

## Hände weg von der GOÄ!

Viele Kollegen fordern die „längst überfällige“ Novelle der GOÄ, und auch der Ärztetag diskutierte darüber. Der Schuss könnte nach hinten losgehen. **Seite 12**

## Wie viel verdienen Sie?



Die Einkommen der Ärzte im internationalen Vergleich.

**SEITE 8**

## Akutes Koronarsyndrom



Hochdosiertes Simvastatin bringt nicht viel.

**SEITE 15**

## Up to date



Die neuesten Erkenntnisse zum metabolischen Syndrom

**SEITE 17**

### Aufgelesen

## Grüne Manieren

Es wäre hilfreich gewesen, wenn mir meine Mutter auch die einen oder anderen bürgerlichen Manieren beigebracht hätte.

Tarek Al-Wazir  
Fraktionschef der Grünen in Hessen  
laut FAZS vom 09.01.2005

## Schmierfinken-Schutzpartei

Aus Angst davor, im Wahlkampf als Schmierfinken-Schutzpartei angegriffen zu werden, wollen die Grünen 25 Jahre nach der Gründung ihre Einstellung zu Grafitis ändern.

Süddeutsche Zeitung Nr. 83 / 2005

## Gern benutzt

Wir sind ein gern benutzter Prügelknabe.

Dr. Andreas Köhler  
Vorstandsvorsitzender der KBV  
in: Süddeutsche Zeitung

## Geliebte Depression

Erstaunlich, wie unglaublich gern die Deutschen depressiv sind.

John Monks, Chef des  
Europäischen Gewerkschaftsbundes  
in: Die Zeit vom 11.05.2005 Nr.20

Kombinierte Folgen von EBM und niedrigen Punktwerten für technikorientierte Praxen besonders fatal

## Nur noch 11.000 Euro Jahreseinkommen?

Der neue EBM 2000plus ist betriebswirtschaftlich kalkuliert. Der Wert einer Leistung setzt sich dabei zusammen aus dem Arztlohn, der ein gewisses Jahresgehalt ergeben soll, und dem technischen Teil, der die Kosten für die Praxis, die Geräte und die Reinvestitionskosten ab-

decken soll. Die Kosten, die in diesem Teil stecken, sind real und müssen bedient werden. Weder Personal, noch Vermieter noch Lieferanten geben sich mit einem floatenden Punktwert zufrieden, sondern wollen harte Euros sehen. Wenn nun der Punktwert unter die Kalku-

lationsgrundlage von 5,11 Cent sinkt, dann schlägt dies also viel massiver auf den Arztlohn durch, als auf den ersten Blick ersichtlich. Auf diese Weise kann das Jahreseinkommen eines Kollegen mit gut ausgestatteter Praxis schnell auf Hilfsarbeiterniveau sinken. **Seite 6**

Neue Berufsordnung beschlossen

## Kippt jetzt die Förderung der Gemeinschaftspraxen?

Es ist schon überraschend, was sich ganz links im Gesundheitswesen bewegt, wenn man rechts an einer Schraube dreht. Ein typisches Beispiel: Die Vertragsärzte dürfen laut Berufsordnung inzwischen viel mehr als früher: Sie können beispielsweise an mehreren Orten praktizieren und sogar in mehreren Gemeinschaftspraxen mitarbeiten. Das zieht einen Ratten-

schwanz weiterer Gesetzesänderungen nach sich. Unter anderem soll es bald nur noch die arztbezogene Kassenabrechnung geben – womit die Gemeinschaftspraxen abrechnungstechnisch aufgelöst werden. Wenn es aber abrechnungstechnisch keine Gemeinschaftspraxen mehr gibt – wie können sie dann im EBM noch weiter gefördert werden? **Seite 5**

Bundestagswahlen sind nicht mehr fern

## Ärzte als Wahlhelfer zwangsverpflichtet

Nächstes Jahr wird der Bundestag neu gewählt. Da kann die Regierung, da kann insbesondere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt keine Diskussion um Höhe und

Sicherheit der Renten brauchen. Deshalb hat sie (nicht nur) die Ärzte als Wahlhelfer zwangsverpflichtet. Lesen Sie mal, was Politikerinnen so alles einfällt. **Seite 4**

**Versand-  
Aufkleber**

### AUS DEM INHALT

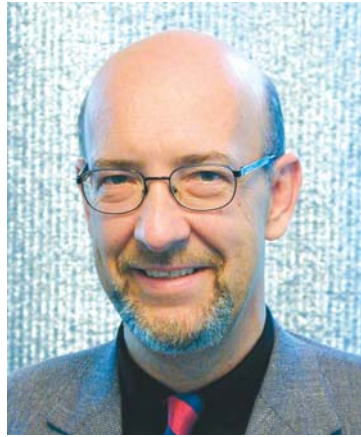
EBM 2000plus Reparaturarbeiten gehen weiter	12	Der Weg zur richtigen DRG Fünf Beispiele aus der täglichen Praxis	22
Steiniger Weg zum Facharzt für Innere Sehr wirklichkeitsnahe Darstellung!	21	Europa-Parlament Bereitschaftszeit soll Arbeitszeit bleiben	28

# Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 in Berlin...

...hat sich mit einer Vielzahl wichtiger Themen, wie der Arbeitssituation niedergelassener Ärzte, Förderung der Versorgungsforschung, Zusammenhang von Krankheit und Armut, Modernisierung der GOÄ, Fehlermanagement sowie Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik beschäftigt. Neben einem – wie immer souverän und bescheiden auftretenden – Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, markierte der jährliche Auftritt von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt einen neuen Tiefpunkt rotgrüner Gesundheitspolitik. Im Auftritt unsicher, in der Vortragsweise unsystematisch und ohne nachvollziehbares Redekonzept, inhaltlich voller Plattitüden und Worthüllen, gab sie keine Antwort auf Jörg-Dietrich

Hoppes Diagnose einer „strukturellen Rationierung“ der überbordenden Reglementierung, Bürokratisierung und Intransparenz des Systems. Stattdessen flüchtete sie in eine Vielzahl von Allgemeinplätzen, die vom sachkundigen Publikum stellenweise sogar mit Gelächter quittiert wurden.

Ein Thema wurde vom Deutschen Ärztetag und von uns bewusst nicht aufgegriffen, das Thema Weiterbildungsordnung in der Inneren Medizin. Für eine sachgerechte und Erfolg versprechende Be-



Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

*W. Wesiack*

handlung des Themas war die Zeit auf diesem Deutschen Ärztetag (leider) noch nicht reif. Dabei bestehen unsere Forderungen unverändert weiter. Der Entfall des Internisten ohne Schwerpunkt durch

die neue WBO ist abzulehnen.

Wir brauchen eine Qualifikationsüberprüfung durch die Ärztekammer vor Eintritt in eine eventuelle nachfolgende Spezialisierung, da sonst keine gesicherte Wissensgrundlage besteht. Das Wissen des „Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin“, dessen Zukunft im Übrigen mehr als zweifelhaft ist, reicht dafür jedenfalls nicht aus. Wir brauchen den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt für unsere internistische Identität, weil Innere Medizin mehr ist als die Summe ihrer Schwerpunkte und der in den Schwerpunkten angewendeten Methoden und Techniken. Auch lässt sich das Gesamtspektrum internistischer Krankheiten nicht einfach in 8 Schwerpunkte verteilen.

Wir brauchen den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit abgeschlossener Weiterbildung im Krankenhaus,

da der dort vorgeschriebene Facharztstandard mit seinen Haftungs Konsequenzen bei der Behandlung internistischer Patientinnen und Patienten zu ökonomisch unsinnigen und nicht zu realisierenden Konsequenzen führen müsste.

Wir brauchen den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt aber auch in der Niederlassung, da ohne ihn der schon bestehende Ärztemangel dramatisch verstärkt werden wird. Ohne die Innere Medizin wird der Facharztmangel in Deutschland nicht zu beheben sein.

Last but not least: Europa wächst zusammen, unsere gemeinsame Zukunft kann nur ein vereintes Europa sein. Dies gilt auch für die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Europa. Die Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) ist eine Facharztbezeichnung, die in allen Mitgliedsstaaten der EU besteht. Durch den einseitigen Entfall der Inneren Medizin ohne Schwerpunkt ausschließlich in Deutschland wird die Migration und Dienstleistungsfreiheit so erheblich beeinträchtigt, dass die EU – Kommission hier erneut eingreifen wird, sollte hier nicht Abhilfe geschaffen werden.

Die Innere Medizin, die wissenschaftliche Gesellschaft und der Berufsverband Deutscher Internisten sind zur konstruktiven Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Bundärztekammer bereit.

## 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 2005  
**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.

## Sollten sich die Patienten selbst antiarrhythmisch behandeln?

**K** Alboni P, Botto GL, Baldi N et al. Outpatient treatment of recent-onset atrial fibrillation with the „pill-in-the-pocket“ approach. *N Engl J Med* 2004 (2. Dezember); 351: 2384-91

Rezidivierende Attacken von Vorhofflimmern (VHF) bei anderweitig Herzgesunden sind ein häufiges und lästiges Problem, welches oft zu Notfallkonsultationen oder medikamentöser Dauertherapie führt. Die Nebenwirkungen dieser Medikamente können aber schwerwiegend sein und fallen besonders ins Gewicht, wenn das Problem, das sie verhindern sollen, eher selten auftritt. **Eine Therapie, die die Betroffenen selber beim Auftreten der Symptome anwenden könnten, wäre wünschenswert.**

In diese italienische Multizenterstudie wurden Perso-

nen mit paroxysmalem VHF aufgenommen, die während einer Notfallkonsultation nach einer Einmaldosis Propafenon (Rytmonorm®) oder Flecainid (Tambocor®) innerhalb von 6 Stunden einen Sinusrhythmus erlangten und keine subjektiven oder objektiven Nebenwirkungen zeigten. Das gleiche Medikament in der gleichen Dosis sollte in Zukunft beim Auftreten von Palpitationen von den Betroffenen rasch möglichst eingenommen werden. Von den 210 Personen rapportierten 165 insgesamt 618 Arrhythmieepisoden. 569 davon wurden mit Flecainid (64 Personen) oder Propafenon (101 Personen) behandelt. **In 94% der Attacken war die Medikation wirksam** (Verschwinden der Palpitationen nach weniger als 6 Stunden), 5% der Episoden er-

forderten eine Hospitalisation und in 3% dauerte diese länger als 6 Stunden. Die Kohorte bildete ihre eigene historische Kontrolle: Im Jahr vor Einschluss in die Studie erfolgten durchschnittlich 45 Notfallkonsultationen pro Monat, während der Studie noch 5 pro Monat. Auch **die Zahl der Hospitalisationen nahm von 15 auf 2 pro Monat ab**. Ein Patient musste nach der Einnahme des Medikamentes wegen eines Vorhof-Flatterns mit 1:1-Überleitung hospitalisiert werden, 11 hatten subjektive Nebenwirkungen.

Die Resultate dieser Studie sind nicht einfach zu interpretieren: Auf der einen Seite ist die Methode denkbar einfach und von den Betroffenen selber zu steuern, dazu in der gegebenen Situation auch recht nebenwirkungsarm. Die Betroffenen sind unabhängig von Arzt oder Krankenhaus, was große finanzielle Einsparungen bringt. **Trotz der an-**

**sehnlichen Zahl Untersuchter und VHF-Episoden ist die Studie mit Vorsicht „zu genießen“: Es sind historische Kontrollen, als Gruppe genommen, nicht als Individuen.** Und hier ist immer die Frage, ob die „Quality of care“ auch tatsächlich die gleiche geblieben ist. Nachdem jedoch eine systematische Review zum Schluss gekommen ist (1), dass Propafenon und Flecainid für die Konversion eines frisch aufgetretenen VHF am besten dokumentiert sind, **ist die vorliegende Studie vielleicht ein weiteres Mosaiksteinchen in einem neuen Bild der Behandlung des rezidivierenden paroxysmalen VHF.**

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

(K: Kohortenstudie)

- 1 Deneer VH et al. Oral antiarrhythmic drugs in converting recent onset atrial fibrillation. *Pharm World Sci* 2004 (April); 26: 66-78

Aus: infomed-screen, 04/2005  
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, CH-9500 Wil  
Telefax: 071-910-0877  
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

### Die Crux mit den Rauchern

## Zigaretten spalten Union und Koalition

Das Rauchen ist eine ambivalente Angelegenheit: Einerseits ruiniert es die Gesundheit, andererseits spült es eine Menge Geld in die Staatskasse. Kein Wunder, dass die Zigaretten ihr zerstörerisches Werk quer durch alle Parteien entfalten. Prototypisch ist Streit in der Koalition um den weiteren Umgang mit der Tabaksteuer: Weil nach der Steuererhöhung viele Raucher ihr Laster ad acta gelegt haben, sind unterm Strich die Steuereinnahmen gesunken.

Prompt wurde aus Regierungskreisen die Forderung laut, auf die nächste Erhöhung der Tabaksteuer zu verzichten, um die Sache nicht noch schlimmer zu machen. Dass weniger Raucher auch weniger Kranke bedeuten – wen kümmerts? Jetzt hat der Krach die Union erreicht: Zwei Unionsexperten wollen die Zigaretten als „Mordinstrumente“ generell verbieten, die Unions-Bundestagsfraktion hält dies für Unsinn. Klare Sache: Der blaue Dunst vernebelt so manches Hirn.

### Die heutige Jugend spielt anders als wir...



### Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

BW  
HFS  
ks

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

ps  
red.  
Rü

Petra Spielberg  
Redaktion BDI aktuell  
Rechtsanwalt Helge Rühl, Geschäftsführer des BDI e.V.

## Ärzte werden als Wahlhelfer für Ulla Schmidt zwangsverpflichtet

**Nächstes Jahr ist Bundestagswahl, und da kann die Regierung keine Rentendiskussion brauchen. Deswegen entzieht die Ministerin 2006 dem Gesundheitswesen und damit den Ärzten Geld, um die Rentenkassen nicht in Probleme zu bringen. Aber auch ansonsten führt Ulla Schmidt gerne Schmierenkommödien auf, um die Ärzte als böse Buben darzustellen und sich selbst publikumswirksam als Retterin der Notleidenden zu gerieren – und handelt dabei gegen ihr eigenes Gesetz.**

Die Rentenkassen haben bekanntlich Probleme, doch die zuständige Ministerin Ulla Schmidt hat natürlich schon eine Lösung parat. Zum einen sollen die Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge ab 2006 früher überweisen. Dieser Plan hat in den letzten Wochen für Aufregung gesorgt, vor allem natürlich bei den Arbeitgebern, denen einiges an Liquidität entzogen wird. Wobei nicht zu vergessen ist: Auch Ärzte und Krankenkassen sind als Arbeitgeber betroffen!

In die Rentenkassen würde durch die Schmidtschen Pläne eine Menge Geld gespült – wenn auch nur ein einziges Mal. Aber auch die Krankenkassen sollen mal wieder bluten, berichtet jetzt die Süddeutsche. Und das funktioniert so:

Die Kassen zahlen jedes Jahr um die 30 Milliarden Euro auf die Konten der Rentenkasse – die verteilt das Geld dann nach den Regeln des Risikostrukturausgleichs wieder an die Krankenkassen. Ab 2006 soll die Rentenkasse das Geld ein paar Wochen länger behalten. Damit bekommt die Rentenkasse gewissermaßen ein zinsloses Darlehen in Milliardenhöhe, mit dem die Renteliquidität 2006 aufge bessert wird. Den Kassen entstehen dadurch Zinsverluste, denn ihre Ausgaben laufen ja weiter, aber das Geld aus dem Finanzausgleich ist noch nicht da.

All diese Maßnahmen bessern die Rentenfinanzen natürlich

nur im Jahr 2006 auf, danach ist kaum noch etwas davon zu spüren. Sollten Sie nun argumentieren, dass dies nach den Maßstäben des gesunden Menschenverstandes nicht viel Sinn macht, dann können wir nur erwidern: Politiker denken eben anders.

### Ärzte unterstützen Ullas Bundestagswahlkampf

Sie denken an die Bundestagswahl 2006, und in diesem Jahr wäre es für Ulla Schmidt ausgesprochen unangenehm, wenn eine Rentendiskussion aufflammen würde. Das soll mit diesen Tricks verhindert werden. Mit anderen Worten: Die Wirtschaftsunternehmen, zu denen auch die Arztpraxen gehören, und auf dem Umweg über die Kassen wird das ganze Gesundheitswesen als Wahlhelfer für Ulla Schmidt zwangsverpflichtet.

### Ärzte und Kassen als böse Buben...

Als permanenter Imagehelfer für die Ministerin soll offenbar auch der Gemeinsame Bundesausschuss fungieren. In diesem Gremium sitzen Niedergelassene, Krankenhäuser und Krankenkassen, um die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen. Gerade haben sie beispielsweise ganz im Sinn des Schmidtschen Reformgesetzes die Regeln für die Verordnung von Sondernahrung neu formuliert.

Zweifellos gibt es Patienten, die auf Sondernahrung angewiesen sind. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen eher aus Bequemlichkeit der Pflegenden fertig konfektionierte Sondernahrung eingesetzt wird. Der Bundesausschuss ist nun der Pflicht aus dem Gesetz nachgekommen, klare Verhältnisse zu schaffen, Missbrauch und Überversorgung abzustellen und damit unnötige Kosten zu vermeiden. Er hat die Indikationen für eine enterale Ernährung definiert und die dafür geeigneten Produkte entsprechend sortiert. Wer Sondernahrung wirklich braucht, bekommt sie zukünftig auch nach diesen Richtlinien – wo sie nicht nötig ist, wird sie nach diesen Richtlinien von den Kassen aber auch nicht mehr bezahlt.

### ...und Ulla Schmidt als Retterin

Das hat natürlich einen Proteststurm bei den Herstellern ausgelöst, die um ihr gutes Geschäft fürchten. Sie haben

die einschlägigen Selbsthilfegruppen mobilisiert und daraus sind polemische Attacken entstanden, die mit der Realität nichts mehr zu tun haben.

Eine wunderbare Gelegenheit für die Ministerin, sich als Retterin der Unterdrückten zu gerieren: Ihr Ministerium hat die Richtlinie beanstandet – dass damit Ulla Schmidts eigene Reform konterkariert wird, interessiert niemand.

Es ist geradezu pervers: Die Kosten im Gesundheitswesen sollen per Gesetz gedämpft werden – wenn dann die gemeinsame und gesetzestreue Selbstverwaltung auftragsgemäß die Spargesetze umsetzt, wird sie vom Gesundheitsministerium zurückgepiffen. Die Ministerin stellt sich in der Öffentlichkeit als angebliche Retterin der Patienten hin – und bei nächster Gelegenheit beschimpft sie die gemeinsame Selbstverwaltung wieder, weil sie nicht zum Sparen in der Lage ist.

BW

## 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](mailto:info@BDI.de)

## Kippt jetzt die Förderung der Gemeinschaftspraxen?

Durch die Einführung der medizinischen Versorgungszentren bei der letzten Gesundheitsreform hat sich die Struktur der ambulanten Versorgung entscheidend gewandelt. Medizinische Versorgungszentren sind zwar der Zulassungsordnung weiter unterworfen, es besteht aber die Möglichkeit, dass bei der Versorgung auch angestellte Ärzte mitwirken können. Außerdem können in der so genannten Gründerebene der medizinischen Versorgungszentren auch Nichtärzte beteiligt werden, was für die Finanzierung solcher Zentren in der Zukunft von großer Bedeutung sein dürfte. Insbesondere Krankenträger sehen hier eine Chance, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen.

### Vor- und Nachteile für Niedergelassene

Letzteres bringt die normale Vertragsarztpraxis, auch wenn sie in Form einer Gemeinschaftspraxis organisiert ist, in eine unangenehme Konkurrenzsituation zum medizinischen Versorgungszentrum. Andererseits sehen sehr viele Vertragsärzte hier eine Möglichkeit, ihre Organisationsstruktur neu zu ordnen und möchten selbst medizinische Versorgungszentren gründen. Auch der Wunsch zahlreicher Kolleginnen und Kollegen, im vertragsärztlichen Bereich tätig zu sein, ohne sich an der Investition der Einrichtung beteiligen zu müssen, wird berücksichtigt, weil angestellte Ärzte in solchen Zentren arbeiten dürfen.

Die Bundesärztekammer hat deshalb Anregungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgegriffen, die Berufsordnung so zu liberalisieren, dass medizinische Versorgungszentren auch

berufsrechtlich möglich werden bzw. alternative Strukturen für Vertragsärzte angeboten werden können. Die Konkurrenzfähigkeit der niedergelassenen Ärzte mit Krankenhäusern muss erhalten bleiben.

### Mehr Freiheit durch neue Berufsordnung

Der letzte Deutsche Ärztetag hat den Mut gehabt, eine neue Musterberufsordnung vorzulegen, nach der die Möglichkeit besteht, dass Zweigpraxen ohne Genehmigung gegründet werden können. Das heißt: Der Arzt kann auch an mehreren Stellen tätig werden. Es wird außerdem auch die Möglichkeit neuer Gesellschaftsformen, wie z.B. einer GmbH, eröffnet. Besonders umstritten war der Paragraph, nach dem auch fachfremde Ärzte von Vertragsärzten angestellt werden können. Hier hatte man besonders an ambulante Operationszentren gedacht, in denen eine Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten unerlässlich ist.

Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer wird nur dann rechtskräftig, wenn sie von den Landesärztekammern nachvollzogen wird. Inzwischen haben jedoch zahlreiche Landesärztekammern, angefangen von Nordrhein, über Westfalen-Lippe bis Schleswig-Holstein und Hessen die Musterberufsordnung vom Prinzip her beschlossen. Andere Ärztekammern haben noch Probleme, unter anderem auch mit ihrer Aufsichtsbehörde, dies umzusetzen.

Die Liberalisierung des Systems hängt aber nicht nur an den Ärztekammern. Der nächste Schritt muss die Renovierung der Zulassungsordnung sein und dies macht


sogar eine Änderung der Sozialgesetzgebung erforderlich. Es gibt inzwischen Hinweise, dass die Musterberufsordnung von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums als positiv bewertet wird, so dass man möglichst zügig hier tätig werden will. Es scheint angedacht zu sein, die Abrechnung der ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr an einen Praxissitz, sondern an den einzelnen Arzt zu binden, damit er die Möglichkeiten, an verschiedenen Stellen tätig zu sein, auch nutzen kann.


So kommt eins zum anderen. Wird dies alles umgesetzt, werden große Teile

der jetzt gerade neu in Kraft getretenen Gebührenordnung EBM 2000plus wieder renovierungsbedürftig. **Es ist kaum vorstellbar, dass die in diesem EBM definierten Begünstigungen der Gemeinschaftspraxen so erhalten bleiben können – denn abrechnungstechnisch werden die Gemeinschaftspraxen praktisch abgeschafft, wenn die Abrechnung zukünftig immer auf den einzelnen Arzt bezogen wird.** Man sieht, was man mit einem mutigen Schritt, wie z.B. der Verabschiedung einer Musterberufsordnung, alles auslösen kann.

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Anzeige





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


## Ultraschall

www.sonoring.de

### Vielfalt, Qualität & Sicherheit


**TOSHIBA**


*Sunlight*




**GE** *GE Ultraschall*

**SONY ANALOGIC**







### Machen Sie den Direktvergleich!

Termine auch abends und am Wochenende

01805/117 117

Infoline direkt zu Ihrer Sonotheke (€ 0,12/Min)

Die 21 Sonotheken bundesweit:

- Bad Harzburg
- Berlin
- Deggendorf
- Dortmund/Holzwickede
- Dresden
- Düsseldorf/Ratingen
- Erlangen
- Frankfurt/Mörfelden
- Greifswald
- Hamburg/Buchholz
- Hannover/Ronnenberg
- Heidelberg
- Kassel
- Köln
- Memmingen
- München/Penzberg
- Stuttgart/Leinfelden
- Sulzbach
- Trier
- Villingen-S.
- Würzburg/Estenfeld

## Nur noch 11.000 Euro Jahreseinkommen?

Am 01.04.2005 ist der EBM 2000plus eingeführt worden. Wir alle erinnern uns daran, dass es sich um einen betriebswirtschaftlich kalkulierten EBM handelt, der von einem Punktwert von 5,11 Cent ausgeht. Wie zu erwarten, wird landauf, landab bei den Honorarverhandlungen und Schiedsamtssprüchen in den einzelnen Länder-KVen dieser Punktwert nicht erreicht. Für die nicht abgestaffelten Leistungen wird in der Regel ein Wert unter 4 Cent angenommen. Den Vogel schießt dabei Mecklenburg-Vorpommern mit 1,5 Cent ab.

