien – Neue Versorgungsformen

So: Adipositas und metabolisches Syndrom: Eine interdisziplinäre Herausforderung

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München – Prof. Dr. K. Mann, Essen

Samstag, 02.04.2004: Typ-2-Diabetes mellitus: Aktuelle Therapiestrategien – Neue Versorgungsformen

Vorsitz: W. Scherbaum, Düsseldorf – K. Mann, Essen

14.30 - 14.40 Uhr Grußworte

v. Römer, München,

1. Vizepräsident des BDI

P.-M. Schumm-Draeger, München

Einführung

14.40 - 15.00 Uhr Diabetes gestern, heute, morgen

H. Mehnert, München

15.00 - 15.25 Uhr Aktuelle Therapie mit oralen Antidiabetika: Risikostratifizierung zur Verbesserung der Prognose

P.-M. Schumm-Draeger, München

15.25 - 15.50 Uhr Management des Hochdrucks bei Typ-2-Diabetes mellitus

H. Lehnert, Magdeburg

16.20 - 16.45 Uhr Aktuelle Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes mellitus

Th. Siegmund, München

16.45 - 17.05 Uhr Kasuistik: Der aktuelle Fall – mit TED-Abfrage

M. Eidenmüller, Marburg

17.05 - 17.30 Uhr Ein neuer Weg in der Therapie des

B. Gallwitz, Tübingen

Typ-2-Diabetes mellitus: GLP 1

Vorsitz: P.-M. Schumm-Draeger, München – Th. Eversmann, München

17.30 - 17.50 Uhr Neue Versorgungsformen – Zukunftschancen

E. Harrison, Berlin

für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte?

17.50 - 18.30 Uhr Round Table Diskussion

Moderation: M. Eidenmüller (Marburg), Th. Eversmann (München), C. Jaurisch-Hancke (Wiesbaden),
H. Rüssmann (Dinslaken), W. Scherbaum (Düsseldorf), P.-M. Schumm-Draeger (München) ▶

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

Sonntag, 03.04.2005 Adipositas und metabolisches Syndrom: Eine interdisziplinäre Herausforderung

Vorsitz: C. Jaurisch-Hancke, Wiesbaden – H. Schatz, Bochum

08.30 - 09.00 Uhr	Adipositas: Schrittmacher zum metabolischen Syndrom und Diabetes – Pathogenese und kardiovaskuläres Risikoprofil	A. Pfeiffer, Berlin
09.00 - 09.30 Uhr	Moderne Pharmakotherapie der Adipositas	A. Hamann, Bad Neuheim
09.30 - 10.00 Uhr	Stellenwert sportmedizinischer Programme bei Adipositas	M. Halle, München
10.00 - 10.15 Uhr	Kasuistik: Der aktuelle Fall mit TED-Abfrage	A. Öffner, München
10.15 - 10.45 Uhr	P A U S E	
Vorsitz: H. Hauner, München – K. Mann, Essen		
10.45 - 11.15 Uhr	Leitliniengerechte Strategie der Adipositas-Therapie: Hat „Low Carb“ einen Platz in der Behandlung?	H. Hauner, München
11.15 - 11.45 Uhr	Dyslipidämie: Konsequente Behandlungsstrategien bei Adipositas und metabolischem Syndrom	D. Müller-Wieland, Düsseldorf
11.45 - 12.15 Uhr	Polycystisches Ovar- (PCOS) und metabolisches Syndrom: Pathophysiologische und therapeutische Zusammenhänge	O. E. Janssen, Essen
12.15 - 12.30 Uhr	Diskussion und Schlusswort	K. Mann, Essen

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

Samstag, 2. April 2005, 14.30 bis 18.30 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 6/2

Rheumatische Erkrankungen - Paradigmen verschiedener Systemkrankheiten

Vorsitz: T. Karger, Köln – E. Edelmann, Bad Aibling

Rheumatische Krankheiten – Synonym für eine entzündliche Systemerkrankung des Menschen	Angela Gause, Elmshorn
Schmerzen – das Leitsymptom und Hauptleiden des Rheumakranken	Joerg Wendler, Erlangen
Osteologie – die unbekannteste Systemerkrankung	Gert Hein, Jena

Die Mitgliederversammlung findet vor dem Symposium am Samstag, 02.04.2005, 11.30 Uhr, in der Geschäftsstelle des BDI e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, 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. April 2005

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

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	P A U S E	
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	P A U S E	
12.30 – 13.00 Uhr	Lohnt sich Reisemedizin? Abrechnungsfragen – betriebswirtschaftliche Aspekte	M. Peters, Hamburg

Teilnahmegebühr: € 60,— für BDI-/DGIM-Mitglieder; € 90,— für Nichtmitglieder.