### Lieferanten akzeptieren keine schwindsüchtigen Punktwerte

Welche Folgen haben diese niedrigen Punktwerte für die betriebswirtschaftliche Situation der Praxen? Wir wissen, dass die Leistungen im EBM 2000plus in der Regel in eine technische und ärztliche Leistung unterteilt sind. Unter der Annahme, dass die Kalkulationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stimmig sind, ist ein Punktwert von 5,11 Cent beim technischen Anteil zwingend und kann nicht nach unten gedrückt werden. Die Investitionen, das Personal und die übrigen Kosten in der Praxis, wie Miete, Wasser und Strom, müssen in Euro und Cent bezahlt werden, schwindsüchtige Punktwerte werden von Personal, Vermietern und Lieferanten nicht akzeptiert.

### Kein Geld mehr für Investitionen?

Wie lässt sich unter diesen Bedingungen die Leistung überhaupt noch abbilden? Es gibt zwei Möglichkeiten einer Quersubvention, um bei einem zu niedrigen

Punktwert die Kosten für die technische Leistung zu decken. Zum einen kann man die Abschreibung der Investitionen dazu benutzen. Dies hat aber zur Folge, dass nach Beendigung der Abschreibung eine Reinvestition nicht mehr möglich sein wird. Damit wird das Leistungsangebot der Praxis sich unter Umständen so verändern, dass sie irgendwann ihren Betrieb einstellen muss.

### Nur noch 11.000 Euro Jahreseinkommen

Die zweite Quersubvention geschieht über den Arztlohn. Beim EBM wird – für alle Fachgruppen gleich – ein defizitorischer Arztlohn

zugrunde gelegt, der bei etwa 90.000 € im Jahr liegt. Der kann sich in Praxen mit einem hohen technischen Anteil und niedrigem Punktwert leicht auf 11.000 Euro reduzieren – und zwar vor Steuern und Sozialbeiträgen (siehe Kasten). Wenn die Selbstausschüttung des Unternehmers Arzt nicht auf die Spitze getrieben wird, bleibt hier zum Leben nichts mehr übrig.

### Weniger Geld als ein Hilfsarbeiter

Es handelt sich um eine erschreckende Rechnung, die mehr als deutlich macht, dass der EBM nur umsetzbar ist, wenn tatsächlich 5,11 Cent bezahlt werden.

Sonst ist auf kurz oder lang mit einem Vergütungsniveau zu rechnen, das deutlich unter dem eines Hilfsarbeiters liegt.

Wenn man dann noch den Artikel auf Seite 8 über den Vergleich der Arzteinkommen zwischen den europäischen Ländern liest, kann einem nur übel werden. Es ist wirklich kein Wunder, wenn sich die jungen Menschen immer weniger für den Beruf des Arztes interessieren und unser Nachwuchs lieber ins Ausland, in die Industrie oder den medizinischen Dienst der Krankenkassen abwandert. Die Leidtragenden sind am Ende die Patienten.

Dr. med. H.-F. Spies

## Fatale Folgen für die spezialisierte medizinische Versorgung

Der neue EBM ist auf betriebswirtschaftlicher Basis kalkuliert und setzt einen Punktwert von 5,11 Cent voraus. Jede Leistung hat einen kalkulatorischen Anteil für den Arztlohn (AL) und einen kalkulatorischen Anteil für Kosten und Investitionen (TL). Was passiert, wenn der Punktwert niedriger ausfällt, zeigt die folgende überschlägige Rechnung:

Jährlicher **Arztlohn** entsprechend den Kalkulationen der KBV: **90.000 Euro**  
 Notwendiger **Umsatz** bei einem Kostenanteil (TL) von 50 Prozent: **180.000 Euro**  
 Für die **Kosten** des TL sind also jährlich aufzuwenden: **90.000 Euro**

Darin sind bei dieser Rechnung auch die Rücklagen für Reinvestitionen bzw. die Tilgung und die Zinsen für die per Darlehen finanzierten Investitionen enthalten. Andernfalls wären Neuinvestitionen nicht mehr möglich. Die Rechnung geht auch davon aus, dass der Anteil für Kosten und Reinvestitionen an den Leistungen der Praxis im Schnitt bei 50 Prozent liegt. Die Rechnung geht bei einem Punktwert von 5,11 Cent natürlich auf, ganz so wie es die KBV kalkuliert hat. Schrumpft aber der Punktwert auf 4 Cent, bleiben vom **Umsatz** noch übrig: **141.000 Euro**

**Als Arztlohn bleiben dann noch übrig: 51.000 Euro**

Bei Praxen mit höherem TL und damit auch höheren Kosten sieht die Rechnung deutlich schlechter aus. Hier das Beispiel für eine Praxis mit 75 Prozent Kostenanteil, zunächst nach der Kalkulationsgrundlage der KBV.

Jährlicher **Arztlohn** entsprechend den Kalkulationen der KBV: **90.000 Euro**  
**Notwendiger Umsatz** bei einem Kostenanteil (TL) von 75 Prozent: **360.000 Euro**  
 Durch den TL verursachte jährliche Kosten: **270.000 Euro**  
 Schrumpft der Punktwert auf 4 Cent, bleiben vom **Umsatz** übrig: **281.000 Euro**

**Als Arztlohn bleiben dann noch: 11.000 Euro**

**Wissen ist Gelb.  
Denn auf CD-ROM habe ich alle Praxis-  
vorteile per Knopfdruck zur Verfügung.**



Andreas Bohm  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Buch, CD-ROM, Pocket-PC, Praxissoftware und Online.  
Das führende Arzneimittel-Informationssystem liefert Ihnen in jeder Situation schnell  
und sicher die gewünschten Antworten.

GELBE LISTE PHARMINDEX 2005.  
Alle 3 Monate neu, Online Updates 14-tägig.  
Bestellen Sie jetzt Ihr persönliches Informationssystem: 06102 502-263.  
[www.gelbe-liste.de](http://www.gelbe-liste.de) (Benutzername/Passwort: docinfo)



**mmi**  
Der Wissensverlag

# Britische Studien widerlegen Märchen vom deutschen Beutelschneider

Die Ärzte sind hierzuland als Großverdiener verschrien, werden bisweilen als Beutelschneider bezeichnet und sie zählen zu den bevorzugten Zielen der Sparpolitik im Gesundheitswesen. Dass die Verdienstmöglichkeiten im internationalen Vergleich gering sind, zeigen nun zwei Studien, die absolut nichts mit der – ohnehin eher ohnmächtigen – deutschen Ärztelobby zu tun haben. Sie wurden von NERA, einer britischen Unternehmensberatung, erstellt.

In England ist das Gesundheitswesen staatlich – trotzdem können die Kollegen dort durch Privatbehandlung einiges hinzuverdienen. In

einer der beiden Untersuchungen hat NERA verglichen, wie in England, USA, Kanada, Spanien, Australien und Deutschland eine Reihe ärztlicher Leistungen privat honoriert wird (1). Dazu gehörten operative Leistungen wie Hysterektomie, Operation einer Inguinalhernie, Einsetzen einer Hüftgelenksendoprothese, Hämorrhoidektomie, Tonsillektomie, Varizenoperation, Katarakt-Operation, Koronarbypass, aber auch die Endoskopie. Das Ergebnis lässt sich kurz und knapp zusammenfassen: In all diesen Disziplinen halten zwei Länder die roten Laternen: Kanada und – noch öfter –

Deutschland. Um einmal die Endoskopie herauszugreifen: Ausgedrückt in US-Dollar und jeweils kaufkraftbereinigt hat NERA in England 240 Dollar für die Endoskopie ermittelt, in den USA 338 Dollar, in Australien 279 und in Deutschland die GOÄ-typische Spanne von 73 bis 168 Dollar. Lediglich Kanada liegt mit 79 Dollar noch niedriger. Beim Koronarbypass ist Deutschland das Schlusslicht, in England liegt das Honorar beim Dreifachen des deutschen GOÄ-Satzes, wobei hier schon der höchste Steigerungsfaktor gerechnet wurde.

In einer weiteren Studie (2) haben die NERA-Berater alle

verfügbaren Daten über die Einkommen von Krankenhausärzten und Hausärzten in einer Reihe von Industrienationen gesammelt. Auch hier lässt sich das Fazit ziehen: Deutschland liegt immer am unteren Ende der Skalen, je nach Sektor und Betrachtungsweise liegen die Einkommen auf den Spitzenplätzen beim Zwei- bis Vierfachen der deutschen Arzteinkommen. Einige Details hierzu zeigt die unten stehende Tabelle.

Zwar sind solche internationalen Vergleiche etwas problematisch, weil die Datenquellen nicht immer ganz zuverlässig und die Rahmenbedingungen unterschiedlich sind. Aber die Tatsache, dass die deutschen Ärzte in allen Kategorien und in beiden Untersuchungen ausgesprochen schlecht abschneiden, zeigt doch ziemlich deutlich: Die Mär von den Gutverdienern im deutschen Gesundheitswesen kann hinten und vorne nicht stimmen.

BW

## Die Einkommen im internationalen Vergleich

Die britische Unternehmensberatung NERA hat aus verschiedenen Datenquellen jeweils den niedrigsten und den höchsten ermittelten Durchschnitt der Jahreseinkommen für Krankenhausärzte und Hausärzte angegeben (2). Die Tabelle zeigt Auszüge aus den NERA-Daten. Alle Werte in Dollar umgerechnet.

	Klinikärzte		Hausärzte	
	höchster Wert	niedrigster Wert	höchster Wert	niedrigster Wert
Australien	203.132	59.789	86.226	60.641
Dänemark	73.236	49.278	106.251	71.090
<b>Deutschland</b>	<b>56.455</b>	<b>35.465</b>	<b>71.443</b>	<b>–</b>
England	127.285	–	102.964	–
Frankreich	116.077	104.056	67.221	57.319
Italien	81.414	–	74.300	–
Kanada	154.315	117.197	117.191	81.017
Niederlande	175.155	64.053	92.226	57.064
Spanien	67.785	42.254	46.012	35.407
Schweden	56.816	56.534	61.221	56.816
USA	267.993	165.112	161.682	136.260

Quellen:

1: Fees For Medical Specialists: How does the UK compare? A Report for the Norwich Union Healthcare

2: Comparing Physicians' Earnings; A Final Report for the Department of Health

Beide Untersuchungen von:  
NERA – National Economic Research Associates  
15 Stratford Place  
London W1C 1BE

## Mietverträge

### Starre Renovierungsvorgaben sind nichtig

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass eine mietvertragliche Formalklausel unzulässig ist, die dem Mieter die Ausführung von Schönheitsreparaturen nach einem „starren“ Fristenplan auferlegt (Az.: VIII ZR

361/03). **Mieter müssen – auch bei der Vereinbarung fester Renovierungsfristen – ihre Wohnung nur dann renovieren, wenn dies tatsächlich erforderlich ist.**

Zulässig ist nach Ansicht des BGH eine Vereinbarung,

die Ausnahmen vom Fristenplan zulässt. Das Gericht verwies in diesem Zusammenhang auf einen in der Praxis weit verbreiteten Mustermietvertrag des Bundesjustizministeriums. Danach haben Schönheits-

reparaturen „im Allgemeinen“ nach drei Jahren in Küchen und Bädern, nach fünf in Wohn- und Schlafräumen und nach sieben Jahren in Nebenräumen stattzufinden.

Quelle: LexisNexis Nr. 51638

# Praxisausfallversicherung: Top-Schutz zum Superpreis!

Jeder Arzt muss die Risiken einer möglichen Erkrankung selbst abschätzen. Das eigene Einkommen haben Sie vielleicht über eine Krankentagegeldversicherung abgesichert.

Aber was ist mit Ihren Praxiskosten? Die Löhne und Gehälter Ihrer Angestellten, Miete für Ihre Praxisräume, Finanzierungskosten etc., all dies ist von Ihnen auch im Krankheitsfall zu

zahlen! Die Krankentagegeldversicherung ersetzt in der Regel nur Ihr Nettoeinkommen. Allerdings müssen Sie als Praxisinhaber auch in Krankheitszeiten die gesamten Praxiskosten weiter zahlen! Der Ausfall Ihrer Person kann somit für Sie existenzgefährdend sein!

Deshalb ist der Abschluss einer Praxisausfallversicherung empfehlenswert.

## Was leistet eine Praxisausfallversicherung?

Die Ausfallversicherung übernimmt die versicherten Kosten Ihrer Praxis, wenn Sie selbst z.B. durch Krankheit oder Unfall nicht arbeiten können. Sie leistet ab dem ersten Tag, sofern die Arbeitsunterbrechung mit einem 48-stündigem Krankenhausaufenthalt beginnt. Für den Fall der ambulanten Erkrankungen können Sie zwischen einer Karenzzeit von 3, 7, 14, 21 oder 28 Werktagen wählen.

## Was kostet der Versicherungsschutz?

Unsere Tarife können Sie der nebenstehend aufgeführten Tabelle entnehmen. Gerne berechnen wir Ihnen auch ein individuelles Angebot nach Ihren Wünschen.

### Berechnungsbeispiel:

Der Praxisinhaber ist am 10.11.1960 geboren. Die Betriebskosten belaufen sich jährlich auf rund 140.000 Euro (ohne Gewinn). Aus Sicht des Inhabers ist eine Karenzzeit von 14 Werktagen sinnvoll.

Eintrittsalter: 45 Jahre (Beginnjahr 2005 – Geburtsjahr 1960 = 45)  
Karenzzeit: 14 Werktage  
Prämiensatz 6,5 ‰

Jährliche Prämie: 140.000 Euro x 6,5 ‰ =  
**910,00 Euro**  
(zzgl. Versicherungsteuer)

Falls Sie bereits über eine Praxisausfallversicherung verfügen, empfehlen wir Ihnen Ihre derzeitige Prämie mit unserem Angebot zu vergleichen. **Sie werden positiv überrascht sein!** Reduzieren auch Sie Ihre Praxiskosten und profitieren Sie von unseren günstigen Prämien!

## Ihr besonderes Steuer-Bonbon

Bei der Praxisausfallversicherung handelt es sich um keine Krankenversicherung, sondern um eine Sachversicherung. Daher besteht die Möglichkeit der steuerlichen Absetzbarkeit der Prämie als Praxisausgabe.

## Prämiensätze

nach gewählten Karenztagen, ambulant + stationär (Werktage: Montag – Freitag / Bundeseinheitliche Feiertage finden keine Berücksichtigung)

Netto-Prämiensätze in ‰ der Versicherungssumme

Eintrittsalter:	Karenzfrist in Tagen				
	3	7	14	21	28
bis 40 Jahre	9,9‰	8,1‰	5,8‰	4,6‰	3,8‰
41-50 Jahre	11,5‰	9,1‰	6,5‰	5,2‰	4,3‰
51-55 Jahre	12,7‰	10,1‰	7,2‰	5,8‰	4,8‰

Als Berechnungsgrundlage gilt das Kalenderjahr.

Bei Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften ist eine Karenzzeit von mindestens 14 Werktagen zu wählen.

☒ Bitte kopieren oder ausschneiden und faxen: Wir reagieren sofort! ☒ Bitte kopieren oder ausschneiden und faxen: Wir reagieren sofort!

## Info-Coupon

**Assekuranz AG**  
Internationale Versicherungsmakler  
5, rue C. M. Spoo · L-2546 Luxembourg  
Telefon (0 03 52) 297 101-1

Bitte per Telefax an:  
**(0 03 52) 297 101-36**

Der kompetente Ansprechpartner zahlreicher  
Ärzteverbände: **Die Assekuranz AG**

Die Assekuranz AG betreut bereits seit rund 25 Jahren als Versicherungsmakler Berufsverbände und Kammern. In Zusammenarbeit mit international renommierten Versicherungspartnern bieten wir unseren Kunden individuell zugeschnittene Konzepte nach Maß. Versicherungsschutz von der Stange kommt für uns nicht in Frage. Wir arbeiten mit internationalen Experten zusammen, um speziell für Ihre Bedürfnisse qualitativ hochwertige Versicherungsprodukte preisgünstig zu entwickeln. Profitieren auch Sie von dem Know-How und den **Sonderkonditionen** der Assekuranz AG.

Ja, ich habe Interesse an der **Praxisausfallversicherung** der Assekuranz AG.

Außerdem interessiere ich mich für:

- Berufshaftpflichtversicherung     Private Haftpflichtversicherung  
 Private Altersversorgung     Praxisinventarversicherung  
 Berufsunfähigkeitsversicherung     Unfallversicherung  
 Krankenversicherung     Arzt-Rechtsschutz-Paket  
 Kfz-Versicherung     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gerne informieren wir Sie über Ihre Möglichkeiten zur Beitragseinsparung. Bitte nennen Sie uns den Zeitpunkt, wann unser Anruf für Sie am angenehmsten ist.

Mo.     Die.     Mi.     Do.     Fr.     Sa.

Ich bin unter folgender Nr.: \_\_\_\_\_

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr am besten zu erreichen.

Absender (ggfls. Praxisstempel) \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

## Zahlt die Rente doch gleich aus Steuergeldern!

Die Hiobsbotschaften für die Rentenkassen in Deutschland reißen nicht ab. So werden wohl auch im nächsten Jahr die Rentenbezüge nicht steigen. Die Rücklagen dürften aber dennoch vermindert werden und das Finanzministerium muss ziemlich sicher auch weiterhin zur Finanzierung einspringen.

Gleichzeitig findet eine Diskussion über Beitragsgerechtigkeit in unserer Altersversorgung statt. Familien mit Kindern sind seit Jahrzehnten insofern benachtei-

ligt, als sie mit ihren Nachkommen einen ganz entscheidenden Beitrag zur Zukunftssicherung unseres Rentensystems leisten. Dies ist bisher nicht berücksichtigt worden und wird im Übrigen gerne verschwiegen. **Denn es macht dem letzten Bürger in Deutschland deutlich, dass wir im Prinzip keine Beitragszahlungen zur Rentenversicherung leisten, sondern dass hier eine Umlage erhoben wird. Die Sicherheit der Renten hängt somit**

**nicht von den im Laufe eines Lebens gezahlten Beiträgen, sondern von der Bevölkerungsstruktur des Landes ab.** Diese Erkenntnis, die schon seit Jahrzehnten bekannt ist, verbreitet sich jetzt zunehmend.

Die von den Bürgern in Deutschland gezahlten Beiträge werden nach dem Finanzbedarf der Rentenversicherung einerseits, aber vor allem nach politischem Geschmack festgesetzt. Für den Bürger hat deshalb diese Beitragszahlung zunehmend den Charakter einer Alterssteuer. Beitragswettbewerb, wie beispielsweise in der Krankenversicherung, gibt es bei der Rentenversicherung nicht. Das ganze läuft zwar noch unter dem Oberbegriff „Selbstverwaltung“. Aber gerade die jetzt anstehenden Sozialwahlen zeigen, dass das ganze zu einer Farce verkommen ist.

Erster Ansatz für eine Form auf dem Gebiet der Renten würde bedeuten,

dass man zu allererst dem Bürger gegenüber ehrlich sein muss. Man sollte ihm endgültig klar machen, **dass er hier keine Beiträge sondern eine echte Steuer bezahlt, die nur noch unter dem Etikett Rentenbeitrag politisch verkauft wird.** Warum soll man unter solchen Umständen nicht gleich zu einer steuerfinanzierten Altersrente in Deutschland kommen? Damit würde wohl auch endgültig der Verschiebebahnhof von Leistungen und Geldmitteln zwischen der Rentenversicherung und dem Fiskus beschlossen werden können. Andererseits würde ein kluges Steuersystem dafür sorgen können, dass die Benachteiligung der Familien mit Kindern bei unserer Altersversorgung durch ein kluges Steuersystem behoben werden könnte.

HFS



### KBV macht gemeinsame Sache mit AOK und Barmer Ersatzkasse

## Was geht uns Ärzte der Risikostrukturausgleich an?

Es hat viel Aufregung verursacht: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Barmer Ersatzkasse und die Allgemeine Ortskrankenkassen haben einen gemeinsamen Vorstoß unternommen: Sie fordern, dass weiter am Morbiditätsbezug innerhalb des Risikostrukturausgleiches gearbeitet wird.

Diese Solidarisierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Barmer und den Ortskrankenkassen hat in der Öffentlichkeit deswegen Erstaunen ausgelöst, weil sich die KBV und die KVEn zuvor wohlweislich aus dem Risikostrukturaus-

gleich herausgehalten haben. Wir erinnern uns, dass unter dem Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer der Risikostrukturausgleich eingeführt wurde, um bei dem Wettbewerb über Beitragshöhe zu vermeiden, dass sich die Kassen vor allem um die jungen Gesunden bemühen und sich nicht mehr um die Kranken kümmern. Die Morbidität der Versicherten wurde dabei allein am Alter und am Geschlecht festgemacht. Allen war klar, dass dies für eine vernünftige Bewertung der Versichertenstruktur nicht ausreicht, so dass man jetzt

nach Jahren versucht, den Risikostrukturausgleich unter Morbiditätsgesichtspunkten neu zu ordnen.

Seither hat sich die Kassenärztliche Vereinigung aus den Verteilungsdiskussionen zwischen den Krankenkassen vornehm herausgehalten. Diese haben nämlich bei Honorarverhandlungen immer dann versucht, die ärztliche Vergütung zu kürzen, wenn sie im Rahmen des Risikostrukturausgleiches Geld abgeben mussten. Die Krankenkassen, die das Geld erhalten haben, sind dagegen nie auf den Gedanken gekommen, den

Ärzten höhere Honorare anzubieten. Insofern ist die Diskussion über den Risikostrukturausgleich bei Honorarverhandlungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen immer ein Minusgeschäft gewesen, so dass es für KV-Vorsitzende immer klug war, die Krankenkassen mit diesem Problem zunächst alleine zu lassen und sich nicht auf Diskussionen über Zusammenhänge von Risikostrukturausgleich und ärztliches Honorar einzulassen.

Der Morbiditätsbezug spielt aber nicht nur beim Risikostrukturausgleich eine ►

Rolle. Im vorläufig letzten Reformgesetz, dem GMG, ist unter anderem die Teilauflösung der Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung

im Jahre 2007 an einen Morbiditätsbezug der Regelleistungsvolumina geknüpft. Insofern stand der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bun-

desvereinigung, Dr. Andreas Köhler, vor der schwierigen Entscheidung, sich weiter beim Risikostrukturausgleich aus der Diskussion herauszuhalten, oder Partei für die Krankenkassen zu ergreifen, die an einer Definition des Morbiditätsbezugs interessiert sind. Er hat sich für letzteres entschieden.

Dennoch steht die Einführung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches auch aus anderen Gründen in den Sternen. Eine solche Lösung ist nur denkbar, wenn auch im Krankenhaus die DRG als morbiditätsbezogene Vergütung eingeführt werden. Nach den letzten gesetzlichen Regelungen ist damit aber nicht vor 2009 zu rechnen.

Damit wird verständlich, warum die Gerüchte nicht

verstummen wollen, dass die im Jahre 2007 vorgesehene Öffnung der Budgetierung für die Vertragsärzte nicht kommen wird, sondern zumindest bis zum Jahre 2009 verschoben werden muss.

Man kann davon ausgehen, dass der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung diese Situation kennt und mit seiner Allianz mit der Barmer Ersatzkasse und der Allgemeinen Ortskrankenkasse einen letzten Versuch unternommen hat, den Morbiditätsbezug noch zu retten, unabhängig von seinem Einführungsdatum. Dr. Andreas Köhler ist nicht nur bei dieser Frage um seine neue Aufgabe nicht zu beneiden.

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

### Sozialgericht hat entschieden

## Arzt darf Privatpatienten bevorzugen

Ein niedergelassener Augenarzt hatte Kassenpatienten bei der Terminvergabe einige Monate warten lassen – Notfälle ausgenommen. Privatpatienten bekamen dagegen direkt einen Termin. Deswegen hatte er von seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Verweis bekommen, sie sah hier einen Verstoß gegen die Berufspflichten. Die Sache landete vor dem Sozialgericht

Düsseldorf und das entschied: Ärzte dürfen ihre Praxis durchaus nach Leistungsvermögen und Budgetkapazität organisieren, solange sie ihre Berufspflichten dabei nicht verletzen. Das Gericht machte auch klar, wo die Grenze liegt: Kassenpatienten dürfen in diesem Zusammenhang nicht zur Privatbehandlung gedrängt werden.

red

### Integrierte Versorgung macht mehr Arbeit

## Dem medizinischen Dienst kommt das Grausen

Alle haben sich an unser Gesundheitswesen gewöhnt. Das Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung mit Sicherstellungsaufträgen und Budgets zu arbeiten, hat auch bei der Verwaltung der Krankenkassen und beim Sozialmedizinischen Dienst Spuren hinterlassen. Alle haben das System so verinnerlicht, dass ohne den Begriff Budget an eine Diskussion im

Gesundheitswesen im Prinzip nicht mehr zu denken ist. Die Verwaltungsvorgänge sind eingefahren und können nach bestimmten Schemata abgewickelt werden. Die Innovationen des GMG haben aber auch vor diesen Strukturen offensichtlich nicht Halt gemacht. So hat der Chef der sozialmedizinischen Expertengruppe Versorgungsstrukturen der MDK-Ge-

meinschaft, Dr. Michael Dziuk, festgestellt, dass offensichtlich die Integrationsverträge für alle Beteiligten wenig transparent, aufwändig, kompliziert und Risiko behaftet bleiben.

Er hat wohl auch entdeckt, dass jede Innovation, und dazu gehören die Integrationsverträge, in unserem Gesundheitswesen Flexibilität und Engagement von den Mitarbeitern

verlangen. Hier fällt tatsächlich Mehrarbeit an, die auch vom medizinischen Dienst geleistet werden muss. Wir wollen doch hoffen, dass die Erneuerungen im Gesundheitswesen nicht ausgerechnet aus der Ecke des medizinischen Dienstes ausgebremst werden, nur weil hier ein größeres Engagement als seither eingefordert wird.

HFS

### Medizinischer Dienst der Krankenkassen

## 525 Millionen Euro Verwaltungskosten

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) als medizinischer Begutachtungs- und Beratungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie auf Bundesebene der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen, weist in den

Rechnungsergebnissen für das Jahr 2003 rund 525 Millionen Euro Gesamtverwaltungsaufwand aus. Dieser Betrag wird je zur Hälfte von der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse getragen. Die Finanzierung erfolgt durch eine Umlage, die für jedes Mitglied der Kranken- und Pflegeversiche-

rung erhoben wird. Der MDK und der MDS sind eigenständige Arbeitsgemeinschaften, die bundesweit 17 Hauptverwaltungen und rund 330 Beratungsstellen unterhalten. Bei den Medizinischen Diensten arbeiten 7.100 Mitarbeiter, darunter 2.100 Ärztinnen und Ärzte, rund 1.200 Pfle-

gefachkräfte, 3.000 Assistenz- und Sekretariatskräfte und 700 Verwaltungskräfte. Dies teilte der Geschäftsführer des MDS, Dr. rer. oec. Peter Pick, Essen, mit.

Aus: A+S aktuell, 9/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

## Hände weg von der GOÄ!

Auf dem Deutschen Ärztetag in Berlin hat die Diskussion über die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte breiten Raum eingenommen. Allseits wurde beklagt, dass sich das derzeitige Leistungsspektrum in keinem Fachgebiet in der Gebührenordnung mehr abbildet, und dass die Bewertungen schon lange nicht mehr zeitgemäß sind. Die Forderung, die Gebührenordnung zu novellieren, liegt deshalb nahe und wird

auch lautstark vorgebracht. Inzwischen haben aber die Privatkassen bereits ihre Forderungen eingebracht. Ihnen sind die Kosten für die private Behandlung in den letzten Jahren ohnehin zu sehr angestiegen, und sie möchten bei einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte von der bisherigen Systematik der Einzeleisungsvergütung weg. Dabei denkt man insbesondere an die Komplexierung

der Leistung und an Pauschalierungen ganzer Leistungsbereiche. Hier hat offensichtlich die Systematik des neuen EBM Pate gestanden.

Die Einspardiskussion der öffentlichen Hand und die rein ökonomisch geprägte Debatte aller Lebensbereiche in unserem Land, wird auch vor der GOÄ nicht Halt machen, zumal der Staat wegen der Beihilfen selbst ein Interesse an einer „billigeren“ Privatab-

rechnung hat. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, um vorherzusagen, dass wir bei einer neuen GOÄ mit weniger Vergütung und vermehrten Bürokratieaufwand rechnen dürfen. Unter diesen Bedingungen kann man nur fordern: „Hände weg von der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte“. Da bleibt man doch wohl besser bei den seitherigen Regelungen.

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

### EBM 2000plus

## Reparaturarbeiten gehen weiter

Zwar nannte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler die Zwischenbilanz nach einem Monat Arbeit mit dem neuen EBM 2000plus „gar nicht schlecht“, aber er musste auf der Vertreterversammlung in Berlin einräumen, dass sich bereits nach vier Wochen einiger Änderungsbedarf abzeichnet.

Der EBM-Vater und seit Januar hauptamtlich angestellte KBV-Spitzenfunktionär versprach den Vertretern in Berlin, den Änderungsbedarf so zügig wie möglich abzuwickeln. Ein Überschütten der Vertragsärzte mit einer unüberschaubaren Flut von Detailänderungen lehnte er ab, schon aufgrund der schlechten Erfahrungen bei der Einführung des EBM 1996. Zunächst will sich die KBV auf die gravierenden Probleme konzentrieren, und die sehen so aus:

**Fach- und schwerpunktübergreifende Gemeinschaftspraxen:** Die Restriktionen bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungskomplexe müssen gelockert werden. Dazu sind bereits Gespräche mit den

Krankenkassen aufgenommen worden.

**Berichtspflicht:** Die Ungleichbehandlung bei der Berichtspflicht soll abgeschafft werden. Es sei nicht vermittelbar, erklärte Köhler, dass z.B. der Gynäkologe zur Übermittlung der Befundkopie einer zytologischen Leistung an den Hausarzt verpflichtet ist, während der ausschließlich auftragnehmende Pathologe davon ausgenommen ist.

**Zeitpunkt der Berechnung von Leistungskomplexen:** Was passiert, wenn ein Leistungskomplex zum Ende eines Quartals erbracht ist und nur noch der Bericht darüber aussteht? Der Leistungskomplex wäre dann nach den allgemeinen Bestimmungen noch nicht abrechnungsfähig. Köhler versprach: „Wir werden das praktikabel gestalten.“

**Belegärztliche Leistungen:** Insbesondere bei belegärztlichen Operationen ist die als Übergangslösung mit den Krankenkassen vereinbarte Abstufung des belegärztlichen Abschlags von den Leistungen des Abschnitts 31.2 laut Köhler

noch nicht die Lösung der Probleme. Eine Lockerung der Abrechnungsausschlüsse bei der postoperativen Nachsorge sowie die Vereinfachung der Abrechnungsbestimmungen und eine Änderung des Zeitpunkts der Abrechnung der postoperativen Behandlungskomplexe ist nach seinen Worten erforderlich. Eine grundlegende Neugestaltung der Abrechnung belegärztlicher Leistungen soll ab 1. Januar 2006 in Kraft treten. Geplant ist ein eigenes Kapitel für belegärztliche Leistungen im EBM.

**Notfalldienst:** Vor allem in ländlichen Regionen kommt es häufig zu mehrfachen Arzt-Patienten-Kontakten pro Behandlungsfall im Notdienst. In diesen Fällen muss es ermöglicht werden, sagte Köhler, dass der Ordinationskomplex auch mehrfach abgerechnet werden kann und die Inanspruchnahme zur Unzeit entsprechend honoriert wird. Probleme bei der Vergütung von Notfalldiensten werden auch aus speziell dafür eingerichteten Anlaufpraxen gemeldet. Das bedarf laut Köhler ebenfalls

einer gründlichen Prüfung und gegebenenfalls Änderung.

In seinem Bericht verkümmerte sich der KBV-Chef nicht einen Hieb gegen die Schmerztherapeuten, die in der Öffentlichkeit gegen den neuen EBM protestiert hatten, ohne sie direkt beim Namen zu nennen: Nur weil ein bestimmtes Fachgebiet sich für die breite Öffentlichkeit als besonders interessant und geeignet zeige, werde es nicht gegenüber den anderen Fachgebieten bevorzugt werden. Berechtigte Forderungen würden natürlich berücksichtigt.

Alles in allem erklärte er den neuen EBM als unverzichtbaren Schritt auf dem Weg zur Ablösung des Honorarbudgets. Nur mit einem auf sauberer betriebswirtschaftlicher Basis kalkulierten EBM sei es möglich, das Konzept der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen umzusetzen. Mit dem EBM und den geplanten morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen werde das starre, unflexible und absolut untragbare Honorarbudget wegfallen, ver- ►

sprach er. Der Weg dahin sei aber noch ziemlich weit und dornenreich, gab er ehrlich zu.

Der Ärzteschaft wird es schwer fallen, gegenüber der Politik klar zu machen, warum sie den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ablehnt und gleichzeitig morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumen fordert. Köhler erklärte in Berlin, dass am Termin der Einführung der Morbi-RLV zum 1. Januar 2007 festgehalten werde.

Im Jahr 2006 werde auf der Grundlage der Daten von rund 30 Millionen Versicherten die Anwendung von morbiditätsbezogenen Regelleistungsvolumen simuliert. Danach könnten die KVen im 4. Quartal 2006 morbiditätsgewichtete Gesamtvergütungen für das Jahr 2007 berechnen.

Aber eines sei nicht machbar: die Morbi-RLV auf der Ebene der Arztpraxen bis zum 1. Januar 2007 anwendungsreif zu gestalten. Die KBV fordert deshalb eine

Verschiebung um mindestens ein Jahr, mit Weitergeltung der bestehenden Regelung bis dahin. Gleichzeitig fordert sie, die vorgesehene Erprobungsphase unter Budgetbedingungen durch eine Konvergenzphase zu ersetzen. Dann könnten die Zahlungsmodalitäten unter Berücksichtigung der Morbidität in drei Schritten bis zum 1. Januar 2009 angepasst werden. Damit werde vermieden, dass Vertragsärzte sich innerhalb kurzer Zeit zweimal einer

grundlegenden Umstellung der Honorarverteilung unterwerfen müssen.

Köhler meinte optimistisch: „Das Ziel ist erreichbar.“ Doch dazu braucht die KBV Verbündete, vor allem bei den Krankenkassen, ebenso im Bewertungsausschuss und in der politischen Lobbyarbeit. Das aber bedeutet für die Vertragsärzte: Der Abschied vom Budget steht vorerst noch in den Sternen.

ks

## Steuer und Finanzen

# Voller Vorsteuerabzug für betrieblich veranlasste Bewirtungskosten

Der Bundesfinanzhof urteilt in seiner Entscheidung vom 10. Februar 2005, dass entgegen der gesetzlichen Regelung für betrieblich veranlasste Bewirtungskosten der volle Vorsteuerabzug begründet ist.

Die Regelung in § 15 Abs. 1 a Nr. 1 des UStG 1999 § 4 Abs. 5 Nr. 2 des EStG, nach der der Vorsteuerabzug für betrieblich veranlasste Bewirtungskosten ab 1999 nur zu 80 % zulässig war, ist nach dem Urteil des Bundesfinanzhofes mit

dem Gemeinschaftsrecht nicht vereinbar und findet deswegen keine Anwendung. Solche Aufwendungen berechtigen daher im vollen Umfang zum Vorsteuerabzug. Die Sechste Mehrwertsteuerrichtlinie erlaubt es den Mitgliedsstaaten nämlich nicht, den Vorsteuerabzug, der bei Inkrafttreten der Richtlinie nach nationalem Recht möglich war, später im nationalen Alleingang einzuschränken. Dies ist in Deutschland aber im Jahre

1999 geschehen. Mittlerweile ist sogar nur noch ein Vorsteuerabzug von 70 % gesetzlich zulässig, was nach dem vorliegenden Urteil des Bundesfinanzhofes mithin auch hinfällig ist.

Aufgrund des Wortlauts des Artikels 17 Abs. 6 der Sechsten Mehrwertsteuerrichtlinie und der dazu bereits vorliegenden Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaft in Luxemburg hatte der Bundesfinanzhof keine Zweifel daran, dass

die Beschränkung des Vorsteuerabzugs für betrieblich veranlasste Bewirtungsaufwendungen nach § 15 Abs. 1 UStG gemeinschaftsrechtswidrig ist. Er sah deshalb von einer erneuten Vorlage an den EuGH ab.

Das Urteil betrifft lediglich den Umfang des Vorsteuerabzuges, es ändert nichts daran, dass die betrieblich veranlassten Bewirtungsaufwendungen weiterhin angemessen und nachgewiesen sein müssen.

Rü

## Expertise aus dem Bundestag zu freiwillig Versicherten

# Beitragsregel für Selbständige verfassungswidrig?

Verstößt die Beitragsbemessung bei Selbständigen, die freiwillig gesetzlich krankenversichert sind, gegen das Grundgesetz? Womöglich. Das ist jedenfalls einer internen Expertise des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags zu entnehmen, die der CDU-Mittelstandspolitiker Marco Wanderwitz angefordert hatte. Was ein Selbständiger an

Krankenkassenbeitrag zu zahlen hat, richtet sich nach dem Steuerbescheid des Vorjahres. Stellt sich am Ende des Beitragsjahrs heraus, dass der Verdienst über dem des vergangenen Jahres lag, darf die Kasse Beiträge nachfordern. Im umgekehrten Fall bekommt der Selbständige aber laut Anweisung des Bundesversicherungsamts keine Bei-

träge rückerstattet. Laut Gutachten wird daher die „Verfassungsmäßigkeit“ dieser Regelung angezweifelt.

Bei einer früheren Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss des BVerfG 1 BvL 4/96), nach der es rechtens ist, unterschiedliche Mindestbeiträge für Selbständige – ohne Härteklausein – fest-

zusetzen, hatten die Richter jedoch argumentiert, dass bei Selbständigen das Einkommen oft schwer zu ermitteln sei und das „Unternehmerisiko“ eines hauptberuflich Selbständigen nicht über die Beitragsbemessung auf die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten abgewälzt werden dürfte.

Aus: dgd, 4/2005

## „Die Politik interessiert nicht, wie die Praxisgebühr genau wirkt“

Seit Monaten streitet die Bundesregierung ab, dass vor allem Einkommensschwache wegen der Praxisgebühr seltener zum Arzt gehen. **Erste Studien unterstreichen jedoch längst, dass sozial schwächere Gruppen deutlich weniger den Arzt aufsuchen.** Das wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) hat herausgefunden, dass seit Januar vor einem Jahr im Mittel etwa acht Prozent weniger Arztbesuche zu verzeichnen sind.

Das deckt sich mit allen bisher vorliegenden Schätzungen von Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem gesamten Bundesgebiet. Bei den sozial Schwachen ist der Anteil laut WIdO hingegen doppelt so hoch. **Folglich steigt mit sinkendem Ein-**

**kommen die Zahl derer, die nicht mehr zum Arzt gehen.**

Am heftigsten trifft es die Fachärzte mit einem Minus von durchschnittlich mehr als zehn Prozent, während der Fallzahlenrückgang bei Hausärzten in der Regel darunter liegt. Nicht so in München. Dort waren die Hausärzte nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) im dritten Quartal mit 14,7 Prozent weniger Patienten am stärksten betroffen. Doch was Gewerkschafter wie das geschäftsführende Vorstandsmitglied der IG Metall, Kirsten Rölke, als „bedenkliche Entwicklung, die nicht schön zu reden ist“, kritisieren und damit mehreren KVen und Krankenkassen landauf, landab Recht geben, sind für die Regierung bislang nur „gelegentliche Behauptungen“.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) **verteift sich darauf zu widersprechen**, Versicherte verzichten wegen der Praxisgebühr auf notwendige Arztbesuche. Als angeblichen Beweis führt sie an, „**die nach wie vor zweistelligen Zuwachsraten im Bereich Prävention und Früherkennungsmaßnahmen**“ zeigten, dass Versicherte nicht aus finanziellen Gründen auf „gesundheitliche gewünschte Arztbesuche (...) verzichten“, sondern diese „**zugenommen haben**“.

(...) Die schärfste Kritik am BMGS kommt aus dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.<sup>1</sup> Ratsmitglied Professor Dr. Rolf Rosenbrock, Beiratsvize der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,<sup>2</sup> wirft

Rot-Grün vor: **„Die Einführung der Praxisgebühr (...) wird nicht wissenschaftlich begleitet. Die Politik hat offenbar kein Interesse, über die Wirkungen von gesetzlichen Regelungen unterrichtet zu werden“** (vergleiche KV-Blatt 09/04 der KV Berlin). Derweil klagt die KBV über die bürokratischen Lasten, und der Widerstand gegen die Gebühr wächst.<sup>3</sup>

Aus: dgd, 1/2005

1. <http://www.svr-gesundheit.de>
2. <http://www.bzga.de>
3. <http://www.kvsh.de>

**Anmerkung der BDI-aktuell-Redaktion:** Dass eine **verweigerte Praxisgebühr** von den KVen **nur mit exorbitanten Verlusten eingeklagt werden kann**, verdeutlicht auch aus einer ganz anderen Richtung, **wie wenig durchdacht dieses Konstrukt ist.**

### Nebenwirkung

## Historisch niedriger Krankenstand senkt Lohnkosten

Der Krankenstand ist im vergangenen Jahr auf 3,4 Prozent und damit auf das niedrigste Niveau seit Einführung der Lohnfortzahlung im Jahre 1970 gesunken. In 2003 war der Krankenstand erstmals unter vier Prozent gesunken und lag im Jah-

resdurchschnitt bei 3,6 Prozent. In den siebziger Jahren lagen die Krankenstände bei über fünf Prozent, in den achtziger Jahren zwischen 5,7 und 4,4 Prozent. Nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS) dürfte der

Rückgang des Krankenstandes in 2004 die Kosten der Lohnfortzahlung um etwa eine Milliarde Euro vermindert haben, nachdem das Vorjahr eine Entlastung von 1,5 Milliarden Euro gebracht hatte. Auch die Aufwendungen der Krankenkassen für

das Krankengeld sind nach Darstellung des BMGS in den ersten drei Quartalen deutlich um 9,6 Prozent (511 Millionen Euro) gesunken.

Aus: A+S aktuell, 1/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

### ACE-Hemmer, AT<sub>1</sub>-Blocker, retardiertes Verapamil

## Was schützt die Diabetiker-Niere wirklich?

Die Nephroprotektion spielt bei hypertonen Diabetikern eine besondere Rolle. Drei neuere Studien werden im Berliner *Arzneimittelbrief* wie folgt zusammengefasst:

„Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker scheinen bei Typ-2-Diabetikern, wenn sie in

einer vergleichbar blutdrucksenkenden Dosis wie ACE-Hemmer über mehrere Jahre eingenommen werden, die Abnahme von glomerulärer Filtrationsrate (GFR) und die Proteinurie gleich günstig zu beeinflussen, während dies für Verapamil hinsichtlich

Proteinurie nicht der Fall ist. Für hypertensive Patienten mit Typ-2-Diabetes mit und ohne Nephropathie, die ACE-Hemmer ohne UAW vertragen, ist die Verordnung einer Substanz dieser Gruppe (oft in Kombination mit einem niedrig dosierten nicht-ka-

liumsparenden Diuretikum) auch aus Kostengründen eine gute und evidenzbasierte Entscheidung.“

Aus: Der Arzneimittelbrief Berlin, 12/2004,  
Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066,  
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

## Hochdosiertes Simvastatin bringt nicht viel

Hinweise, dass die frühzeitige Einnahme eines hochdosierten CSE-Hemmers bei akutem Koronarsyndrom die Häufigkeit vaskulärer Komplikationen senkt, ergaben sich aus der **Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering (MIRACL)**- und der **Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy (PROVE-IT)**-Studie,<sup>1,2</sup> in denen täglich 80 mg Atorvastatin (Sortis) mit Plazebo bzw. 40 mg Pravastatin (Pravasin u.a.) verglichen wurden.

Nun werden die Ergebnisse einer Studie zur frühzeitigen Hochdosistherapie mit Simvastatin (Zocor u.a.) publiziert. 4.497 Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die als Hochrisikopatienten eingeschätzt werden, nehmen randomisiert entweder einen Monat lang täglich 40 mg und anschließend täglich 80 mg Simvastatin ein (frühzeitige Hochdosistherapie) oder vier Monate lang Plazebo und danach täglich 20 mg Simvastatin (konservative Behandlung). 40% haben bei Einschluss einen ST-Hebungsinfarkt, die Hälfte leidet an arterieller Hypertonie und ein Viertel sind Diabetiker.<sup>3</sup>

In der konservativ behandelten Gruppe erleiden innerhalb von knapp zwei Jahren 16,7%, in der Hochdosisgruppe 14,4% der Patienten ein Ereignis des kombinierten primären End-

punktes (kardiovaskulärer Todesfall, Herzinfarkt, akutes Koronarsyndrom oder Insult). Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (95% Konfidenzintervall 0,76 bis 1,04;  $p = 0,14$ ). **Ein Trend zu Gunsten der intensivierten Behandlung zeigt sich für die Gesamtmortalität (sekundärer Endpunkt; 5,5% versus 6,7%) und für die kardiovaskuläre Sterblichkeit (4,1% versus 5,4%), nicht aber für Herzinfarkte oder erneutes akutes Koronarsyndrom.**<sup>3</sup>

Die Ereignisrate ist deutlich geringer als bei Studienplanung geschätzt. **Zudem brechen mehr als 30% der Studienteilnehmer die Behandlung ab**, doppelt so viele wie erwartet. Die Studie hat somit nicht die angestrebte Trennschärfe („Power“), einen Effekt nachzuweisen. Die real erreichte Risikoreduktion liegt jedoch ebenfalls unter den erwarteten Werten. Anders als in den mit Atorvastatin durchgeführten Studien lässt sich in den ersten vier Monaten nicht einmal ein Trend zu Gunsten der intensivierten Therapie erkennen. Erst in der darauf folgenden Zeit sinkt die Ereignisrate.<sup>3</sup>

Bei 0,9% (Hochdosis) bzw. 0,4% (niedrige Dosis) der Patienten steigen die Leberwerte auf mehr als das Dreifache der oberen Norm. Zehn Patienten, davon neun

in der Hochdosisgruppe (0,4%), entwickeln eine Myopathie mit Anstieg der Kreatinkinase (CV) auf mehr als das Zehnfache der oberen Norm, drei Patienten (Hochdosis) eine Rhabdomyolyse (nach Studiendefinition CK über 10.000 U/l).<sup>3</sup> Unveröffentlichte Daten weisen ebenfalls auf ein erhöhtes Myopathierisiko unter Simvastatin im Dosisbereich von täglich 80 mg bis 160 mg hin.<sup>4</sup> In MIRACL und PROVE-IT sollen dagegen unter 80 mg Atorvastatin pro Tag keine Rhabdomyolysen aufgetreten sein.<sup>1,2,4</sup>

**Hochdosiertes Simvastatin kann daher derzeit bei akutem Koronarsyndrom nicht empfohlen werden.** Dass die Ergebnisse **trotz LDL-Senkung um rund 50% im Vergleich zu Plazebo enttäuschend ausfallen**, kann dafür sprechen, dass in der Frühphase nach einem akuten Ereignis weniger die lipidsenkenden Eigenschaften der CSE-Hemmer für einen Nutzen wichtig sind, als vielmehr so genannte „pleiotrope“ Effekte auf Blutgerinnung, Gefäßendothel und entzündliche Vorgänge im Plaque. Für Atorvastatin besteht bei akutem Koronarsyndrom derzeit die bessere Datenlage.