Für diese Veranstaltung kann nur eine begrenzte Teilnehmerzahl zugelassen werden.

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

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

TEIL II: Vorsymposium Tropen- und Reisemedizin

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

14.30 – 14.35 Uhr	Begrüßung und Einführung	F. Seiler, Bayreuth
-------------------	--------------------------	---------------------

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

14.35 – 15.20 Uhr	Leitsymptom Durchfall beim Tropenrückkehrer	<i>G. D. Burchard, Hamburg</i>
15.20 – 16.00 Uhr	AIDS in Afrika – Hoffnung am Rande der Katastrophe	<i>A. Stich, Würzburg</i>
16.00 – 16.15 Uhr	<i>P A U S E</i>	
16.15 – 17.00 Uhr	Malaria-Update 2005	<i>H. D. Nothdurft, München</i>
17.00 – 17.45 Uhr	Importierte Hautinfektionen	<i>R. Bialek, Tübingen</i>
17.45 – 18.15 Uhr	Empfohlene Reiseimpfungen	<i>M. Peters, Hamburg</i>
18.15 – 18.30 Uhr	Podiumsdiskussion	<i>Burchard/Peters, Hamburg</i>

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

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

Sonntag, 3. April 2005, 09.00 Uhr bis 12.00 Uhr – Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 1 A / 1

Herz und Diabetes

Vorsitz: Prof. Dr. Hans Martin Hoffmeister, Solingen – Dr. Fokko de Haan, Solingen

Neue Aspekte für Klinik und Praxis

– aus der Sicht des klinischen Kardiologen

– aus der Sicht des Diabetologen

– aus der Sicht des niedergelassenen Bereiches

Prof. Dr. M. Haude, Essen

Prof. Dr. D. Tschöpe, Bad Oeynhausen

Dr. F. de Haan, Solingen

Vorsymposium der Landesgruppe Hessen im Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Sonntag, 3. April 2005, 15.45 bis 16.45 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 2C

Zukunftssicherung des Internisten

Vorsitz: W. Grebe, Frankenberg

Der neue EBM: Chance oder Chaos?

Seriöse und erfolgreiche IGeL-Angebote

W. Grebe, Frankenberg

W. Grebe, Frankenberg

Vorsymposium des Arbeitskreises Wertigkeit naturheilkundlicher Verfahren bei internistischen Erkrankungen

im Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

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

Naturheilverfahren bei funktionellen Störungen des internistischen Formenkreises

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

08.30 – 08.40 Uhr Einführung

08.40 – 09.00 Uhr Naturheilkundliche Ernährungstherapie bei funktionellen Störungen

R. Stange, Berlin

09.00 – 09.20 Uhr Hydro- und Thermotherapie bei funktionellen Störungen

R. Brenke, Bad Ems

09.20 – 09.40 Uhr Phytotherapie bei funktionellen Störungen

K. Kraft, Rostock

09.40 – 10.00 Uhr Bewegungstherapie bei funktionellen Störungen

Chr. Uhlemann, Jena

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

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

P. E. Nowacki, Gießen

08.45 – 09.15 Uhr Auswirkungen des Sports auf das gesunde und kranke Immunsystem

R. G. Bretzel, 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

09.30 – 10.00 Uhr	Ambulanter Herzsport in Deutschland – Erfolgreiche Langzeitbetreuung durch den sportmedizinisch weitergebildeten Internisten	<i>P. E. Nowacki, Gießen</i>
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

Optimierung der Patienten- und Arztcompliance für eine verbesserte Blutdruckkontrolle

Verhaltenstherapeutische Ansätze bei lebensstilverändernden Interventionen in der internistischen Praxis

Effiziente Umgangsstrategien bei Patienten mit metabolischem Syndrom

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)*

W. Zidek, Berlin

M. Middeke, Stuttgart

V. Kollenbaum, Bad Kissingen

B. Rebell, München

Symposium am 4. April 2005 – 09.00 bis 11.00 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 11.15 Uhr bis 13.30 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

6 8 =? i fgY' &\$\$) 'U ZY]bYb'6 `]W_°



S˘ |•^

ÔT ÒÁ
: cfH]Xi b[gdi b_HY
AAA

Öæ {

U!c

Ú!^ãÁ
T æ |B æ@ æ* |É

S˘ |•|^æ } *

ðhYbg]j_i fg'
BYd\ fc`[]Y

j cfU g"r%"

Fì ÈÈ ÈÈ ÈÈ

Y^ã æZÖRÓT
Ü^æ@æ ••æø

GFEÉÁGÍ ÉÉÉ

Ú!| -ZÖ:Éã ^ãÉ
ÜZ> } •c&É
Y^ã æ

: UfVXcdd`Yf!
9W c_UfX]c[fUd\]Y!
FYZ`Yg\ Yf_i fg

j cfU g"r%"