### Zusammenfassung

■ **Bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom hat eine frühe, hochdo-**

**sierte Behandlung mit Simvastatin (bis 80 mg/Tag; Zocor u.a.) keinen günstigeren Einfluss auf kardiovaskuläre Todesfälle, Herzinfarkt, instabile Angina pectoris und Schlaganfall als eine verzögert einsetzende, niedrig dosierte Therapie.**

■ Unter hochdosiertem Simvastatin kommt es auffällig häufig zu Myopathien und Rhabdomyolysen.

■ Hochdosiertes Simvastatin kann beim derzeitigen Kenntnisstand nicht empfohlen werden. Hinweise auf den Nutzen eines hochdosierten Statins bei akutem Koronarsyndrom liegen bisher nur für 80 mg Atorvastatin (Sortis) vor.

■ Für Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit ändert sich die Nutzen/Risikoeinschätzung einer Behandlung mit Simvastatin in Standarddosis (40 mg täglich) nicht. Für diese Patienten bleibt Simvastatin neben Pravastatin (Pravasin u.a.) Mittel der Wahl.

(R = randomisierte Studie)

R 1 Schwartz, G.G. et al.: JAMA 2001; 285: 1711-8

R 2 Cannon, C.P. et al.: N. Engl. J. Med. 2004; 350: 1495-504

R 3 De Lemos, J.A. et al.: JAMA 2004; 292: 1307-16

4 Nissen, S.E.: JAMA 2004; 292: 1365-7

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

### In elf Jahren

## Drei Viertel der Kassen sind verschwunden

In nur elf Jahren ist die Zahl der Krankenkassen deutschlandweit um 77 Prozent geschrumpft. 13 Kassenfusionen gab es allein zum Jahreswechsel 2004/05, wie der Bundesverband der Be-

triebskrankenkassen meldet. Der Prozess sei Ausdruck der Anpassung an geänderte gesetzliche Vorgaben, ohne die für Wettbewerb und Wahlfreiheit nötige Pluralität monopolartigen

Strukturen zu opfern. Im Januar 1994 hatte es noch 1.146 Krankenkassen (darunter 706 BKKn) gegeben, heute sind es 267 (davon 210 BKKn). Der durchschnittliche Beitrags-

satz der zehn größten Kassen beträgt aktuell 14,3 Prozent, bei BKKn liegt er im Schnitt bei 13,9 Prozent.

Aus: dgd, 3/2005

## 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](http://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](mailto:rbornemann@bdi.de)

### Putting sleep apnea to rest

Alvi A, Lee SE.

Postgrad Med 2005 (January); 117: No1

[http://www.postgradmed.com/issues/2005/01\\_05/alvi.htm](http://www.postgradmed.com/issues/2005/01_05/alvi.htm)

### The risk of hemorrhagic complications in hospital in-patients who fall while receiving antithrombotic therapy

Bond AJ, Molnar FJ, Li M et al.

Thrombosis Journal 2005 (Jan 7); 3:1

<http://www.thrombosisjournal.com/content/3/1/1>

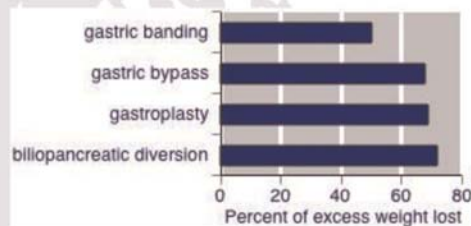
### Surgery for morbid obesity

Anon.

Bandolier 2004 (December); No 130

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band130/b130-5.html>

Figure 2: Average percentage of excess weight lost with four surgical techniques



Surgery also resulted in high rates of resolution or improvement in comorbid conditions like diabetes, hypertension, sleep apnoea, and lipid disorders (Table 1). In general, there were more substantial benefits with biliopancreatic diversion or duodenal switch, as for diabetes in Figure 3.

Table 1: Overall average resolution or improvement rates for comorbid conditions

Condition	Percent		
	Resolved	Resolved or improved	Improved
Diabetes	77	85	
Hypertension	66	82	
Obstructive sleep apnoea	88	81	
Hyperlipidaemia			93
Hypercholesterolaemia			87
Hypertriglyceridaemia			93

### Hospital rules-based system: The next generation of medical informatics for patient safety Wilson JW, Oyen LJ, Ou NN et al.

Am J Health Syst Pharm 2005 62: 499-505

<http://www.ajhp.org/cgi/content/full/62/5/499>

### Genetic causes of human heart failure

Morita H, Seidman J, Seidman CE.

J Clin Invest 2005 (March 1); 115: 518-26

<http://www.jci.org/cgi/content/full/115/3/518>

### Restenosis and drug-eluting stents

Winslow RD, Sharma SK, Kim MC.

Mt Sinai J Med 2005 (March); 72: 81-9

[http://www.mssm.edu/msjournal/72/72\\_2\\_pages\\_81\\_89.pdf](http://www.mssm.edu/msjournal/72/72_2_pages_81_89.pdf)

### Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and Alzheimer's disease risk: the MIRAGE Study Yip A, Green RC, Huyck M et al.

BMC Geriatr 2005 (Jan 12); 5: 2

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=546007>

### How well does B-type natriuretic peptide predict death and cardiac events in patients with heart failure: systematic review

Doust JA, Pietrzak E, Dobson A et al.

BMJ 2005 (March 19); 330: 625

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=554905>

### Urinalysis: a comprehensive review

Simerville JA, Maxted WC, Pahira JJ.

Am Fam Physician 2005 (March 15); 71: 1153-62

<http://www.aafp.org/afp/20050315/1153.html>

TABLE 1

#### Common Causes of Abnormal Urine Coloration

Color	Pathologic causes	Food and drug causes
Cloudy	Phosphaturia, pyuria, chyluria, lipiduria, hyperoxaluria	Diet high in purine-rich foods (hyperuricosuria)
Brown	Bile pigments, myoglobin	Fava beans Levodopa (Larodopa), metronidazole (Flagyl), nitrofurantoin (Furadantin), some antimalarial agents
Brownish-black	Bile pigments, melanin, methemoglobin	Cascara, levodopa, methyldopa (Aldomet), senna
Green or blue	Pseudomonas UTI, biliverdin	Amitriptyline (Elavil), indigo carmine, IV cimetidine (Tagamet), IV promethazine (Phenergan), methylene blue, triamterene (Dyrenium)
Orange	Bile pigments	Phenothiazines, phenazopyridine (Pyridium)
Red	Hematuria, hemoglobinuria, myoglobinuria, porphyria	Beets, blackberries, rhubarb Phenolphthalein, rifampin (Rifadin)
Yellow	Concentrated urine	Carrots Cascara

UTI = urinary tract infection; IV = intravenous.

Adapted with permission from Hanno PM, Wein AJ, Malkowicz SB. Clinical manual of urology. 3d ed. New York: McGraw-Hill, 2001:75.

### Oral analgesics for acute nonspecific pain Sachs CJ.

Am Fam Physician 2005 (March 1); 71: 913-8

<http://www.aafp.org/afp/20050301/913.html>

## Die neuesten Erkenntnisse zum metabolischen Syndrom

Am Sonntag, den 03.04.05 diskutierten und berichteten Experten zum Thema Adipositas und metabolisches Syndrom: eine interdisziplinäre Herausforderung. Prof. Andreas F. H. Pfeiffer (Berlin) hielt das Eingangsreferat zur Definition und Entstehung des metabolischen Syndroms.

Die abdominale Adipositas ist stärker mit metabolischen Risikofaktoren assoziiert als ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI). Die Körpergewichtskomponente des metabolischen Syndroms kann daher am besten durch einfache Messung des Taillenumfangs bestimmt werden.

Sind drei der Hauptkriterien erfüllt, ist die Diagnose metabolisches Syndrom zu stellen. Damit verknüpft ist ein vierfach erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Das metabolische Syndrom nimmt altersabhängig zu und findet sich in westlichen Industrienationen bei etwa 30-40 % der 60-jährigen Bevölkerung.

### Definition des metabolischen Syndroms

- **Abdominale Adipositas:**  
Taillenumfang bei Männern > 102 cm  
Taillenumfang bei Frauen > 88 cm
- **Triglyceride  $\geq 150$  mg/dl**
- **HDL-Cholesterin:**  
für Männer < 40 mg/dl  
für Frauen < 50 mg/dl
- **Blutdruck  $\geq 130/\geq 85$  mmHg**
- **Nüchternblutglukose > 110 mg/dl**

Inzwischen aber auch bei Kindern, da Adipositas und Bewegungsmangel in diesem Alter zunehmen.

Die Entstehung des metabolischen Syndroms ist eng verknüpft mit der Adipositas, insbesondere abdominale Adipositas, und dem Phänomen der Insulinresistenz. Zwei Hauptkomponen-

ten scheinen hierzu wesentlich beizutragen:

- Einerseits eine vermehrte Zytokin-Produktion aus dem Fettgewebe und andererseits eine vermehrte Fetteinlagerung in Nicht-Fettzellen, insbesondere die Skelett- und Muskelzellen, Hepatozyten, Endothelzellen und Betazellen. Die Zytokin-Produktion von Interleukin-6, Interleukin-1-Beta, TNF-Alpha und anderen nimmt mit dem Körpergewicht zu, bedingt erhöhte CRP-Werte und ist unmittelbar mit einer Zunahme des Diabetes und des kardiovaskulären Risikos verknüpft. Zytokine scheinen eine direkte Schädigung von Betazellen und Endothel zu bedingen, ein detailliertes Verständnis der Zytokin-Wirkung fehlt allerdings noch. In welchem Ausmaß es mit Zunahme des Körpergewichts zu einer vermehrten Zytokin-Produktion kommt, hängt im Wesent-

mellitus. Mit der Fetteinlagerung in den Hepatozyten einhergehend ist eine Insulinresistenz der Leber mit erhöhter Glukoneogenese und verminderter Glukogenspeicherung.

Fettzellen produzieren darüber hinaus eine Vielzahl weiterer Faktoren wie Komponenten des Renin-Angiotensin-Systems und den Fibrinolysehemmer PAI-1, die sowohl die Hypertonie wie

Erzielt man mit einem solchen Basisprogramm nicht mindestens 5 kg Gewichtsreduktion in drei Monaten, kann die adjuvante Gabe eines Medikamentes in Erwägung gezogen werden – dies gilt für Patienten mit einem BMI über 30 kg/qm bzw. über 27 kg/qm und begleitenden Risikofaktoren bzw. assoziierten Erkrankungen. Ausgeschlossen sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Patienten über 65 Jahre, bei denen keine

### Medikamente zur Gewichtsreduktion

<b>Orlistat (Xenical)</b>	Lipaseinhibitor
<b>Sibutramin (Reductif<sup>®</sup>)</b>	Wiederaufnahmehemmer von Serotonin und Noradrenalin

die Fibrinolysestörung erklären können.

### Medikamente erst nach dem Basisprogramm

PD Dr. Andreas Hamann (Bad Nauheim) setzte sich kritisch mit der modernen Pharmakotherapie der Adipositas auseinander. Eine medikamentöse gewichtsreduzierende Behandlung sollte entsprechend den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) erst dann eingesetzt werden, wenn ein mindestens dreimonatiges Basisprogramm absolviert wurde; das Basisprogramm beinhaltet Beratung und Schulung

bzw. nur unzureichende Erfahrungen mit der medikamentösen Gewichtsreduktion bestehen.

Der Einsatz beider Substanzen erhöht die Chance, das therapeutische Ziel von 5 % bzw. 10 % Gewichtsverlust zu erreichen. Es finden sich erhebliche interindividuelle Unterschiede im Ansprechen auf die Therapie mit Orlistat und Sibutramin: nimmt ein Patient nicht mindestens 2 kg im ersten Monat unter der medikamentösen Therapie ab, sollte gemäß den Empfehlungen der Leitlinie die Verordnung nicht fortgesetzt werden.

### Erwartungen sind meist viel zu hoch

**Weder Orlistat noch Sibutramin stellen den entscheidenden Durchbruch in der Behandlung adipöser Diabetiker dar. Eine medikamentöse Senkung des Körpergewichts um deutlich mehr als 10 kg zusätzlich zur nichtmedikamentösen Thera- ▶**

bezüglich kalorienreduzierter Ernährung mit verminderter Fettanteil, Anleitung und Motivation zu vermehrter körperlicher Bewegung sowie verhaltenstherapeutische Hilfestellungen zur langfristigen Stabilisierung von veränderter Lebensweise und erzielter Gewichtsreduktion.

lichen von genetischen Faktoren ab.

- Die zweite Hauptkomponente scheint eine Einlagerung von Triglyceriden in Nicht-Fettzellen darzustellen. Die Fettleber oder NASH ist ein bekanntes Phänomen bei Übergewicht, metabolischem Syndrom und Diabetes

**pie, was für viele Adipöse sogar noch eher dem unteren Bereich der meist überzogenen Erwartungshaltung entspricht, ist gegenwärtig nicht in Sicht.**

Von den zahlreichen neuen Substanzen zur medikamentösen Adipositas-Therapie erscheint Rimonabant vielversprechend – es handelt sich um einen selektiven Cannabinoid-Rezeptor-(CB-1)-Antagonisten, der über einen im Wesentlichen zentralen Effekt zu einer signifikanten Gewichtsabnahme infolge Verminderung von Appetit und Nahrungsaufnahme führt. CB-1-Rezeptoren wurden auch im Fettgewebe identifiziert, so dass evtl. auch periphere Effekte für die Wirkung von Rimonabant eine Rolle spielen können.

Andreas Hauner betonte, daß eine pharmakologische Behandlung der Krankheit Adipositas nur Sinn macht, wenn sie in ein Gesamtkonzept von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie eingebettet ist.

Möglichkeit und Grenzen von körperlicher Aktivität als Strategie in der Prävention und Therapie der Adipositas wurden von Herrn PD Dr. med. Arno Schmidt-Trucksäss (München) sehr anschaulich dargestellt.

In den westlichen Industrienationen geht die tägliche körperliche Alltagsaktivität weiter deutlich zurück. Bewegungsmangel oder fehlende körperliche Aktivität liegen bei über 80 % aller Menschen über 30 Jahren vor – damit einhergehend kommt es zu einer Prävalenz der Adipositas mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko und Erhöhung des Krebsrisikos.

Der Stabilisierung des Körpergewichtes kommt also eine sehr große Bedeutung zu. Prospektive epidemiologische Studien haben gezeigt, dass eine erhöhte körperliche Alltagsaktivität oder

gezielte Mehraktivität mit einer verminderten Gewichtszunahme bzw. Gewichtsreduktion über einen Zeitraum von 10 Jahren assoziiert ist. Dies zeigt sich in Interventionsprogrammen bei übergewichtigen Menschen, die von einer erhöhten körperlichen Aktivität profitieren. Bleibt die erhöhte körperliche Aktivität allerdings nur auf die direkte Interventionsphase beschränkt, hat dies langfristig hinsichtlich der nachfolgenden Gewichtsentwicklung keine positive Bedeutung.

Im Vordergrund steht also die regelmäßige Bewegung im täglichen Leben und nicht die sportliche Leistung unter Wettkampfbedingungen. Körperliche Aktivität kann am Arbeitsplatz, zu Hause oder auch in öffentlichen Gebäuden in das Bewegungsprogramm eingebaut werden.

Unabhängig vom Körpergewicht sind die günstigen Effekte körperlicher Aktivität auf kardiovaskuläre Risikofaktoren zu berücksichtigen. Körperliches Training hat einen Einfluss auf die Endothel-Dysfunktion bei Patienten mit KHK, günstige Effekte auf die Koronar-Morphologie und auf die Entzündungskonstellation.

Arno Schmidt-Trucksäss unterstrich die Bedeutung der Intensivierung körperlicher Aktivität in zukünftigen Präventions- und Interventionsprogrammen.

### Was bringt Low Carb?

Herr Prof. H. Hauner (München) nahm Stellung zur Frage der leitliniengerechten Strategie der Adipositas-Therapie: Hat „Low Carb“ einen Platz in der Behandlung?

Seit über 30 Jahren wird von den Fachgesellschaften empfohlen, möglichst wenig tierisches Fett, dafür aber reichlich Kohlenhydrate zu

verzehren; empfohlen wird üblicherweise ein tägliches Energiedefizit von 500-800 kcal., dieses Defizit soll vor allem durch eine Reduktion der Nahrungsfette erreicht werden. Entsprechend den Leitlinien ist damit eine Senkung des Ausgangsgewichtes um 5-10 % innerhalb von 6 Monaten möglich.

Studien aus den letzten zwei Jahren an adipösen Patienten konnten jetzt aber zeigen, dass das Körpergewicht unter kohlenhydratarmer Ernährung stärker abnimmt als unter der empfohlenen konventionellen, fettreduzierten Diät – dies gilt allerdings nur für die ersten sechs Monate, nach einer Beobachtungsdauer von 12 Monaten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede mehr. Allerdings sanken in einer Studie un-

ter der Leitung von Frederick Samaha vom Philadelphia Veterans Affairs Medical Center (USA) durch die kohlenhydratarmer Ernährung (Atkins-Diät) die Triglyceride stärker und die HDL-Cholesterin-Konzentration verminderte sich weniger als durch fettarmes Essen, da das Energiedefizit dabei größer war.

### Gut für kurzfristige Gewichtsreduktion

Die bisher publizierten Studien zeigen, dass kohlenhydratarmer Diäten sich zur kurzfristigen Gewichtsreduktion eignen, derzeit gibt es jedoch keine kontrollierten Studien, die zeigen, dass kohlenhydratarmer Diäten auch ein erfolgreiches Halten des Gewichtes über Jahre ermöglichen. ▶

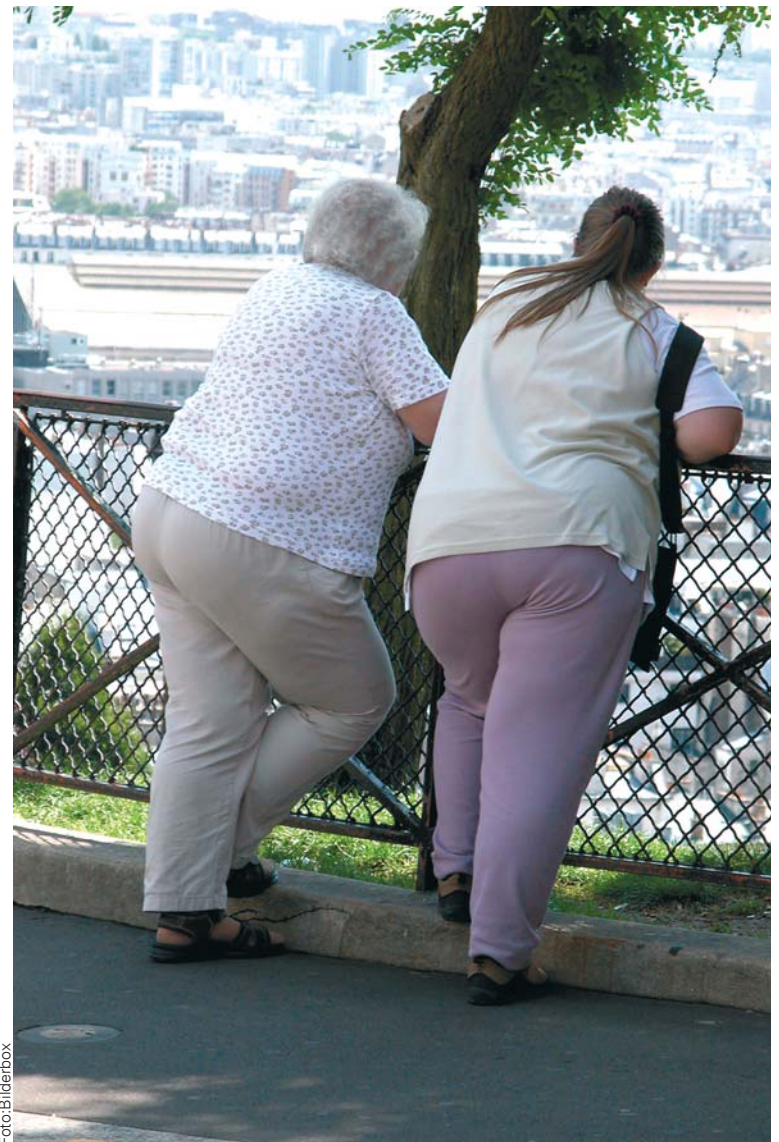


Foto: Bilderbox

**Der Bewegungsmangel nimmt zu und mit ihm die Prävalenz der Adipositas – mit allen bekannten Folgen**

Ebenso fehlen Daten zu Nebenwirkungen bei mittel- bis langfristiger Anwendung. Da kohlenhydratarme Diäten mit einer hohen Konzentration an gesättigten Fetten einhergehen und damit atherogen sind, bestehen hinsichtlich des LDL-Cholesterins besondere Bedenken.

### Ruhig mal verschiedene Methoden ausprobieren

Aufgrund der jetzt vorliegenden Studien erscheint eine „Low Carb-Diet“ auf lange Sicht keine Alternative zur „Low-Fat-Diet“ zu sein.

Hans Hauner schlägt vor, dass übergewichtige Patienten für die initiale Gewichts-senkung ruhig verschiedene Methoden zur Gewichtsreduktion ausprobieren können, um die persönlich effektivste Diät herauszufinden.

Konsequente Behandlungsstrategien der Dyslipidämie bei Adipositas und metabolischem Syndrom stellte Herr Prof. Dr. D. Müller-Wieland (Düsseldorf) vor.

Er betonte, dass die individuelle Therapieempfehlung auf der Berechnung des globalen koronaren Risikos basiert. Bei asymptomatischen Individuen mit Adipositas oder metabolischem Syndrom sollte zunächst geklärt werden, ob neben einer eventuellen koronaren Herzerkrankung andere klinische Formen arteriosklerotischer Gefäßveränderungen vorliegen (symptomatische Veränderungen der Carotiden, arterielle periphere Verschlusskrankheit, Bauch-aortenaneurysma) und es sollte nach anderen begleitenden kardiovaskulären Risikofaktoren gefahndet werden.

Ein hoher HDL-Cholesterin-Spiegel von über 60 mg/dl bzw. 1,55 mmol/l sollte in der Form bei der Therapie-

entscheidung berücksichtigt werden, dass in der entsprechenden Bilanz ein Risikofaktor abgezogen werden kann. Weiter zu berücksichtigen sind positive Familienanamnese (dies bezieht sich auf einen Herzinfarkt bei Verwandten 1. Grades im Alter unter 55 Jahren bei Männern und unter 65 Jahren bei Frauen), gegenwärtiges Zigarettenrauchen und Alter (Männer über 45 Jahre und Frauen über 55 Jahre).

Wesentlicher Zielwert bei der Therapie der Dyslipidämie ist das LDL-Cholesterin.

Bei Nichtdiabetikern mit Komponenten des metabolischen Syndroms wird zur Festlegung des therapeutischen Zielwertes des LDL-Cholesterins im Plasma das globale 10-Jahres-Risiko bestimmt (Errechnung z. B. aus den PROCAM-Daten, [www.chd-taskforce.de](http://www.chd-taskforce.de)).

- Bei einem Risiko über 20 % oder klinischer Manifestation arteriosklerotischer Gefäßveränderungen sollte ein LDL-Cholesterin-Spiegel im Plasma < 100 mg/dl (2,6 mmol/l) bzw. bei niedrigen Ausgangswerten eine Reduktion von mindestens 30-40 % erreicht werden.
- Bei einem Risiko zwischen 10 und 20 % oder mindestens zwei weiteren, oben angegebenen, kardiovaskulären Risikofaktoren wird ein LDL-Cholesterin-Spiegel von < 130 mg/dl (3,4 mmol/l) als Zielwert empfohlen.
- Individuen mit nur einem weiteren Risikofaktor haben meist ein Risiko < 10 %, demzufolge wird ein LDL-Cholesterin bis zu 160 mg/dl (4,1 mmol/l) akzeptiert.
- Falls ein klinisch manifester Diabetes mellitus vorliegt, wird dies bei den allermeisten Emp-

fehlungen als ein Risiko mit koronarem Äquivalent angesehen, d. h. es wird ein Zielwert für das LDL-Cholesterin von < 100 mg/dl (2,6 mmol/l) empfohlen.

Aufgrund neuer Studien ist kürzlich bei Hochrisikopatienten (z. B. akutes Koronarsyndrom oder KHK mit multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren) als therapeutisches Ziel ein LDL-Cholesterin-Spiegel < 70 mg/dl (1,8 mmol/l) als gerechtfertigte therapeutische Option bewertet worden.

### Therapeutisches Vorgehen bei Hyperlipidämie

Bestimmte Zielwerte für Plasmalipide sollten entsprechend des o. a. individuellen globalen kardiovaskulären Risikos durch nicht-medikamentöse oder pharmakologische Maßnahmen erreicht werden.

Zur Basistherapie gehört eine Gewichtsreduktion von 7-10 % des Körpergewichts über 6-12 Monate durch eine um 500-1.000 kcal. energiereduzierte Diät; dazu kommt eine Steigerung der körperlichen Aktivität in Form von moderater täglicher körperlicher Betätigung von mindestens 30 Minuten mit ggf. mehreren intermittierenden kurzen Belastungen von 10-15 Minuten Dauer.

Bei der medikamentösen Therapie gelten folgende praktische Empfehlungen:

- Bei einer Hypercholesterinämie mit Triglyceriden < 200 mg/dl sind Statine das Mittel der Wahl.
- Besteht eine ausgeprägte Hypertriglyceridämie, sollte nach Ausschöpfen der nichtpharmakologischen Maßnahmen zunächst mit einem Fibrat begonnen werden.

■ Bei einer kombinierten Hyperlipidämie, d. h. erhöhte LDL-Cholesterin- und Triglycerid-Spiegel über 150 mg/dl (1,7 mmol/l) ist das primäre Therapieziel die Senkung des LDL-Cholesterin-Spiegels in den Zielbereich bei paralleler Ausschöpfung der nichtpharmakologischen Maßnahmen; falls dann noch die Triglyceride bei über 200 mg/dl (2,3 mmol/l) liegen, sollte die Therapie z. B. mit einem Fibrat bei Hochrisikopatienten kombiniert werden.

■ Bei Kombination von Statinen (Einmalgabe am Abend) und Fibraten (Einnahme am Morgen) sollte das zugegebene Medikament zunächst in geringer Dosis vorsichtig titriert werden. Eine Kontrolle des CK-Wertes und der Transaminasen ist zunächst nach 3 bis 4 Wochen und danach in sechswöchigen Abständen für die ersten 3 bis 6 Therapiemonate zu empfehlen. Kontraindiziert ist die Kombination von Statinen mit Gemfibrozil. Neben einer Kombination mit einem Fibrat wird auch die kombinierte Behandlung eines Statins mit Niacin (besonders retardierte Form) empfohlen, insbesondere bei Patienten mit einer behandlungsbedürftigen Veränderung aller drei Lipidfraktionen, d. h. auch einem niedrigen HDL-Cholesterin-Spiegel.

### Das polyzystische Ovarialsyndrom

Abschließend berichtete PD Dr. O. E. Janssen (Essen) über die pathophysiologischen und therapeutischen Zusammenhänge zwischen polyzystischem Ovarialsyndrom und ►

metabolischem Syndrom; es handelt sich um eine der häufigsten endokrinologischen Erkrankungen, unter der in Deutschland etwa eine Million Frauen leiden.

Nach dem Rotterdam-Konsensus von 2003 liegt nach Ausschluss anderer endokriner Erkrankungen ein PCOS vor, wenn zwei der drei Kriterien: polyzystische Ovarien – Oligo- oder Anovulation – Hyperandrogenismus, erfüllt sind. Dieser großzügigen Definition entsprechend imponiert das PCOS als heterogenes Krankheitsbild mit unterschiedlich stark ausgeprägter Klinik. Als vierte Komponente findet sich bei der Mehrzahl der PCOS-Patientinnen auch eine Adipositas (Deutschland: mehr als 50 %, USA: mehr als 70 %) und noch häufiger, zum Teil sogar bei normalgewichtigen Patientinnen, eine Insulinresistenz (Deutschland: mehr als 70 %, USA: mehr als 90 %).

Aufgrund der prävalenten Adipositas und Fettstoffwechselstörungen findet

sich trotz eines jungen Durchschnittsalters um 27 Jahre schon bei über 30 % deutscher PCOS-Patientinnen ein manifestes metabolisches Syndrom (USA: mehr als 50 %).

Die Berücksichtigung der Insulinresistenz des PCOS eröffnet neue therapeutische Möglichkeiten.

Auch wenn die Insulinresistenz nicht die alleinige Ursache für die Entstehung eines PCOS darstellt, so verstärkt die begleitende Hyperinsulinämie durch eine Steigerung der ovariellen und adrenalen Androgen-Produktion den Circulus vitiosus des PCOS.

Die Erfolge der Metformin-Behandlung sind mittlerweile in über 40 internationalen Studien und diversen Metaanalysen dokumentiert. Metformin verbessert die Hyperandrogenämie, die Ovulations- und Schwangerschaftsrate und senkt das LDL-Cholesterin und den Blutdruck. Metformin verbesserte

auch in einigen Studien die Schwangerschaftsrate bei Clomifen-Induktion und im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation, gleichzeitig fand sich unter Metformin ein vermindertes Risiko für ein Überstimulationssyndrom und von Mehrlingsschwangerschaften.

### Metformin wirkt direkt am Ovar

Die positiven Effekte der Metformin-Therapie werden zum größten Teil auf die Senkung der Hyperinsulinämie zurückgeführt. Es konnte ein direkter Effekt des Metformins auf die ovarielle und adrenale Androgenbildung gezeigt werden. Erste Daten verschiedener Arbeitsgruppen zeigen, dass diese ovarielle und adrenale Komponente möglicherweise entscheidend ist, da auch nicht-insulinresistente PCOS-Patientinnen von einer Metformin-Gabe profitieren, zum Teil sogar mit

besserem Erfolg als adipöse Patientinnen.

Unter bestimmten Voraussetzungen und in der Hand von damit vertrauten Zentren ist Metformin bei einigen Indikationen (Adipositas, Akne, Kinderwunsch) trotz der fehlenden Zulassung daher international als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung des PCOS anerkannt.

Aufgrund fehlender Daten ist die Fortführung der Metformin-Gabe in der Schwangerschaft kontraindiziert.

Erste Studien zum Einsatz von Metformin bei schwangeren PCOS-Frauen ergaben keine erhöhten Raten an Entwicklungsverzögerungen oder Missbildungen der Embryonen oder Föten. Es zeigte sich sogar eine Reduzierung der Fälle von Gestationsdiabetes und Frühaborte.

Derzeit wird die Fortführung der Metformin-Gabe in der Schwangerschaft nicht empfohlen, kann aber im Ausnahmefall als Heilversuch und nur nach entsprechender Aufklärung in Zusammenarbeit von Gynäkologe und Internist bei Frauen mit bereits stattgehabtem Frühabort in Erwägung gezogen werden.

Prinzipiell eignen sich auch Glitazone zur Verbesserung der Insulinresistenz bei PCOS, sie sind aufgrund fehlender Daten bei Kinderwunsch aber nicht zu empfehlen und in der Schwangerschaft absolut kontraindiziert.

Abgerundet wurde die Vormittagssitzung von einer interessanten Kasuistik eines Patienten mit metabolischem Syndrom, die von Frau Dr. Alexandra Öffner (München) interaktiv mit TED-Abfrage vorgestellt wurde. Sie zeigte sehr schön, wie komplex die Therapiestrategien bei diesem Patientenkollektiv sein müssen.

Dr. med. Cornelia Jausch-Hanke



## Bürgerpauschale stieg um 62 Prozent

In der Diskussion um die Einführung von Gesundheitsprämien (Kopfpauschalen) im Zuge der GKV-Finanzreform wird gern auf das Modell Schweiz verwiesen. Dort besteht seit 1996 das Modell einer Grundversicherung für alle Bürger auf der Basis von „Bürgerprämien“. Die Grundversicherung erfolgt über eine nach Kasse und Kanton differenzierte Pauschale. Der Krankenversicherungsschutz kann durch freiwillige Zusatzversicherungen erweitert werden. Wie Bernhard Langer,

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg, auf einem Presse-seminar der VdAK/AEV-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen berichtete, ist das Schweizer Modell alles andere als nachahmenswert. Innerhalb von nur acht Jahren sei die Durchschnittsprämie um 62 Prozent gestiegen. Auch das Schweizer Modell sieht vor, untere Einkommen zu subventionieren, so dass kein Haushalt durch die Gesundheitsprämie mit mehr als acht Pro-

zent des zu versteuernden Einkommens belastet wird. Durchschnittlich werden Subventionsempfängern die Gesundheitsprämien zu 60 Prozent finanziert, so dass sie nur 40 Prozent der Prämie selbst bezahlen müssen. In den Jahren 1998 bis 2002 stieg aber auch unter Berücksichtigung dieses Personenkreises die mittlere verbleibende Prämienbelastung von 5,8 Prozent auf 7,2 Prozent des verfügbaren Einkommens. Diese Zahlen belegen die Kritik, die auch in der Diskussion um die Ein-

führung von Gesundheitsprämien nach dem Modell von CDU/CSU immer wieder geübt wird: Kopfpauschalen lösen nicht, sondern fördern die Ausgaben- oder staatlicherseits induzierten (versicherungsfremde Leistungen) Finanzprobleme der Kassen und führen zu einer schleichenden Mehrbelastung der Versicherten.

Aus: A+S aktuell, 7/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

### Private Versicherungen hauen auf die Pauke

## Dass die Kassen-Einnahmehasis schwindet, „ist ein Märchen“

Mit einem Paukenschlag macht das neu gegründete Wissenschaftliche Institut der PKV (Private Krankenversicherung) – kurz WIP – von sich reden. In seiner ersten veröffentlichten Studie versucht das WIP zu widerlegen, dass die konkurrierende gesetzliche Krankenversicherung (GKV) unter einer „erodierenden Finanzierungsbasis“ leidet.<sup>1</sup>

Im Gegenteil: Die GKV verfüge über eine solide Einnahmehasis, so die wissenschaftliche Untersuchung. Von einer bröckelnden Finanzierungsbasis „kann nicht gesprochen werden“. (...)

Denn, so die Studie: Das Volkseinkommen wuchs von 1991 bis 2002 um 30,8 Prozent, die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Versicherten stiegen im gleichen Zeitraum hingegen um 35,1 Prozent.

Damit werde deutlich, dass die GKV überproportional vom volkswirtschaftlichen Wachstum profitiert habe. Zwar führe die steigende Zahl Arbeitsloser unstreitig zu Problemen auf der GKV-Einnahmeseite, räumen die Studienautoren ein. Zugleich gebe es aber „auch deutlich kompensierende Effekte wie die zunehmende Zahl

Erwerbstätiger und der GKV-Mitglieder sowie eine Bemessungsgrenze, die schneller steige als sozialversicherungspflichtige Löhne“.

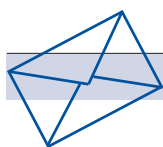
Wenn die GKV dennoch steigende Beitragssätze zu verzeichnen hat, sei das vor allem auf den rasant wachsenden Finanzierungsbedarf für die höheren Behandlungskosten eines größeren Anteils von Rentnern zurückzuführen, so die Untersuchung. Das Defizit für die Rentner belaufe sich aktuell mittlerweile auf jährlich 36 Milliarden Euro. Damit sei das

demographische Problem schon heute in der GKV angekommen.

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesfinanzministerium schlägt deshalb vor, jeden GKV-Versicherten zu zwingen, zusätzlich bei einem formal unabhängigen Anbieter einen Sparvertrag abzuschließen, der im Alter aufgelöst wird und dazu dient, die erwarteten Steigerungen der Beitragssätze abzudecken.

Aus: dgd, 1/2005

<sup>1</sup> [http://www.pkv.de/downloads/WIP\\_GKV-Beitrag.pdf](http://www.pkv.de/downloads/WIP_GKV-Beitrag.pdf)



### Leserbrief zum Beitrag „Steiniger Weg zum Facharzt für Innere Medizin“

## Sehr wirklichkeitsnah!

Zum Beitrag „Steiniger Weg zum Facharzt für Innere Medizin“ in BDI aktuell Nr. 5/2005, Seite 12 schreibt uns Dr. med. Klaus Remde, Weinheim:

Der Kollege braucht sich keine Sorgen zu machen, der Artikel könnte als Provokation empfunden werden. Er schildert doch sehr wirklichkeitsnah die Situation in der über-

wiegenden Zahl unserer deutschen Krankenhäuser. Mir scheint die Beschreibung jedenfalls in keiner Weise als überzogen. Wer sich dennoch provoziert fühlt, sollte seine

eigene Abteilung kritisch inspizieren. Sollte sich tatsächlich nichts zu verbessern finden, möge er seinen Ärger konstruktiv nutzen und anderen helfend als Vorbild dienen.

## Richtig kodieren – diverse Beispiele

### Beispiel 1:

Ein 60-jähriger Patient wird nach einer Synkope mit einer Bradyarrhythmia absoluta bei vorbekanntem chronischen Vorhofflimmern stationär aufgenommen. Der Patient steht unter Betablocker-Therapie. Anamnestisch sind eine chronische Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie und eine renale Anämie bekannt. Nach langjähriger oraler Antidiabetikatherapie ist der bekannte nicht primär insulinpflichtige Diabetes mellitus nach Gewichtsnormalisierung aktuell unter diätetischen Maßnahmen gut kompensiert. Nach einem apoplektischen Insult vor einem Jahr bietet der Patient noch eine leichte Restparese des linken Beines. Bei bekannter hypertensiver Herzkrankheit besteht eine Linksherzinsuffizienz NYHA I.

Nach Angaben des Patienten ist eine Neurolyse des Nervus medianus links bei ausgeprägtem Karpaltunnel-

syndrom in der chirurgischen Abteilung des aufnehmenden Krankenhauses für die folgende Woche geplant.

Ursächlich wird die erlittene Synkope auf ein low-output-failure bei Bradyarrhythmie unter Betablocker-Therapie zurückgeführt. Nach Dosisreduktion kommt es zu einer Frequenznormalisierung mit Nachweis auch im Langzeit-EKG. Im Verlauf des Aufnahmetages kommt es zu einem zunehmenden akuten Nierenversagen mit Rückgang der Diurese bei bekannter chronischer Niereninsuffizienz vermutlich auf dem Boden des low-output-failures im Sinne eines prärenalen Nierenversagens. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes kommt es erfreulicherweise zu einem Rückgang der Nierenretentionswerte, so dass von einer Shuntanlage bzw. Hämodialyse Abstand genommen werden kann.

Nach Stabilisierung der kardialen und nephrologischen Situation wird der bereits vereinbarte OP-Termin wahrgenommen. Einen Tag

vor der stationären Entlassung erfolgt eine offen chirurgische Neurolyse und Dekompression des Nervus medianus.

Nach 8-tägigem stationären Aufenthalt kann der Patient in gebessertem Zustand entlassen werden.

#### Kommentar:

Nach der DKR<sup>4</sup> D002d wird die Hauptdiagnose definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Im vorliegenden Falle war die Synkope die zur Aufnahme führende Diagnose, die nach dem ICD<sup>1</sup> mit R55 verschlüsselt wird. Wenn sich allerdings ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. Schlüssel-

nummern für Symptome, Befunde und ungenau bezeichnete Zustände aus Kapitel XVIII (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind) sind nicht als Hauptdiagnose zu verwenden, sobald eine die Symptomatik etc. zu erklärende definitive Diagnose ermittelt wird. Die Anmerkungen zu Beginn von Kapitel XVIII in der ICD-10 GM helfen bei der Bestimmung, wann Schlüsselnummern aus den Kategorien R00-R99 dennoch angegeben werden. Abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter bzw. bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, finden sich laut Exklusivum unter O28- bzw. P00-P96.

Ursächlich für die Synkope ist die absolute Bradyarrhythmie bei chronischem Vorhofflimmern anzusehen, die laut ICD-10<sup>1</sup> mit I48.11 verschlüsselt wird. Die I48.11 wird somit als Hauptdiagnose angegeben, fakultativ gefolgt von dem ▶

### Beispiel 1

<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	I48.11	Chronisches Vorhofflimmern
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
	R55	Synkope und Kollaps
	E11.20	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II Diabetes) mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
	N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet
	N18.9	Chronische Niereninsuffizienz nicht näher bezeichnet mit renaler Anämie
	I69.4	Folgen eines Schlaganfalles, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
	G83.1L	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
	I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit kongestiver Herzinsuffizienz ohne Angabe einer hypertensiven Krise
	I50.11	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium I
	G56.0L	Karpaltunnelsyndrom
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	5-056.40L	Neurolyse und Dekompression des Nervus medianus bei Karpaltunnelsyndrom, epineural offen chirurgisch
<b>Gruppierung<sup>3</sup>:</b>		
<b>G-DRG:</b>	902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
<b>MDC:</b>	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
<b>Eff. Relativgewicht:</b>		1,303
<b>Verweildauer:</b>		8 Tage
<b>uGVD:</b>		3 Tage
<b>oGVD:</b>		24 Tage

ICD-Schlüssel Y57.9! (Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen) entsprechend der DKR 1917d (unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln bei Einnahme gemäß Verordnung).

Wenn ein Diabetes mellitus die Nebendiagnosedefinition erfüllt, so ist dieser zu kodieren. Liegen Komplikationen (Manifestationen) vor, ist bei einem Kode aus E10-E14 die 4. Stelle entsprechend der Manifestation zu verschlüsseln. Außerdem sind die Manifestationen anzugeben, sofern diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen. Da das akute Nierenversagen erst im Verlauf des Aufnahmetages auftrat kann diese Diagnose nicht im Sinne einer konkurrierenden Hauptdiagnose als solche verwendet werden, sondern unterliegt der Nebendiagnosendefinition analog der DKR<sup>4</sup> D003d.

Bei aktuell noch bestehender Parese des linken Beines nach Schlaganfall vor einem Jahr sind die neurologischen Ausfälle mit einem Kode aus I69.- (Folgen einer zerebrovaskulären

Krankheit) zu verschlüsseln, im vorliegenden Fall mit I69.4. Zu den „Folgen“ zählen Krankheitszustände, die als Folgen oder Spätfolgen bezeichnet sind oder die 1 Jahr oder länger seit Beginn des verursachenden Leidens bestehen. Solange eine fortgesetzte Behandlung des akuten Schlaganfalles und der unmittelbaren Folge durchgeführt wird, ist ein Kode aus den Kategorien I60-I64 mit den jeweils passenden Codes für die Defizite zuzuweisen.

Als DRG für den genannten stationären Aufenthalt berechnet sich eine Fehler-DRG (902Z – nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose) trotz korrekter Verschlüsselung aufgrund des klinischen Verlaufes. Verursacht wird die Fehler-DRG durch die Hauptprozedur, die aufgrund der DRG-Systematik nicht zur Hauptdiagnose passt.

Wäre der Patient zur OP des Karpaltunnelsyndroms aufgenommen worden und wäre anschließend eine Bradyarrhythmia absoluta unter Betablocker-Therapie mit konsekutiver akuter Niereninsuffizienz aufgetreten, so würde

sich die DRG B05Z (Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom) aus der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) mit einem effektiven Relativgewicht von 0,641 bei gleichem Aufwand berechnen.

### Beispiel 2

Eine 69-jährige Patientin wird wegen akut auftretender thorakaler Schmerzen bei sportlicher Betätigung stationär aufgenommen. Nach anamnestischen Angaben waren die Beschwerden weder mit bereits in der Vergangenheit erlittenen Angina pectoris-Beschwerden noch mit bekannten Wirbelsäulenschmerzen vergleichbar. Während der **A n a m n e s e e r h e b u n g** kommt es zu einem kurzen Bewusstseinsverlust der Patientin, so dass sofort eine CT-Angiographie der Aorta durchgeführt wird, die eine akute Dissektion der Aorta ascendens (Typ A nach Stanford-Klassifikation) mit einem Perikarderguss um beide Vorhöfe erbringt. Bei der hämodynamisch stabilen Patientin wird eine Computertomo-

graphie des Herzens durchgeführt, die eine regelrechte Perfusion des Venenbypasses auf den Ramus marginalis, die rechte Kranzarterie und des LIMA-Bypasses auf dem RIVA zeigt (Bypass-OP 2001). Sämtliche Bypässe zeigen ihren Ursprung im wahren Lumen. Echokardiographisch findet sich ein zirkulärer Perikarderguss um die Vorhöfe sowie den rechten Ventrikel, eine mäßiggradige zentrale Aorteninsuffizienz bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion. Noch am Aufnahmetag wird ein suprakoronarer Aorta ascendens-Ersatz und ein partieller Bogen-Ersatz durchgeführt mit Reimplantation des linken Koronarostiums in die Prothese sowie eine Anlage eines aortokoronaren Venenbypasses auf die rechte Herzkranzarterie. Bei unkomplizierten peri- und postoperativen Verlauf kann die Patientin bei hämodynamischer Stabilität zeitgerecht extubiert werden. Eine bekannte chronische Niereninsuffizienz bleibt stabil.

Nach 38-tägigem stationären Aufenthalt kann die ▶

Beispiel 2		
<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	I71.2	Aneurysma dissecans der Aorta ascendens
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	I31.3	Perikarderguss (nicht entzündlich)
	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung
	N18.82	Chronische Niereninsuffizienz Stadium II
	Z95.1	Vorhandensein eines ACVB
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel
	5-384.12	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien, mit Rohrprothese bei Aneurysma
	8-851.0	Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine), mit Normothermie
	5-379.5	Reoperation an Herz und Perikard
	5-363.2	Koronararterienbypass-Neuanlage
	5-361.01	Aortokoronarer Venen-Bypass einfach
<b>Gruppierung<sup>3</sup>:</b>		
<b>G-DRG:</b>	F07Z	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation
<b>MDC:</b>	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
<b>Eff. Relativgewicht:</b>		5,097
<b>Verweildauer:</b>		38 Tagen
<b>uGVD:</b>		7 Tage
<b>oGVD:</b>		41 Tage

Patientin die Klinik verlassen.

#### Kommentar:

Die DRG-relevanten Prozeduren sind die OPS<sup>2</sup>-Schlüssel 5-384.12 (Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien mit Rohrprothese bei Aneurysma) und 8-851.0 (operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine), mit Normothermie. Folgt man den OPS<sup>3</sup>-Schlüssel 5-384 (Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta wird an 5. Stelle die Gefäßlokalisation und an 6. Stelle entsprechend den Hinweisen die Art der Prothese bei fehlendem bzw. vorliegendem Aneurysma verschlüsselt. Unter 5-384.0 bzw. 5-384.1 bzw. 5-384.2 findet sich der Hinweis, dass die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine gesondert zu kodieren ist (8-851). Entsprechend der DKR<sup>4</sup> 0908d (zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen) sind bei Operationen, bei denen die Herz-Lungen-Maschine grundsätzlich zum Einsatz kommt, deren Anwendung im Operationscode enthalten. Dies ist durch entsprechende Hinweise im OPS gekennzeichnet. Wenn die Anwendung

der Herz-Lungen-Maschine nicht im Operationscode enthalten ist, ist sie mit der passenden Schlüsselnummer aus 8-851 zu kodieren. Diese spezielle Kodierrichtlinie legt damit die Ausnahmen zur DKR<sup>4</sup> P001d fest. Lässt man den OPS-Schlüssel 8-851.0 weg, ändert sich nichts an der DRG.