G ÈÈ ÈÈ ÈÈ

T > } &@ } É
ÜæãZSP
Ü&@ æãø *

Fì ÉÉÁGÍ ÉÉÉ

ÚÖ:Ö:Éã ^ãÉ
YZ, ^@É
T > } &@ }

ðhYbg]j_i fg'
?UfX]c`c[]Y#
DbYi a c`c[]Y

j cfU g"r%"

È ÈÈ ÈÈ ÈÈ

ÓæãS![: ã * ^ } É
S˘ |•æ•

GFEÉÁGÍ ÉÉÉ

Ú!| -ZÖ:Éã ^ãÉ
ÖZÓ4 } ^!É
ÓæãS![: ã * ^ }

ðhYbg]j_i fg'
GhcZk YW gY#
9bXc_f]bc`c[]Y

VYubfU] h

G ÈÈ ÈÈ ÈÈ

X^}^ãã
Úææ : [Áã!ã : ä
Çã } æ^* ã D

G Í ÉÉÁGÍ ÉÉÉ

Ú!| -ZÖ:Éã ^ãÉ
UÈZAT >||^!É
T > } &@ }

Pa!{ äÁ ^|ã^æ@æ @Á ~ Á |*^ } á^ } S˘ |•^ } Á^!ãã á|æ@æ K
ÁÁ

Ò•Á^|c } ÁãÁã } æ@ ^ããã * ^ } Á^•ÁÖÖÉÈÈãæ@æ äÁ ^ã^!Á } c!•&@ãã ^!| } } ^É

5_UX"H]HY. Jcf! #Ni bUa Y. 9!A U] +

5 bgW f]Zhf]f]j UH#HY". #: U.

æW `V]b. A]H `]YX`XYg'6 8 = B]W fa]H `]YX` 8 UH a I bhYfgW f]Zn

K Y]hY`ðZfa U]cbYb`#gW f]Z]W Y5 ba YXi b[. '6 Yfi Zj YfVUbX'8 Yi hgW Yf`ðhYfb]ghYb`Y'J'Z'? cb[fYggUVH]`i b[ž
GW "bY5i gg]W h) ž*) %' 'K]YgVUXYbžHY". '\$* %!%, %' &&ž& (ž: U. '\$* %!%, %' & žk k k 'VX]'XYž9!a U].]bZ`VX]'XY

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 Rechnungsbetrag.
 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BDI-Kurse während des 111. Internistenkongresses, Wiesbaden, 02.-06.04.2005 | <input type="checkbox"/> Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie, Bad Krozingen, 07.-09.10.2005 |
| <input type="checkbox"/> Intensivkurs Nephrologie, Weimar, 17.-18.06. 2005 | <input type="checkbox"/> Intensivkurs Stoffwechsel/Endokrinologie, Venedig, 28.-31.10.2005 |
| <input type="checkbox"/> Farbdoppler Echokardiographie Refresher-Kurs, München, 24.-25.09.2005 | |
| <input type="checkbox"/> Informationen zu anderen Kursen: | |

Ich möchte mich gleich zu folgenden Veranstaltungen anmelden:

Kurs: _____ Kursgebühr: _____ Termin/Ort: _____

Kurs: _____ Kursgebühr: _____ Termin/Ort: _____

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

Ich bin Mitglied des BDI e.V. Nichtmitglied

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

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

Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Postfach 1566, 65005 Wiesbaden – Fax: 0611/ 18133-23
 Telefon: 0611/18133-22, -24 – E-Mail: info@bdi.de – Internet: http://www.bdi.de

Privat-Patienten sollen mit Ärzten „feilschen“

Seit über 10 Jahren warten die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) darauf, dass die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) geändert und deren Sätze „endlich“ angehoben werden. Langsam werden beide Zusammenschlüsse ungeduldig. Denn: Rechtsanwälte, Hebammen und andere freie Berufe haben schon längst ihre Anpassungsrunden hinter sich. Doch das zuständige Bun-

desministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGuS) zielt sich wie eine Jungfrau. Aus verständlichen Gründen, belastet doch jede Erhöhung der GOÄ/GOZ-Sätze via Beihilfe die Haushalte von Kommunen, Ländern und dem Bund.

Die privaten Krankenversicherer (PKV) haben sich bisher ebenfalls nicht beklagt, dass das Vorhaben „Gebührenanpassung“ erst einmal als ein nicht vollendetes Vorhaben in der mi-

nisteriellen Wiedervorlage versteckt blieb.