Grundsätzlich ist bei jeder Reoperation am Herzen zusätzlich zu den spezifischen Operationscodes der Code 5-379.5 (andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation) anzugeben. Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorangegangener Herzoperation mit der Öffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen. Wird ein vorhandener Bypass revidiert oder neu angelegt, sind zusätzlich die Codes 5-363.1 (Koronararterienbypass-Revision) oder 5-363.2 (Koronararterienbypass-Neuanlage) entsprechend der DKR 0909d anzugeben. Der OPS<sup>2</sup>-Schlüssel 5-361.01 legt die Lokalisation und Art des Bypasses fest. Die Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation ist im Code enthalten. Entsprechend der DKR<sup>4</sup> P013d (Wiedereröffnung eines Operationsgebietes/Reoperation) ist bei der erneuten Eröffnung ei-

nes Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung einer Rezidiv-OP oder Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des OP-Gebietes im OPS<sup>2</sup> durch einen spezifischen Code im betreffenden Organkapitel kodiert werden kann. Für die Herz- und Nierenchirurgie gibt es eigene Codes für eine Reoperation, die im OPS als eigenständige Codes ausgewiesen sind, aber im Allgemeinen wie Zusatzcodes verwendet werden entsprechend der bereits zitierten DKR 0909d.

Bei fehlender DRG-Relevanz im Jahr 2005 wurde auf die Darstellung der Verschlüsselung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung verzichtet.

#### Beispiel 3:

Ein 57-jähriger Patient kommt wegen seit ca. 10 Tagen zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Gewichtsabnahme und febrilen Temperaturen zur stationären Aufnahme. Anamnestisch wird Husten mit Auswurf angegeben, unter antibiotischer Therapie unter dem

Verdacht eines Infektes des oberen Respirationstraktes trat keine Besserung auf. Der Patient berichtet über ein Druckgefühl unter dem rechten Rippenbogenrand. Im Röntgen-Thorax finden sich pneumonische Infiltrate im rechten Mittel- und Unterlappen mit einem geringen Pleuraerguss. Der Befund kann im Spiral-CT des Thorax mit Kontrastmittel verifiziert werden. Ursächlich findet sich sonographisch ein großer intrahepatisch subphrenisch gelegener Abszess im rechten Leberlappen mit Erregernachweis von *Bacteroides merdae* und *Bifidobacterium* spezie im Abszesspunktat nach sonographisch gezielter Leberpunktion. Die computertomographische Untersuchung des Abdomens bestätigt den sonographisch erhobenen Befund und erbringt eine Divertikulitis am rektosigmoidalen Übergang mit Verdacht auf paradivertikulitische Abszessbildungen, differenzialdiagnostisch wird eine gedeckte Perforation diskutiert. Entsprechend der Erregerauswertung wird die antibiotische Therapie modifiziert. Die über 10-Tage durchgeführte Leberdrainage, die initial reichlich Pus för-

#### Beispiel 3

<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	K75.0	Leberabszess
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	B96.6!	<i>Bacteroides fragilis</i> und andere gramnegative Anaerobier als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
	A41.58	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger
	R65.1!	Systemisches inflammatorisches Responsesyndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen
	J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
	D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	1-845	Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber
	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
	8-146.0	Therapeutische Drainage der Leber
<b>Gruppierung<sup>3</sup>:</b>		
<b>G-DRG:</b>	H12Z	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System
<b>MDC:</b>	07	Krankheiten und Störungen am hepatobiliären System und Pankreas
<b>Eff. Relativgewicht:</b>		1,504 (1,439 + 0,065 (oGVD-Zuschlag))
<b>Verweildauer:</b>		25 Tage
<b>uGVD:</b>		3 Tage
<b>oGVD:</b>		25 Tage

dert, führt im Verlauf zu einer deutlichen Rückbildung des Abszesses. Trotz Ansprechen der Antibiotikatherapie mit im Verlauf auch völliger Rückbildung der pneumonischen Infiltrate kommt es nur zu einer zögernden Erholung des Patienten mit anhaltender Schwäche und zögernder Rückbildung der Transaminasen bzw. der Entzündungsparameter. Die erhobenen Blutkulturen bleiben negativ.

Eine weitere diagnostische Abklärung in Hinblick auf die Abdomen-computertomographisch festgestellte Divertikulitis mit Verdacht auf Perforation zur Fokussuche wird von dem Patient aktuell nicht gewünscht.

Nach insgesamt 25-tägigem stationären Aufenthalt kann der Patient in stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen werden.

#### Kommentar:

Ursächlich für die geschilderten Beschwerden des Patienten und für initial diagnostizierte rechtsseitige Pneumonie fand sich ein Leberabszess der als Hauptdiagnose zu verschlüsseln ist. Der ICD<sup>1</sup>-10 GM führt unter dem Schlüssel K75.0 cholangitische, hämatogene, lymphogene und pylephlebitische Leberabszesse an sowie Leberabszesse ohne nähere Angaben, das Exklusivum beschreibt die Cholangitis ohne Leberabszess (K83.0), den Leberabszess durch Amöben (A06.4) und die Pylephlebitis ohne Leberabszess (K75.1).

Die ICD<sup>1</sup>-Kodes B95.-!, B96.-! und B97.-! sind in der DKR<sup>4</sup> D012d als bei bestimmten Diagnosen obligatorisch anzugebende Codes aufgelistet. Darüber hinaus können diese Codes bei anderen Situationen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist. Diese Kategorien sollten niemals zur primären Verschlüsselung be-

nutzt werden, sie dienen als ergänzende oder zusätzliche Schlüsselnummern zur Angabe des Infektionserregers bei andernorts klassifizierten Krankheiten.

Basierend auf den vorliegenden Laborparametern, dem klinischen Verlauf und dem Zustand des Patienten trotz negativer Blutkultur kann von einem septischen Geschehen mit Organkomplikation ausgegangen werden. (Die Autorin erlaubt sich, auf die Empfehlungen des DIMDI, basierend auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Sepsis Gesellschaft, hinzuweisen). Damit wäre als weitere Nebendiagnose A41.58 gefolgt von dem ICD-Kode R65.1! anzugeben. Verwirrend wirkt die unterschiedliche Formulierung der Anwendung der weder als optional oder obligat gekennzeichneten Schlüssel R65.0! bis -9! im ICD-10 GM bzw. in den DKR<sup>4</sup>: Beschreibt die DKR<sup>4</sup> 0103d, dass zunächst ein Kode für

die Sepsis oder die ein SIRS nicht infektiöser Genese auslösende Grunderkrankung anzugeben ist, gefolgt von einem Kode R65.-!, findet sich im ICD-10 GM der Hinweis zunächst die Infektion oder die ein SIRS nicht infektiöser Genese auslösende Grunderkrankung anzugeben. Allerdings erfolgt hier der Verweis auf die Deutschen Kodierrichtlinien. Die Organkomplikationen sind mit zusätzlichen Schlüsselnummern zu bezeichnen, im vorliegenden Fall die Thrombozytopenie.

Die DRG-relevante Prozedur ist der OPS-Kode 8-146.0 (therapeutische Drainage der Leber). Ohne diese Prozedur berechnet sich die DRG H63A (Erkrankungen der Leber außer bösartiger Neubildung, Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis, > 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren oder schweren CC) aus der MDC 07 mit einem effektiven Relativgewicht von 1,449 und einer oGVD von 27 Tagen (!).

Das Erreichen der Grenzverweildauer mit einer tat-

sächlichen Verweildauer von 25 Tagen ist durch die verzögerte Rekonvaleszenz des Patienten nachvollziehbar. Damit erhöht sich das Relativgewicht von 1,439 um 0,065 für den Zuschlag für den 25. Tag.

#### Beispiel 4

Ein 77-jähriger Patient wird mit dem Notarzt zur stationären Aufnahme gebracht. Anamnestisch ist zu erfahren, dass der Patient gestürzt ist, kurz bewusstlos war und anschließend einen anhaltenden Verwirrheitszustand zeigte. Von den Angehörigen des Patienten ist zu erfahren, dass dieser bis vor kurzen in einem sehr guten Allgemeinzustand war, sich alleine versorgte aber in den letzten Wochen über zunehmende Müdigkeit, Obstipationsbeschwerden und rezidivierende Schwächeanfälle klagte. Computertomographisch finden sich kortikale Kontusionsherde. Nach initialer intensivmedizinischer Überwachung kann der Patient am Tag nach der stationären Aufnahme auf ▶



die Allgemeinstation verlegt werden. Eine passager aufgetretene mäßig ausgeprägte globale Herzinsuffizienz zeigt sich unter diuretischer Therapie schnell rückläufig. In den folgenden Tagen klagt der Patient über zunehmende abdominelle krampfartige Beschwerden und eine erhebliche Obstipation die zunächst mit abführenden Maßnahmen therapiert wird. Koloskopisch findet sich im Bereich des Sigmas eine karzinomverdächtige Stenosierung, die für das Koloskop nicht passierbar ist. Mehrere Biopsien werden entnommen. In der Nacht nach der koloskopischen Untersuchung entwickelt der Patient einen ausgeprägten mechanischen Ileus, so dass notfallmäßig eine Sigmaresektion mit Anlage eines Zäkostomas durchgeführt wird. Histologisch bestätigt sich der makroskopische Verdachtsbefund eines lokal begrenzten Sigmakarzinoms erfreulicherweise ohne Hinweise für eine Metastasierung. Nach einem prolongierten Verlauf bei verzögerter Rekonvaleszenz kann der Patient nach 32 Tagen stationären Aufenthaltes entlassen werden. Weiterführende Maßnahmen einschließ-

lich einer AHB lehnt der Patient vorerst ab.

#### Kommentar:

Ursächlich für die stationäre Aufnahme ist als Ursache der anamnestisch angegebenen Bewusstlosigkeit die Hirnkontusion anzusehen. Entsprechend dem ICD-10<sup>1</sup> wird an 5. Stelle Lokalisation und Größe der Hirnblutung beschrieben. Die DKR4 1909c legt fest, dass wenn ein Verlust des Bewusstseins im Zusammenhang mit einer Verletzung aufgetreten ist, die Art der Verletzung vor einem Kode S06.7- (Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma) für die Dauer der Bewusstlosigkeit anzugeben ist. Die Bewusstlosigkeit eines Patienten, die nicht im Zusammenhang mit einer Verletzung steht, muss mit R40.0 Somnolenz oder R40.1 Sopor oder R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet verschlüsselt werden. Bei Mehrfachverletzungen werden die einzelnen Verletzungen analog der DKR<sup>4</sup> 1911a entsprechend ihrer Lokalisation und ihrer Art so genau wie möglich kodiert. Kombinationskategorien für Mehrfachverletzungen (T00-T07 Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen) und Kodes aus

S00-S99, die mit einer „.7“ an 4. Stelle multiple Verletzungen kodieren, sind nur dann zu verwenden, wenn die Anzahl der zu kodierenden Verletzungen die maximale Zahl der übermittelbaren Diagnosen überschreitet. In diesen Fällen sind spezifische Kodes (Verletzung nach Lokalisation/Art) für die schwerwiegenderen Verletzungen zu verwenden und die Mehrfachkategorien um weniger schwere Verletzungen zu kodieren. Das alphabetische Verzeichnis der ICD-10<sup>1</sup> schlägt für eine „Mehrfachverletzung“ oder ein „Polytrauma“ den Kode T07 (nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen) vor. Dieser Kode ist unspezifisch und deshalb nach Möglichkeit nicht zu verwenden. Im Fall von mehreren näher beschriebenen Verletzungen ist als Hauptdiagnose die Erkrankung auszuwählen, die am schwerwiegendsten ist.

Bei offenen intrakraniellen Verletzungen soll nach der DKR<sup>4</sup> 1905d zuerst der Kode für die intrakranielle Verletzung angegeben werden gefolgt von einem Kode für die offene Wunde. Analog wird eine offene Schädelfraktur verbunden mit einer intrakraniellen

Verletzung mit einem Kode für die intrakranielle Verletzung angegeben und dem Kode S01.83! (offene Wunde (jeder Teil des Kopfes) mit Verbindung zu einer intrakraniellen Verletzung).

Die die DRG-beeinflussende Prozedur ist der OPS<sup>2</sup>-Kode 5-455.72 (Sigmaresektion, offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss). Grouppt man ohne diese Prozedur erhält man statt der Fehler-DRG 901B die DRG B78A (intrakranielle Verletzung mit äußerst schweren oder schweren CC) aus der MDC 01 (Krankheiten und Störungen des Nervensystems) mit einem effektiven Relativgewicht von 2,625 und einer oGVD von 24 Tagen.

Klinisch durchaus plausibel lässt sich der vermutlich aus einer Schwäche resultierende Sturz mit Bewusstlosigkeit und Hirnkontusion auf den reduzierten Allgemeinzustand bei stenosierendem Sigmakarzinom zurückführen. Grouppt man analog der DKR<sup>4</sup> D002d (zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen) mit der C18.7 (stenosierendes Sigmakarzinom) als Hauptdiagno- ►

#### Beispiel 4

<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	S06.70!	Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma, weniger als 30 Minuten
	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
	C18.7	Stenosierendes Sigmakarzinom
	K56.6	Mechanischer Ileus
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	3-220	Kraniale Computertomographie mit Kontrastmittel
	3-200	Kraniale Computertomographie nativ
	1-650.0	Diagnostische Koloskopie, partiell
	1-444.7	Endoskopische Biopsie am Dickdarm, 1-5 Biopsien
	5-455.72	Sigmaresektion, offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss
	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
<b>Gruppierung<sup>3</sup>:</b>		
<b>G-DRG:</b>	901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, mit komplexer OR-Prozedur
<b>MDC:</b>	01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
<b>Eff. Relativgewicht:</b>		3,174
<b>Verweildauer:</b>		32 Tage
<b>uGVD:</b>		6 Tage
<b>oGVD:</b>		38 Tage

se erhält man die DRG G18A (Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose) aus der MDC 06 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) mit einem effektiven Relativgewicht von 2,777 (2,633 + 0,144 (oGVD-Zuschlag)) und einer uGVD von 5 bzw. oGVD von 31 Tagen. Nach der DKR D002d darf vom behandelnden Arzt, wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen, diejenige als Hauptdiagnose ausgewählt werden, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Es ist unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht.

Auch im zuletzt geschilderten Grouping bleibt die Sigmaresektion als DRG-relevante Prozedur erhalten. Ohne diese erhält man die

DRG G48Z (Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierenden Eingriff mit einem effektiven Relativgewicht von 1,628 (0,848 + 0,78 (oGVD-Zuschlag)) bei einer oberen Grenzverweildauer von 20 Tagen.

Die Verweildauer des Patienten ist in Hinblick auf die verzögerte Rekonvaleszenz plausibel nachvollziehbar.

### Beispiel 5

Eine 44-jährige Patientin kommt wegen stärkster rechtsseitiger Oberbauchschmerzen mit Schüttelfrost und Fieber ikterisch zur stationären Aufnahme. Laborchemisch finden sich deutlich erhöhte Entzündungsparameter sowie massiv erhöhte Transaminasen, im Verlauf gelingt der Erregernachweis von E. coli in der Blutkultur. Bei der Versicherten ist eine dilatative Kardiomyopathie vermutlich ethyltoxischer Genese bekannt. Bei bis zu

diesem Zeitpunkt fehlenden Hinweisen für einen zirrhotischen Umbau der Leber mit eingeschränkter Gerinnungsfunktion wurde ambulant bei chronischem Vorhofflimmern und glaubhafter Angabe von Alkoholkarenz eine Marcumartherapie eingeleitet. Zum Aufnahmezeitpunkt gibt die Patientin Teerstuhl in den letzten Tagen an, der INR-Wert ist deutlich erhöht. Bei ausgeprägter Blutungsanämie werden 4 Erythrozytenkonzentrate verabreicht.

Ursächlich für das zum Aufnahmezeitpunkt bestehende Geschehen findet sich sonographisch eine grenzwertig große hydro-pische Gallenblase mit deutlich dilatiertem Ductus hepaticus communis, der mit Konkrementen angefüllt ist. Nach PPSB-Gabe wird eine ERCP durchgeführt. Im Rahmen des Eingriffes finden sich Blutkoagel im Bereich der Papille mit Sickerblutungen. Nach Einlage eines Stents

entleert sich teilweise blutige Galle. Die Patientin wird mehrere Tage intensivmedizinisch überwacht, da sich im Verlauf ein ausgeprägtes Alkoholentzugsdelir entwickelt. Nach vorübergehender Stabilisierung kommt es erneut zu hochfieberhaften Temperaturen mit Notwendigkeit einer zweiten antibiotischen Abdeckung. In Hinblick auf die Alkoholproblematik wird auf eine Fortsetzung der Marcumartherapie verzichtet. Nach insgesamt 21-tägigem stationären Aufenthalt kann die Patientin entlassen werden. Ein Termin für den Stentwechsel bzw. für eine erneute ERCP mit Papillotomie und Versuch der Steinbergung wird vereinbart. In Hinblick auf die kardiale Situation nimmt vor Entlassung der Patientin der Sozialdienst der Klinik Kontakt auf zur Einleitung eines Langzeitentzugs und dem aktuellen Ziel der Sicherung der Alkoholkarenz durch Einschaltung des Hausarztes, ambulanter Grup-

### Beispiel 5

<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	K80.31	Gallengangstein mit Cholangitis mit Gallenwegsobstruktion
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	A41.51	Sepsis durch Escherichia coli
	R65.0!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
	I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
	I48.11	Chronisches Vorhofflimmern
	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom
	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom
	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
	D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper
	Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
	D62	Akute Blutungsanämie
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
	8-831.0	Legen eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
	5-513.f0	Endoskopisches Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen an den Gallengängen, eine Prothese
	8-800.7f	Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, 1 TE bis unter 6 TE
	8-810.f3	Transfusion von Prothrombinkomplex, 2.500 IE bis unter 3.500 IE
<b>Gruppierung<sup>3</sup>:</b>		
<b>G-DRG:</b>	H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren oder schweren CC
<b>MDC:</b>	07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
<b>Eff. Relativgewicht:</b>		1,568 + Zusatzentgelt (ZE) 30.01
<b>Verweildauer:</b>		21 Tage
<b>uGVD:</b>		3 Tage
<b>oGVD:</b>		27 Tage

pen- und fachärztlicher psychiatrischer Betreuung.

#### Kommentar:

Die zur Aufnahme führende Erkrankung war der Gallengangsverschluss mit konsekutiven septischen Geschehen. Entsprechend der Aussage der DKR<sup>4</sup> D002d „Zuweisung der zugrunde liegenden Krankheit als Hauptdiagnose“ wurde der ICD-Schlüssel K80.31 gewählt. Diskutiert man das Vorliegen gleichwertiger Hauptdiagnosen und groupiert mit dem ICD-Schlüssel A41.51 (Sepsis durch E. coli) als Hauptdiagnose, erhält man die DRG T60B (Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation mit äußerst schweren CC) aus der MDC 18 (HIV/infektiöse und parasitäre Erkrankungen) mit einem effektiven Relativgewicht von 1,811 bei einer oGVD von 28 Tagen. Die Hauptdiagnose gastrointestinale Blutung K92.2 ergibt die DRG G73A (gastrointestinale Blutung und Ulkuserkrankung, mehr als 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC) aus der MDC 06 (Krankheiten

und Störungen der Verdauungsorgane) mit einem effektiven Relativgewicht von 1,137 (0,927 + 0,21 (oGVD-Zuschlag)) bei einer oGVD von 19 Tagen.

Die DRG-relevante Prozedur ist die 5-513.f0 (endoskopisches Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen an den Gallengängen, eine Prothese), ohne diese erhält man die DRG H41 mit dem Schweregrad B und dem effektiven Relativgewicht von 1,166 bei einer oGVD von 23 Tagen.

Die Prozedur 8-810.f3 (Transfusion von Prothrombinkomplex, 2.500 Einheiten bis unter 3.500 Einheiten) führt zu dem Zusatzentgelt (ZE) 30.01. Die Fallpauschalenvereinbarung 2005 (FPV 2005) listet in den Anlagen gemäß § 5 Zusatzentgelte Abs. 1 bundeseinheitliche bzw. gemäß Abs. 2 krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte auf. Anlage 2 beinhaltet den bundeseinheitlich vereinbarten Zusatzentgeltkatalog (Liste), deren Definition und differenzierte Beträge sich in Anlage 5 finden. In Anlage 4 und 6 sind die nicht mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgeltkatalog vergüteten Leistungen als krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte aufgeführt.

In der Anlage 2 findet sich ZE 30 (Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral) mit Verweis auf die Anlage 5 (Definition und differenzierte Beträge). Hier wird nach der Spalte 2 mit der Bezeichnung in Spalte 3 eine Dosis abhängige Untergliederung des ZEs angegeben mit dem korrespondierenden OPS-Kode in Spalte 4 bzw. OPS-Text (Spalte 5).

An 6. Stelle des OPS-Schlüssel wird die Dosis kodiert. Erst ab „.f3“ kommt es zur Abrechnung des Zusatzentgeltes.

Auf die Tabelle 1 mit den Anmerkungen unter 2 der DKR<sup>4</sup> P005d und die DKR<sup>4</sup> P012d wird verwiesen (Prozeduren die nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind bzw. Prozeduren unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl). Für die Gabe von Erythrozytenkonzentraten wird ab einer Anzahl von 16 TE ein Zusatzentgelt (ZE 32) abrechenbar.

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz wurde in Bayern das Zusatzentgelt ZE 2005-27 laut Anlage 4 bzw. 6 FPV 2005 für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, d.h. für die Behandlung von angeborenen bzw. dauerhaft erworbenen Blutungskrank-

heiten definiert. Dieses krankenhausesindividuelle Zusatzentgelt hat Vorrang vor anderen Zusatzentgelten der Anlage 2 FPV 2005. Neben diesem Zusatzentgelt sind die Zusatzentgelte ZE 18 bzw. 30 und 31 der genannten Anlage nicht berechenbar. Vergütet werden die Kosten für verabreichte Faktoren und Konzentrate und Inhibitoren sowie Immunglobuline bei Gerinnungsstörungen, Thrombozytopenien und -pathien bzw. Angiopathien mit festgeschriebenen ICD-Kodes. Im vorliegenden Falle könnte entsprechend der Definition das Zusatzentgelt ZE 2005-27 abgerechnet werden, da eine akute Blutung bei oraler Antikoagulation vorlag.

<sup>1</sup> ICD-10. Revision Version 2005 GM

<sup>2</sup> OPS Version 2005

<sup>3</sup> 3M G-DRG Grouper Version

<sup>4</sup> Deutsche Kodierrichtlinien Version 2005

Dr. med. Michael Kulzer  
Oberarzt Kardiologie  
DRG-Beauftragter  
Abteilung für Kardiologie  
Stadtklinikum München  
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

## Arbeitszeit in der Klinik

# Europa-Parlament will Bereitschaftszeit weiterhin als Arbeitszeit werten

Mit knapper Mehrheit haben die Europaabgeordneten in Straßburg eine Korrektur der von der EU-Kommission vorgeschlagenen Revision der Arbeitszeitrichtlinie beschlossen. In erster Lesung sprach sich rund die Hälfte der 732 Mitglieder des Europaparlaments (EP) dafür aus, den Bereitschaftsdienst in sta-

tionären Einrichtungen und beim Rettungsdienst grundsätzlich als Arbeitszeit zu werten. Die Kommission hatte eine Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in inaktive und aktive Phasen vorgeschlagen, wobei nur der tatsächlich geleistete Dienst der Arbeitszeit zugerechnet werden sollte.

Darüber hinaus fordern die Abgeordneten, dass die Opt-out-Klausel, die ein Abweichen von der wöchentlichen Höchstleistungszeit erlaubt, drei Jahre nach Inkraft-Treten der neuen Richtlinie abgeschafft werden soll. Um aber zum Beispiel auch kleineren Krankenhäusern und Abteilungen mit einer dünnen Per-

sonaldecke eine flexible Arbeitszeitgestaltung zu ermöglichen, sollen die Tarifparteien die Bezugszeiträume für die Berechnung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit auf 12 Monate ausdehnen können. Auch soll es in der Hand der Verhandlungspartner liegen, Regelungen zu vereinbaren, die es erlau- ➤

ben, in Ausnahmefällen die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes nur in Teilen auf die Höchstarbeitszeit anzurechnen. Die Europaabgeordneten wollen somit die Verantwortung in erster Linie auf die Tarifpartner übertragen, den Spielraum der Richtlinie flexibel und im Interesse von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu nutzen.

Trotz des eindeutigen Votums stieß das Abstimm-

ungsergebnis dennoch selbst innerhalb einzelner Fraktionen auf ein unterschiedliches Echo. „Wir haben heute eine Mehrheit für humane Arbeitsbedingungen bekommen“, kommentierte der stellvertretende Vorsitzende des EP-Beschäftigungsausschusses, Thomas Mann. „Alles andere wäre völlig unpraktikabel geworden und hätte die Belastungen der Krankenhausärzte nur

verschlimmert“, so der CDU-Abgeordnete. Ganz anders seine Fraktionskollegin Dr. Anja Weisgerber von der CSU. „Die Festbeschreibung des Grundsatzes Bereitschaftsdienst gleich Arbeitszeit und die Abschaffung des opt-out führen dazu, dass Bereitschaftsdienste in der heutigen Form in Deutschland nicht mehr möglich sein werden“, kritisierte Weisgerber. Mit dieser Weichenstellung habe Europa die Chance für eine flexible und zukunftsorientierte Lösung im Krankenhaussektor vertan, urteilte sie. Zudem beschere die Entscheidung des Europaparlaments deutschen Ärzten Einkommenseinbußen von bis zu 30 Prozent. Auch der Arzt und CDU-Abgeordnete Dr. Peter Liese hätte sich gerne etwas mehr Präzision unter anderem bei der Definition des inaktiven Bereitschaftsdienstes gewünscht. Karin Jöns von der SPD hingegen begrüß-

te das Ergebnis. „Die Entscheidung des Parlaments stärkt den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer und stellt einen wichtigen Schritt zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar, was letztlich auch dem Patientenschutz zugute kommt.“ Zudem verweist Jöns darauf, dass nicht die europäische Arbeitszeitrichtlinie das eigentliche Problem sei, sondern die Reformunfähigkeit des deutschen Krankenhauswesens.

Im Juni sind nun die zuständigen Minister der nationalen Regierungen am Zuge, um über das Abstimmungsergebnis des Europaparlaments zu beraten. Falls sie anders entscheiden, wird es eine zweite Lesung geben. Dies ist relativ wahrscheinlich, da vor allem Großbritannien und auch einige der neuen Mitgliedstaaten, allen voran Polen, gegen eine Abschaffung des opt-out sind.

ps

### Zahlungen an Ärzte, Kliniken, Apotheker...

## Kassen mit 17 Milliarden Euro im Zahlungsrückstand

KVen und Krankenhäuser können ein trauriges Lied von der schlechten Zahlungsmoral der Kassen singen. Eine parlamentarische Anfrage des CDU-Abgeordneten Jens Spahn verlangte nun Auskunft, wie viel die Kassen den Leistungserbringern schulden. Die in der Antwort genannte Summe der Zahlungsverpflichtungen der Kassen gegenüber den

Leistungserbringern zum Stichtag 31. Dezember 2003 war hoch interessant. Summa summarum beliefen sich die Verpflichtungen (Konten-Nr. 127) auf exakt 17,693 Mrd. Euro, davon u.a. für:

Ärzte	ca. 3,9 Mrd. €
Zahnärzte	ca. 1,9 Mrd. €
Apotheken	ca. 2,6 Mrd. €
Kliniken/Heime	ca. 6,8 Mrd. €.

Quelle: dtg, 1+2-05

### Trotz Ciclosporin Abstoßungsperiode bei Nierentransplantierten

## Mycophenolat Mofetil besser als das preiswerte Azathioprin?

Mycophenolat Mofetil (MMF) war Mitte der neunziger Jahre vor Einführung auf den internationalen Markt in drei großen Studien zur Prävention akuter Abstoßungsperioden nach Nierentransplantation gegen Azathioprin (1,2) bzw. Plazebo (3) bei Patienten untersucht worden, die bereits Ciclosporin (CIC) erhielten. Die Ergebnisse dieser Studien wurden von Halloran et al. (4) noch einmal in einer gemeinsamen Analyse zusammengefasst: Damals wurde eine signifikant stärkere Reduktion der Zahl und Schwere akuter Transplan-

tatrejektionen durch MMF in den ersten 12 Monaten gefunden, verglichen mit Azathioprin. In dieser Zeit wurde das stark hydrophobe CIC allerdings noch in einer öligen Lösung verabreicht. Gegen Ende der neunziger Jahre setzte sich weltweit die CIC-Mikroemulsion durch, die eine konstantere Bioverfügbarkeit dieses Immunsuppressivums gewährleistet und allein dadurch die Zahl akuter Transplantatrejektionen vermindert (5). Remuzzi et al. haben nun geprüft, ob sich auch in der Kombination mit der jetzt verwendeten CIC-Mikro-

emulsion noch ein signifikanter Vorteil von MMF gegenüber Azathioprin zur Prävention akuter Abstoßungsperioden nach Nierentransplantation nachweisen lässt (6).

(...)

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass bei nierentransplantierten Patienten, die CIC in Mikroemulsion erhalten (und die relativ hohe CIC-Blutkonzentrationen haben), die zusätzliche Gabe von MMF nicht wirksamer akute Abstoßungsperioden verhindert als die zusätzliche Gabe von Azathioprin. Zudem sind die

Kosten für MMF mehr als zehnmal höher.

Auszüge aus einem Artikel  
in: Der Arzneimittelbrief Berlin, 12/2004,  
Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066,  
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

#### Literatur

- (1) Sollinger, H.W., for the US Renal Transplant Mycophenolate Mofetil Study Group: Transplantation 1995, 60, 225
- (2) The Tricontinental Mycophenolate Mofetil Renal Transplantation Study Group: Transplantation 1996, 61, 1029
- (3) European Mycophenolate Mofetil Cooperative Study Group: Lancet 1995, 345, 1321
- (4) Halloran, P., et al., for the International Mycophenolate Mofetil Renal Transplant Study Groups: Transplantation 1997, 63, 39
- (5) Keown, P., und Niese, D., on behalf of the International Sandimmun Neoral Study Group: Kidney Int. 1998, 54, 938
- (6) Remuzzi, G., et al. (MYSS = Mycophenolate Steroids Sparing Study): Lancet 2004, 364, 503

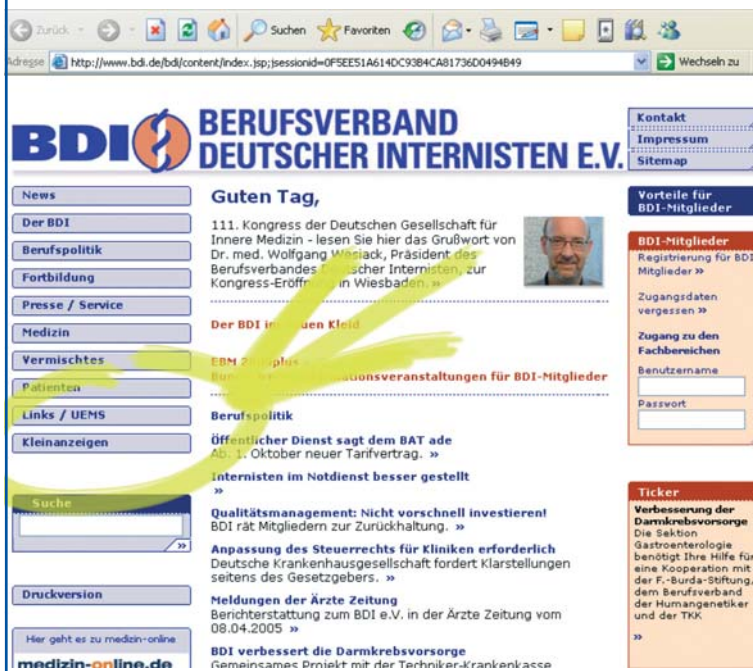
# Stellen Sie Ihre Kleinanzeige auch ins Internet!



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

### GERÄTE

**Video Gastroskop.** Suche mgl. Olympus Video-Gastroskop Serie 145 Exera oder 160 / ev. auch Video-Coloskop, möglichst Anlage mit komplettem Zubehör.

Telefonnummer:  
040-85506778  
oder 0172-4206766

**Ultraschallgerät**, gebraucht. Hitachi CS 192 günstig zu verkaufen. TOP-Zustand.

Telefonnummer:  
0202 / 44 22 26

Kaum benutztes **EU-SANA Impedanzmessgerät** (fast wie neu!) abzugeben. NP (2002) € 2.815,- + MwSt. Verkaufspreis VHB.

Telefon: 09132/741276

**Suche gebrauchtes Röntgengerät** (Generator und Röhre).

Tel.: 0234/18811

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

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

**Computergesteuerte Extension + Tiefenwärme:** Extensionsliege mit TRA-Computer + MILLI-Mobil + Hüftextension (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  
Knappschafts-Krankenhaus Püttlingen  
In der Humes, 66346 Püttlingen  
Tel.: 06898/55-2092 (dienstlich)  
Tel.: 0681/5959411 (privat)  
E-Mail: dr.volkmann@t-online.de

**Zu verkaufen:** Pentax-Videoprozessor EPM 330P + 2 Video-Gastroskope Pentax EG 2940 – guter Zustand (Pentax-Wartungsvertrag / gewartet). Preis VB auf Anfrage.

Sonographiegerät Kontron Sigma MOD, Bj. 99, + 2 Schallköpfe (7,5/3,5 MHz + Stiftsonde 4 MHz) mit Mitsubishi-Video-Printer und Gerätewagen – sehr guter Zustand. Preis VB auf Anfrage.

„Geräte 29606“

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

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

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

### Wir reparieren:

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

Prüfen Sie uns! Rufen Sie uns an.  
RMS Endoskopie-Technik  
Ramskamp 41  
25337 Elmshorn  
Tel.: 04121/6493-90, Fax -83

### Wir kaufen:

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

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

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

### 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

**Suche Sofortbildaufsatzkamera** für Olympus GIF-E Gastroskop.

Tel.: 02175/2566  
Fax: 02175/880107

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

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

## PRAXISABGABE

**Hausärztl.-internist. Praxis** mit hohem betriebsärztlichen Anteil in süd-

## Kleinanzeigen

westdt. Mittelstadt an Internisten oder Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zum 01.10.2005 abzugeben.

„Praxisabgabe 04164“

**Solide geführte, kleine Hausarztpraxis** in gute Hände abzugeben. Zentrale Lage. Langjähriger Patientenstamm.

„Praxisabgabe 32746“

**Internistische (HÄ) Praxis** im Großraum Stuttgart (Sperrgebiet) mit guter Ausstattung (u.a. Rö) in zentraler Lager altershalber abzugeben.

„Praxisabgabe 03752“

**Hausärztlich internistische Praxis** ab sofort zu günstigen Konditionen abzugeben. Innenstadtrandlage (Mittelzentrum, Kreisstadt) mit günstiger Verkehrsanbindung, Parkplätze vorhanden. Großzügiges Raumangebot, auch für Gemeinschaftspraxis geeignet, Vollausstattung mit Rö, kein Endo. Gut eingeführt, bisher kardiologischer Schwerpunkt. Sperrgebiet. Auf Wunsch auch Wohnung mit Garten zu vermieten.

„Praxisabgabe 02910“

**Gutgehende fachinternistische Praxis** in norddeutscher Kleinstadt zum 31.03.2006 abzugeben. Besonders für Schwerpunktinternisten geeignet, da im gesamten Landkreis kein Schwerpunkt 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 allein stehendem Haus mit großer Wohnung und Garten (Mietbasis), Nähe U-Bahn/Mittlerer Ring abzugeben. Gut geeignet z.B. für Arztehepaar bzw. Gemeinschaftspraxis.

„Praxisabgabe 08381“

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

„Praxisabgabe 06302“

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

„Praxisabgabe 90124“

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

„Praxisabgabe 24176“

**Hausärztlich-internistische Praxis**, 25 km westlich von München, KV-Sitz, gut eingeführte Einzelpraxis in zentraler Lage, optimale städtische Infrastruktur, S-Bahn, alle Schulen am Ort, hoher Freizeitwert, gute Dienstregelung, günstige Übernahmebedingungen, übergangslos bis Ende 2005 altershalber abzugeben.

„Praxisabgabe 07926“

**Hausarzt-Internisten-Praxis** seit 1975 in einer Kleinstadt der Oberpfalz zu verkaufen. Alle Schulen und Freizeiteinrich-

tungen am Ort sowie Autobahnanschluss. Eine Übergangsgemeinschaft ist erwünscht.

Tel.: 09661/7780  
abends und lange klingeln

## PRAXISPARTNER

**Gastroenterologe/in als Jobsharing-partner** gesucht. Gerne auch Teilzeit, zunächst im Anstellungsverhältnis, später auf Wunsch Partnerschaft, flexible Arbeitszeiten, gutes Betriebsklima, Raum 5, baldmöglichst.

„Praxispartner 16086“

**Praxispartner Gastroenterologie** gesucht für große Endoskopie-GP im Raum 4, Teilzeit möglich, WB-Zeit Gastroenterologie kann hier für ein Jahr abgeleistet werden, gute Erfahrungen in Endoskopie erforderlich.

„Praxispartner 06753“

**Fachärztlicher Internist** sucht Assoziation als fachärztlicher Internist in Gemeinschaftspraxis, bevorzugt mit endoskopischen Schwerpunkt

„Praxispartner 27668“

**Partner für internistisch-rheumatolog. Schwerpunktpraxis** gesucht.

Schwerpunktpraxis Innere Medizin / Rheumatologie in einem Krankenhaus (orthopädisch-rheumatol. ausgerichtet), Köln Innenstadt, sucht PartnerIn.

www.eduardus.de  
oder  
Tel. 0221-6308691

**Bonn – Internist** zur Mitarbeit in fachübergreifender FÄ/HÄ-GP ab sofort oder später gesucht. Spätere Assoziation möglich, KV-Sitz vorhanden. Telefon: 0160 / 97521384 oder

„Praxispartner 32445“

**Sauerland-Internisten** brauchen Zuwachs. Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Diabetologie, Facharzt und Hausarzt, freut sich über weitere/n Partner/in, welche/r ab sofort mit eigener Zulassung (HA) in unseren großzügigen Räumen starten kann ohne größere Investition. Hohe Flexibilität und variable Arbeitszeit im Rücksicht auf Familie kein Problem. Arbeit in gut gelauntem Team auf hohem Qualitäts- und Technik-Niveau. Siehe auch www.Sauerland-Internisten.de.

E-Mail: ottokajo@web.de  
Tel.: 02933/97790

**Frankfurt am Main:** Suche Partner für hausärztliche internistische Praxis auch als diabetologische Schwerpunktpraxis geführt. Es besteht eine ausbaufähige Kooperation mit einem Krankenhaus in der diabetologischen Versorgung. Fußambulanz vorhanden.

Tel.: 069/735014  
Fax: 069/7380400  
E-Mail: michael.simonsohn@gmx.net

**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“

**Internist / Nephrologe** mit breitem internist. Spektrum, zurzeit in unbefristeter OA-Position, sucht Einstieg in nephrologische SP-Praxis im Kammerbezirk Nordrhein ab 10 / 2005

„Praxispartner 26033“

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

„Praxispartner 76241“

**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“

**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

## PRAXISRÄUME

**Praxis-/Büroräume 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

**Baldmöglichst** (fach-) internistischer KV-Sitz in Schweinfurt und Umgebung gesucht.

„Praxissuche 22343“

**Angehender Internist** (Univ. Freiburg) (Erfahrung in Sono/Echo) sucht eine internist. Praxis in Freiburger Region oder Umgebung zum Ende 2005 oder Anfang 2006.

„Praxissuche 39729“

**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 Uni-Klinik). Besonders: Rhein-Neckar, Pfalz, Baden, Südwesten allgemein.

„Praxissuche 22775“

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

Tel.: 0170/2697291

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

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

„Praxissuche 27244“

**Internistische Praxis**, PLZ 834. Erfahrener Internist / Gastroenterologe sucht Niederlassungsmöglichkeit. HA oder FA, Einzel oder GP in Raum PLZ 834. Bitte Kontakt unter

praxis83@aol.com oder 0176-27217871

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

„Praxissuche 28692“

## STELLENANGEBOTE

**Suche klinisch- und US- (FD Echo/Angio Duplex)** erfahrenen Kollegen zur freien Mitarbeit auf Top-Equipment, vorzugsweise NRW. Flexible Arbeitszeit, auch abends/am Wochenende möglich.

Kontakt:  
0151 / 19 40 11 85.

**Gastroenterologische Praxis** im Raum 5 bietet attraktive Stelle (ganz

**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 Juli 2005: 30.05.2005  
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 23.06.2005),  
für BDI aktuell August/September 2005: 11.07.2005  
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 04.08.2005).

oder teilzeitig) für endoskopieerfahrenen Internisten oder Gastroenterologen, im Rahmen des Jobsharings. WB Gastroenterologie 1 Jahr möglich. Praxispartnerschaft später erwünscht.  
„Stellenangebot 86160“

**Betriebsmedizin.**

**Überbetriebliches Werksarztzentrum** sucht Betriebsmediziner/in für den Raum Osthessen. Aussagefähige Zugschriften an: Werksarztzentrum Fulda e.V., zu Händen Herrn Stäbe, Weimarer Straße 27, 36093 Künzell.  
Telefon/Telefax: 0661/ 33552  
Email: m.goldbach@waz-fulda.de.  
Internet: www.betriebsmedizin-fulda.de.

**Dialysepraxis** sucht WB-Assistent/in. Dialyseteam in nephrologischer Gemeinschaftspraxis an Klinik in Berlin sucht Internist/in als WB-Assistent/in (12 Monate Nephrologie/Dialyse und 6 Monate Innere Medizin) in Teil-/ Vollzeit. Langfristige Zusammenarbeit gewünscht.  
„Stellenangebot 19395“

**Angiologe/in gesucht.**

Internist/in mit abgeschlossener Weiterbildung Angiologie für kardiolog.-angiolog.-phlebol. MVZ mit Anbindung an ein interdisziplinäres Gefäßzentrum in Karlsruhe gesucht.  
„Stellenangebot 24313“

**WB-Assistent** für internistische Praxis mit umfassender Diagnostik und HA-Tätigkeit gesucht. WBE Innere-/Allg. Med. 1 bzw. 1,5 Jahre. Raum GI/MR. Arbeitsbeginn: Ab sofort bis 01.07.2005. Bei gegebenen Voraussetzungen Fortsetzung der Zusammenarbeit als Job-Sharing-Angestellter oder Gemeinschaftspraxis.  
„Stellenangebot 16721“

**Gastroenterologische Überweisungs- und Schwerpunktpraxis** sucht Weiterbildungsassistentin/-arzt im letzten Jahr vor der internistischen Facharztprüfung. Die Weiterbildungsmöglichkeit 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. Baniewwicz  
07/Nr. 14, 68161 Mannheim  
Internet: www.gastroenterologie-mannheim.de  
E-Mail: info@gastroenterologie-mannheim.de

**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 zurzeit 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. Weiterbildungsmöglichkeiten für 2 Jahre Innere Medizin, sämtliche Funktionsuntersuchungen und zur Zusatzqualifikation Ileocoloskopie.  
„Stellenangebot 33613“

**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 86160“

**STELLENSUCHE**

**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, ab 15.02.05. oder später.  
„Stellensuche 38798“

**VERTRETUNGS-ANGEBOTE**

**Internist / Gastroenterologie**, 48 Jahre, übernimmt Vertretungen in Praxis oder Klinik.  
06861 / 79 02 08 (Dr. Grün)

**Internist** übernimmt – auch kurzfristig – Vertretungen in Klinik und Praxis: Kardiologie inkl. HK-Labor; Nephrologie incl. Dialyse. Anfragen und Terminvereinbarungen:  
0162 / 163 50 95

**Chefarzt Innere Medizin**, besondere Qualifikationen: Duplexsonographien, Echokardiographien, 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“

**VERSCHIEDENES**

**Ferienhaus Ungarn**, renoviert, 2.000 m<sup>2</sup> Weinberg, nahe 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 m<sup>2</sup>, Wohnfläche ca. 220 m<sup>2</sup>, schnell Verkauf, Mietkauf oder Dauermiete.  
Anfrage unter E-Mail: Kaiser972005@yahoo.de

## Terminübersicht Fort- und Weiterbildung 2005

### Kurse

**Intensivkurs Nephrologie**

Termin: 17.-18.06.2005  
Ort: Weimar (Reithausaal des EJBW)  
Kursleiter: Prof. Dr. med. R. Fünfstück  
Gebühr: € 210,00 / 250,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)  
CME: 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

**Intensivkurs Stoffwechsel/Endokrinologie**

Termin: 24.11.-26.11.2005

Ort: Venedig / Palazzo Albrizzi (Cannaregio)  
Kursleiter: PD Dr. med. O.-A. Müller, München  
Gebühr: € 245,00 / 350,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)  
CME: beantragt

**Bronchoskopiekurs**

Termin: 28.10.-31.10.2005  
Ort: Nürnberg (Klinikum Nord)  
Kursleiter: Dr. med. M. Wagner,  
Gebühr: € 224,00 / 320,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)  
CME: voraussichtlich 25

**Kongresse**

28.08. - 02.09.2005 Pörschach am Würthersee (54. Seminarkongress)  
09.10. - 15.10.2005 Bad Krozingen bei Freiburg i. Brsg. (1. Seminarkongress)  
24.11. - 03.12.2005 Teneriffa / Puerto de la Cruz (28. Seminarkongress)

**Sonstige BDI-Termine**

09.06., 08.09. 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

## 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

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

### 44. Bayerischer Internisten-Kongress

**Datum:** 18.-20.11.2005

**Ort:** Universitätshauptgebäude Ludwig-Maximilians-Universität München

**Schwerpunkthemen:** 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.  
Sekt. 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:** Akademie f. med. Fort- und Weiterbildung  
Bismarck-Allee 8-12  
23795 Bad Segeberg  
Ärztchamber Schleswig-Holstein, Sekr. Frau M. Fellner  
Tel.: 04551/803-195  
Fax: 04551/803-194  
E-Mail: akademie@aeksh.de

**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

## Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.

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

**Ort:** Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstr. 16, 81677 München

**Beginn:** jeweils Donnerstag, 19.30 Uhr

09.06.2005 **Angiologie aktuell 2005/2** – Focus: Risiko PAVK, Mechanismen der Atherosklerose-Entstehung und  
– Beeinflussung, kritische Extremitätenischämie – Referenten: *März, Tepohl, Hoffmann*

14.07.2005 **Kardiologie aktuell 2005** – Focus: Infarkt-Management, DMP – KHK, Sportmedizinische Aspekte  
– Referenten: *Schühlen, Silber, Halle*

06.10.2005 **Gastroenterologie aktuell 2005** – Focus: Nahrungsmittelallergie, extraintestinale Manifestationen bei  
CED, Diverticulose – Diverticulitis – Referenten: *Gross, Schepp, Folwaczny*

27.10.2005 **Geriatric aktuell 2005** – Focus: Fortschritte bei Demenz-Erkrankungen, Osteoporose und bei geriatrischen Frakturen – Referenten: *Förstl, Bartl, Stöckle*

10.11.2005 **Pneumologie aktuell 2005** – Focus: Asthma bronchiale und COPD, Allergie und Umweltfaktoren, Lungenkarzinom – Referenten: *Behr, Nowak, Huber*

**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

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, Zerzabelshofstr. 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](http://www.bdi.de), >>Fortbildung, >>Kurse und Kongresse „Bayerische Internisten“ bzw. direkt unter [www.bayer-internisten.de/fortbildung.htm](http://www.bayer-internisten.de/fortbildung.htm).