Überraschend hat nun das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung vom 25. Oktober 2004 (Az.: 1 BvR 1437/02) **den Heilberuflern einen Ausweg aus der Honorarmisere gewiesen** und etwas Schützenhilfe geleistet. Die Karlsruher Richter kassierten ein Urteil des OLG Hamm aus dem Jahre 2002 und wiesen die Richter dort an, neu zu entscheiden. Gleichzeitig erlegten sie

dem Land Nordrhein-Westfalen auf, dem beschwerdeführenden Zahnarzt die Kosten des Verfahrens zu erstatten. In dem Honorarstreit ging es um einen Zahnarzt, **der mit einer Patientin Steigerungsfaktoren bis zum 8,2-fachen des GOZ-Mindestsatzes vereinbart hatte.**

8,2facher Satz ist erlaubt

Das OLG hatte dem Zahnarzt wegen eines Verstoßes gegen § 9 Abs. 2 Nr. 1 AGB-Gesetz die Berechtigung abgesprochen, den 3,5-fachen Satz zu überschreiten. Darin sah das Verfassungsgericht eine Verletzung des Grundrechtes auf Berufsfreiheit. Außerdem bestätigten die Richter ihre eigene Entscheidung vom 13. Februar 2001 (Az.: 1 BvR 2311/00) deutlich. Sprich: Die Heilberufler sollen den ihnen in den Gebührenordnungen eingeräumten Gestaltungsspielraum besser nutzen. Auch gestehen die Karlsruher zu, „dass die Gebührenmarge bei Zahnärzten besonders schmal ist“. Und sie weisen dezidiert auf den Ausweg hin: „Die im Regelfall nur schmale Marge schadet jedoch nicht, weil der Zahnarzt gemäß § 3 GOZ eine abweichende Vereinbarung treffen kann. Sie ist dem Gesetzeswortlaut nach materiell an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft.“

Allerdings sei eine Individualabrede notwendig, dem Patienten müsse ein „Mitspracherecht zur Angemessenheit der Bezahlung für die noch zu erbringende Leistung eingeräumt“ werden. Das Gericht weist allerdings darauf hin: „Dabei darf der Vorgang des Feilschens allerdings nicht im Vertrag selbst schriftlich festgehalten werden.“

Aus: dfg, 49-04

Die letzte Meldung

Wespe frisst Bagger

Anschauungsmaterial macht sich in der Praxis ganz gut, dachte ein allergologisch tätiger Kollege und ging auf

die Suche nach einer dekorativen Wespe. Auf das baggerfressende Ungetüm, auf das er bei dem Online-Ver-

steigerer eBay stieß, war er allerdings nicht gefasst (man beachte den letzten roten Absatz). BW

The screenshot shows an eBay listing for a wasp specimen. The text in the listing reads:

Reales ~~Wespe~~ (brownish) Probestück eingehüllt im quadratischen unzerstörbaren, transparenten Luciteblock. Sicheres, authentisches und vollständig unbreakable Probestück setze reales Wesperecht an Ihren Fingerspitzen! Jedermann kann die Wespe von jedem Winkel sicher erforschen. Es ist genug für Mikroskopbeobachtung frei. Länge des Körpers der Wespe ist 2.6 Zentimeter.

Größe des Luciteblockes ist 4.5x3.0x2.5 Zentimeter. Gewicht des Blockes ist 30 g. Es ist ein ideales erlernenhilfsmittel für Kursteilnehmer und Zieldin und auch ein sehr gutes sammelbares Einzelteil für jeden Körper.

*** Wespen (Vespula gemein, Familie Vespidae, Auftrag Hautflügler) rollen oder falten ihre Flügel longitudinal, anstatt halten sie Ebene über dem Körper. Alle haben warnende Färbung in den Formen von Braunem oder von Schwarzen und Orange oder Gelb. Sie haben Königinnen und Arbeiter, kooperieren, bei, für die Brut sich zu interessieren, und haben deckenerzeugungen. Overwinters, Marken ein Nest im Frühjahr und Rückseiten einer typische Königin die erste kleine Brut selbst. Innerhalb des Nestes entwickeln sich Larven innerhalb der Zellen des horizontalen iScombi™ und werden gekaute-oben Insekten von den sterilen weiblichen Arbeitern eingezo-gen. Während die Kolonie wächst, tut so das Nest Sie können weltweit gefunden werden in einer breiten Strecke der Lebensräume. Wespen können einen schmerzlichen Stich liefern. Wespen sind im Garten sehr nützlich, da sie Gleiskettenfahrzeuge und andere Pflagen entfernen. ***

Ich habe viel mehr Insekteinzelteile in meinem ebay store(<http://stores.ebay.com/Gao-fu-Collectibles>), Sie kann in meinem Speicher loggen, um die Details anzusehen.

Below the text is a photograph of a wasp specimen inside a clear Lucite block.