## MEDcongress Baden-Baden vom 3. bis 9. Juli 2005

### 32. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Kongresshaus Baden-Baden, Augustaplatz 10

Tel.: 07221/304-0, Fax: 07221/304-304, [www.kongresshaus.de](http://www.kongresshaus.de)

#### Themen – Kurse:

Fachkundenachweis Rettungsdienst / Notfallmedizin • Pädiatrische Notfälle – Refresherkurs für Notärzte • Kardiozirkulatorische Notfallsituationen • Keine Angst vor invasiven Notfalltechniken • Notfall in der Arztpraxis • Reanimation-Update • Sprechstunde Notfallmedikamente • Sonographie Grundkurs • Sonographie Aufbaukurs • Kopf-Hals-Sonographie • Sonographie Refresherkurs • Doppler-Echokardiographie • Sonographischer Notfall • Farbdoppler Refresherkurs • Thorax-Sonographie • Bronchoskopie • Lungenfunktionsmessung • Lungenfunktion für Fortgeschrittene • Pneumologischer Refresherkurs • Gastroskopie • Kolo-ileoskopie • EKG Grundkurs Neurologie aktuell: Schwindel • Neurologischer Untersuchungskurs • Practical Skills – kleine Chirurgie • Medizinisches Ozon.

#### Themen - Seminare:

Quickinform • Interaktives Kolloquium • Qualitätsmanagement Hypertonie • Praxis der Gerinnungshemmung • Notfälle bei Nieren- und Hochdruckkrankheiten • Der kardiovaskuläre Risikopatient • Endokrinologie - Refresherkurs Schilddrüse 2005: Ein Update • Schmerztherapie und Symptomkontrolle • Koloproktologie • Rheumatologie • Präventiv-/ Sportmedizinisches Seminar • Seriöses Well-Aging • Der neue EBM/Seriöses IGeLn • Neue Substanzen und Therapiekonzepte in der Onkologie • Psycho-Sexuelle Störungen • Eheprobleme im ärztlichen Beratungsgespräch • Demenzkranke im ärztl. Kontext – Zumutung oder Herausforderung • Der kranke Arzt – Tabu und Chance • Effektive Gesprächsführung in der Praxis • Praxisbetriebswirtschaftliche Tipps • Praxisabgabe und Praxisübernahme • Ärztliche Niederlassung heute • Zukunftsvorsorge • Praxisabgabe • Arztrecht • Integrierte Versorgung • Brennpunkt Gesundheitspolitik.

Die Seminare/Kurse sind als **ärztliche Fortbildungsveranstaltung** zum **Erwerb von Fortbildungspunkten** bei der Ärztekammer beantragt.

#### Veranstalter/Information:

MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V.  
Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart  
Tel.: 0711/720712-0, Fax: 0711/720712-29  
[www.medicacongress.de](http://www.medicacongress.de)  
Ansprechpartner: Birgit Nebelung  
E-Mail: bn@medicacongress.de

#### Gebühren:

Kongresskarte: € 100,—  
Tageskarte: € 35,—

Die Kongressgebühr entfällt bei Teilnahme an den gebührenpflichtigen Kursen.

**BDI-Mitglieder erhalten ermäßigte Kursgebühren.**

#### Satelliten-Symposien:

##### Arzt-Patienten-Seminare

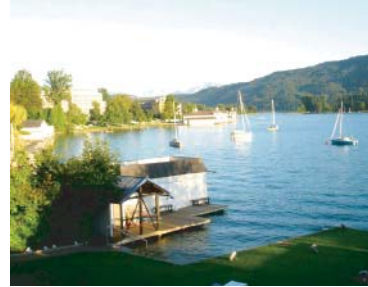
Deutsche Herzstiftung 06.07.2005  
Diabetes mellitus 08.07.2005  
Sichtweisen zur Sarkoidose 09.07.2005

##### Tag der Arzthelferinnen 09.07.2005

Effektives Stressmanagement in der Praxis  
Reanimationstraining in der Praxis  
Arbeits- und Datenschutz  
Teamkommunikation und konstruktives Konfliktmanagement statt Stress und Mobbing  
Qualitätsmanagement – die Erleichterung in der Arztpraxis

##### MTAR-Forum Baden-Baden 09.07.2005

# BDI-Kurse 2005 auf einen Blick!



Kurse	CME: Fortbildungspunkte	Datum	Ort	Preis € Mitgl./Nichtmitgl.	Kursleitung
<input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Nephrologie</b>	<b>16</b>	17.-18.06.05	Weimar, EJBW Reithausaal	210,00 / 250,00	Prof. Dr. med. R. Fünfstück, Weimar
<input type="checkbox"/> <b>Echokardiographie- Grundkurs</b> <small>*gem. KBV-Richtlinien</small>	<b>voraus. 31</b>	29.08.-02.09.05	Pörtschach a. W. Congress Center	385,00 / 550,00 inkl. Kongressteilnahme!	Dr. med. A. Fischbach et.al, Wiesbaden
<input type="checkbox"/> <b>Doppler-Duplex- Sonographie-Grundkurs</b> <small>*gem. KBV-Richtlinien</small>	<b>voraus. 25</b>	29.08.-01.09.05	Pörtschach a. W. Congress Center	385,00 / 550,00 inkl. Kongressteilnahme!	Prof. Dr. med. J. Dörrler, Erding Dr. med. Eric Hsu, Mannheim
<input type="checkbox"/> <b>Farbdoppler- Echokardiographie- Refresherkurs</b>	<b>voraus. 16</b>	24.-25.09.05	München, Städt. KH Schwabing	180,00 / 230,00	PD Dr. med. W. Zwehl, München
<input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Kardiologie/ Pneumologie</b>	<b>voraus. 16</b>	07.-09.10.05	Bad Krozingen, Kurhaus	210,00 / 250,00	Prof. Dr. med. G. Bönner, Bad Krozingen
<input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Stoffwechsel/ Endokrinologie</b>	<b>voraus. 20</b>	28.-31.10.05	Venedig Palazzo Albrizzi (Cannaregio)	245,00 / 350,00	Prof. Dr. med. O.-A. Müller, München
<input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Gastroenterologie / Hepatologie</b>	<b>voraus. 16</b>	11.-13.11.05	Hattingen Ev. Krankenhaus Hattingen	224,00 / 320,00	Prof. Dr. med. A. Tromm, Hattingen
<input type="checkbox"/> <b>Bronchoskopie- kurs</b>	<b>voraus. 25</b>	24.-26.11.05	Nürnberg Klinikum Nürnberg Nord	224,00 / 320,00	Dr. med. M. Wagner, Nürnberg

Hiermit melde ich mich zu folgenden Kursen verbindlich an:

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

Akad. Titel: \_\_\_\_\_ Vor- / Zuname: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: \_\_\_\_\_

Ich bin:  Mitglied des BDI  Nichtmitglied Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongresse und Fortbildung,  
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322, -24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, E-mail: info@bdi.de

# Intensivkurs Nephrologie, Weimar

## 17. - 18. Juni 2005

**Kursleitung:** Prof. Dr. med. R. Fünfstück (Weimar),  
Prof. Dr. med. G. Stein (Jena), Prof. Dr. med. G. Wolf (Jena)

**Kursort:** Reithausaal des EJBW, Platz der Demokratie 5, 99425 Weimar

**CME:** Mit 16 Fortbildungspunkten von der LÄK Thüringen zertifiziert!

### Programm:

Sinn und Unsinn mikrobiologischer Untersuchungen bei Erkrankungen der Nieren und des harnableitenden Systems, bewährte und neue Verfahren in der radiologischen Diagnostik - Differentialindikationen der verschiedenen Untersuchungsverfahren, Störungen des Knochenstoffwechsels bei chronischer Niereninsuffizienz und nach Nierentransplantation, Diabetes und Niere - Diabetische Nephropathie, Kardiovaskuläre Risiken bei chronischer Niereninsuffizienz, Diagnostik und Therapiestrategien renaler Komplikationen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Nierenbeteiligung bei multiplem Myelom, Arzneimittelverordnung bei akuter und chronischer Niereninsuffizienz, Diuretikatherapie bei Erkrankungen der Nieren und des Herz-Kreislauf-Systems, Niere und Hochdruck, macht eine leitliniengerechte Therapie Sinn? Neue Möglichkeiten der histopathologischen Diagnostik, Progressionsmechanismen bei chronischer Niereninsuffizienz - verfügbare und zukünftige Therapieoptionen, Therapie glomerulärer Erkrankungen, Möglichkeiten und Grenzen der Nierenersatztherapie, Nieren transplantation, Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt.



### Referenten:

Prof. Dr. med. R. Fünfstück, Weimar; Frau PD Dr. med. C. Blume, Düsseldorf; Frau PD Dr. med. K. Farker, Jena; PD Dr. med. H.-J. Fricke, Jena; Prof. Dr. med. H. Geiger, Frankfurt a. M.; Prof. Dr. med. K.-J. Gröne, Heidelberg; PD Dr. med. M. Ketteler, Aachen; Prof. Dr. med. K. Kühn, Karlsruhe; Prof. Dr. med. F. Luft, Berlin; Prof. Dr. med. H. Mauch, Berlin; Frau Dr. med. U. Ott, Jena; Prof. Dr. med. W. Riegel, Darmstadt; PD Dr. med. H. Siegusch, Jena; Prof. Dr. med. G. Stein, Jena; Prof. Dr. med. F. Strutz, Göttingen; Prof. Dr. med. G. Wolf, Jena

# Intensivkurs Kardiologie / Pneumologie

## Bad Krozingen (bei Freiburg im Brsg.)

### 07. - 09. Oktober 2005

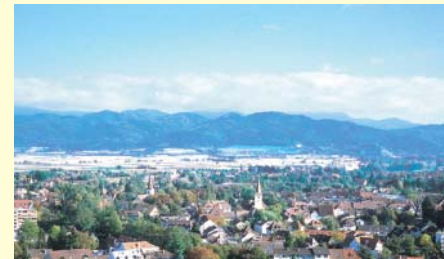
**Kursleitung:** Prof. Dr. med. G. Bönner, Bad Krozingen

**Kursort:** Kurhaus Bad Krozingen

**CME:** Voraussichtlich 16 Fortbildungspunkte!

### Voraussichtliche Themen:

Ist die prähospital Lysetherapie bei akutem Koronarsyndrom erforderlich? Aktueller Stand der rekonstruktiven Herztherapie, Wer braucht wirklich einen ICD? Trainingstherapie bei Herzerkrankungen: Wer? Was? Wieviel? Was bedeutet das DMP KHK für die Praxis? Differentialdiagnose Husten: Abhandlung an Beispielen. Lungenembolie: Diagnostik und aktuelle Therapiemöglichkeiten. Pulmonale Hypertonie: Bewertung und Therapiemöglichkeiten. Aktuelle Aspekte zur hypertonen Kardiomyopathie. Interventionelle und chirurgische Vitientherapie. Aktueller Stand der Schrittmachertherapie. Herz und Diabetes mellitus. Herz und Nierenerkrankung. Aufgaben des Kardiologen auf der Stroke-Unit. Periphere Verschlusskrankheit: Konservative Diagnostik und Therapie, Interventionelle Diagnostik und Therapie. ACI-Stenosen: Operation oder Stent? Neue Studienergebnisse vom ESC-Kongress in Stockholm.



**Anmeldung:** **Intensivkurs Nephrologie,** **Weimar: 17. - 18.06.2005**  
Teilnahmegebühr: € 210,00 für BDI-Mitglieder € 250,00 für Nichtmitglieder

**Anmeldung:** **Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie,** **Bad Krozingen: 07. - 09.10.2005**  
Teilnahmegebühr: € 210,00 für BDI-Mitglieder € 250,00 für Nichtmitglieder

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

Akad. Titel: \_\_\_\_\_ Vor- / Zuname: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: \_\_\_\_\_

Ich bin:  Mitglied des BDI  Nichtmitglied Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongresse und Fortbildung,  
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322, -24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, E-mail: info@bdi.de

# Pörtschach am Wörthersee

**28. Internationaler interdisziplinärer Seminarkongress für ärztliche Fortbildung**  
**Sonntag, 28. August bis Freitag, 02. September 2005**

## Kongressort:

Congress Center Wörthersee, Hauptstr. 203, A-9210 Pörtschach a. W.

## Wissenschaftliche Programmgestaltung und Leitung:

Prof. Dr. med. Burkard May, Bochum

## CME: Voraussichtlich 20 Fortbildungspunkte!

Zertifizierung des Kongresses beantragt.

Kurse werden zusätzlich bewertet!

## Schwerpunktthema:

„Krankheiten des Herzens und der Atemorgane“



**Zentrale Kongress Themen:** Kardiologie, Radiologie, Innere Aktuell, Dermatologie, Onkologie/Hämatologie, Endokrinologie, Hepatologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Infektiologie, Pneumologie, Schilddrüse interaktiv, Diabetes, Proktologie, Phytotherapie, Ernährung, Reise-medicin, Rheumatologie, der interessante Fall Neurologie, Chirurgie, Interdisziplinäres Forum, Berufspolitik.

Anmeldung:	CME: Fortbildungspunkte	Datum	Uhrzeit	Preis € Mitgl./Nichtmitgl.	Kursleitung
<input type="checkbox"/> Echokardiographie-Grundkurs *gem. KBV-Richtlinien	<b>voraus. 31</b>	29.08-02.09.05	10.00-13.00 16.00-19.00	273,00 / 390,00	Dr. med. A. Fischbach et. al, Wiesbaden
<input type="checkbox"/> Doppler-Duplex-Sonographie-Grundkurs <small>interdisziplinär</small> *gem. KBV-Richtlinien	<b>voraus. 25</b>	29.08.-01.09.05	10.00-13.00 16.00-19.00	273,00 / 390,00	Prof. Dr. med. J. Dörrler, Erding Dr. med. E. Hsu, Mannheim
<input type="checkbox"/> Internistische Notfälle	<b>voraus. 5</b>	02.09.05	10.00-12.00 16.00-18.00	52,50 / 75,00	Dr. med. Petra Heizmann, Berlin
<input type="checkbox"/> Psychosomatik-Workshop Gesprächsführung	<b>voraus. 7</b>	29.-30.08.05	10.00-13.00	77,00 / 110,00	Dr. med. G. Berberich, Windach
<input type="checkbox"/> Sonographie-Refresherkurs	<b>voraus. 13</b>	29.-31.08.05	16.00-19.00	112,00 / 160,00	PD Dr. med. W.-D. Strohm, Heilbronn
<input type="checkbox"/> Diabetologie-Workshop	<b>voraus. 13</b>	31.08.-02.09.05 01.09.05	10.00-13.00 09.00-13.00	112,00 / 160,00	PD Dr. med. Kornelia Konz, Wiesbaden
<input type="checkbox"/> <b>Kongresskarte</b>				<b>112,00 / 160,00</b>	
<input type="checkbox"/> Med. Assistenzpersonal				80,00 / 80,00	
<input type="checkbox"/> Tageskarte		Datum: _____		45,50 / 65,00	
<input type="checkbox"/> Reservierung eines Abstractbandes zum Kongress, inkl. CD (Bezahlung erfolgt vor Ort).					
<input type="checkbox"/> Ärzte im Ruhestand, arbeitslose Mediziner sowie Ärzte im Erziehungsurlaub erhalten bis auf Widerruf die Gebührensätze für Mitglieder. (Bitte Bescheinigung beilegen!) Es gelten die Teilnahmebedingungen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.					
Akad. Titel: _____ Vor- / Zuname: _____ E-Mail: _____					
Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: _____					
Ich bin: <input type="checkbox"/> Mitglied des BDI <input type="checkbox"/> Nichtmitglied Datum: _____ Unterschrift: _____					

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongresse und Fortbildung,  
 Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322, -24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, E-mail: info@bdi.de

# Intensivkurs Stoffwechsel / Endokrinologie Venedig - Palazzo Albrizzi (Cannaregio)

Freitag, 28.10. - Montag, 31.10.2005

## Kursort:

Palazzo Albrizzi, Cannaregio 4118, I-30131 Venedig

## Wissenschaftliche Programmgestaltung / Kursleitung:

Prof. Dr. med. O.-A. Müller, München

## CME: voraussichtlich 20 Fortbildungspunkte!

Freitag, 28.10.2005: 15.00 - 19.00 Uhr

Sekundäre Hypertonie, Teil: Ranale Hypertonie, Teil II: Endokrine Hypertonie (PD Dr. med. M. Hausberg, Münster),  
Diabetologie, Leitlinienorientierte Therapie der diabetischen Folgekrankheiten (PD Dr. med. Kornelia Konz, Wiesbaden)  
Adipositas - neue medikamentöse Therapie (PD Dr. med. Kornelia Konz, Wiesbaden)

Samstag, 29.10.2005: 09.00 - 16.30 Uhr

Osteoporose, Diagnostik und Therapie (Dr. med. Rieke Alten, Berlin)  
Diabetologie, Insulinanaloga - Pro und Contra (Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Dräger, München)  
Hypophysenerkrankungen, Hyperprolaktinämie, Hypophyseninzipitalome u.m. (Prof. Dr. med. O.-A. Müller, München)

Sonntag, 30.10.2005: 09.00 - 16.30 Uhr

Fettstoffwechselstörungen, Pathophysiologie und Therapiestrategien, Klinische Relevanz von Risikostratifizierung (risk-engine) (PD Dr. med. Kornelia Konz, Wiesbaden)  
Gynäkomastie - Ursachen und Therapie (Prof. Dr. med. D. Klingmüller, Bonn)  
Cushing-Syndrom - Klinische Relevanz (Prof. Dr. med. O.-A. Müller, München)  
Diabetologie, Leitlinienorientierte Therapie des Typ 2 - Diabetes mellitus (Dr. med. Cornelia Jausch-Hancke, Wiesbaden)  
Andrologie - Hypogonadismus und erektile Dysfunktion (Dr. med. Cornelia Jausch-Hancke, Wiesbaden)

Montag, 31.10.2005: 09.00 - 13.00 Uhr

Hormontherapie in der Menopause - was bleibt? (Dr. med. Cornelia Jausch-Hancke, Wiesbaden)  
Einfluss von Umweltfaktoren auf das Hormonsystem. Was ist klinisch relevant? (Prof. Dr. med. D. Klingmüller, Bonn)  
Fallstricke in der Endokrinologie - Round Table Gespräch, Interessante Kasuistiken  
(Prof. Dr. med. O.-A. Müller, München; Dr. med. V. Büber, Berlin; Dr. med. Cornelia Jausch-Hancke, Wiesbaden;  
Prof. Dr. med. D. Klingmüller, Bonn)

**Anmeldung:** **Intensivkurs Stoffwechsel / Endokrinologie** **Venedig: 28. - 31.10.2005**  
Teilnahmegebühr: € 245,00 für BDI-Mitglieder € 350,00 für Nichtmitglieder

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

Akad. Titel: \_\_\_\_\_ Vor- / Zuname: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: \_\_\_\_\_

Ich bin:  Mitglied des BDI  Nichtmitglied Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongresse und Fortbildung,  
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, E-mail: info@bdi.de

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

(gültig für alle Veranstaltungen ab 1. 7. 2005)

### 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. Ärzte im Ruhestand, arbeitslose Mediziner sowie Ärzte im Erziehungsurlaub erhalten bis auf Widerruf gegen Nachweis die Gebührensätze für Mitglieder.

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

*Der Veranstalter*

### Gesetzliche Fortbildungspflicht seit 1. Juli 2004

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

„Punkte“ gelten bereits ab dem 01.01.2004. Auch Klinikärzte sind zur Fortbildung nach § 137 des SGB V verpflichtet. Dies ist Teil der verpflichtenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser.



### Meine Anschrift:

Herr  Frau Akad. Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift privat\*: \_\_\_\_\_  
mit Tel./Fax-Nr.

Anschrift dienstl.: \_\_\_\_\_

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

### Ich hätte gerne weitere Informationen zu folgenden Veranstaltungen:

Intensivkurs Nephrologie, Weimar, 17.-18.06. 2005

Intensivkurs Stoffwechsel/Endokrinologie, Venedig, 28.-31.10.2005

Farbdoppler Echokardiographie Refresher-Kurs, München, 24.-25.09.2005

Bronchoskopiekurs, Nürnberg, 24.-26.11.2005

Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie, Bad Krozingen, 07.-09.10.2005

Informationen zu anderen Kursen:

### Ich möchte mich gleich zu folgenden Veranstaltungen anmelden:

Kurs: \_\_\_\_\_ Kursgebühr: \_\_\_\_\_ Termin/Ort: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_ Kursgebühr: \_\_\_\_\_ Termin/Ort: \_\_\_\_\_

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

Ich bin  Mitglied des BDI e.V.  Nichtmitglied

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

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

### Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

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

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

## Radarfallen sind gesund

Radarfallen ärgern nicht nur rasende Autofahrer, sondern sparen dem Gesundheitswesen tatsächlich Kosten und retten Leben. Wer das schon immer vermutet hat, darf sich durch eine Metaanalyse bestätigt fühlen, die kürzlich im British Medical Journal veröffentlicht wurde. Wissenschaftler der Universität Bristol analysierten 14 Radarfallen-Studien. Die meisten dieser Studien hatten die Häufigkeit von Unfällen, Verletzungen und To-

desfällen auf Straßenabschnitten vor und nach Installation einer Radarfalle erfasst und ausgewertet. Einige nutzten aber auch einen anderen Straßenabschnitt als Vergleich. Die Ergebnisse sind durchweg konsistent: Die Zahl der Unfälle wurde durch die Radarfallen um 5% bis 69% reduziert, Verletzungen gingen je nach Studie um 12% bis 65% zurück und Todesfälle um 17% bis 71%. BW

Quelle: BMJ 2005; 330: S. 331-334 (12. Februar)

## Dann muss der Arzt auch Patientendaten herausgeben

Patientendaten sind normalerweise durch die Schweigepflicht geschützt. In einem Insolvenzverfahren müssen Ärzte aber auch die Namen und Adressen von Privatpatienten offen legen und mitteilen, wie viel Honorar ihnen in Rechnung gestellt wurde. Das hat der Bundesgerichtshof jetzt entschieden (Az.: IX ZB 62/04). Ausgelöst worden war das Urteil durch einen Kölner Internisten, der den Praxisbetrieb trotz Insolvenz weitergeführt hatte. Der Insolvenzverwalter wollte erfahren, wann welche Privatpatienten seit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens behandelt worden waren. Der Internist weigerte sich, verlor das Verfahren nun aber endgültig vor dem Bundesgerichtshof. Die berechtigten Belange der Gläubiger seien höher zu bewerten als die Interessen der Patienten, urteilten die Bundesrichter. BW

## 239.700.000.000 Euro für Gesundheit ausgegeben

Jetzt hat es das Statistische Bundesamt ausgerechnet: Im Jahr 2003 haben die Deutschen insgesamt 239,7 Milliarden Euro für Gesundheit und gegen Krankheit ausgegeben. Das sind 11,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

Das Gesundheitswesen ist damit einer der bedeutendsten Wirtschaftsfaktoren Deutschlands. Rund 57 Prozent der Ausgaben wurden über die Krankenkassen abgewickelt, 9 Prozent über die privaten Krankenversicherer. BW

## Auch Kassenchefs müssen ihre Gehälter verraten



Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen müssen ihre Gehälter veröffentlichen. Die meisten haben es getan, und das hat einige Debatten ausgelöst. Man kann sich in der Tat darüber streiten, ob die Chiefs von Institutionen, deren Tun und Lassen vom Gesetz ziemlich eng vorgeschrieben sind und deren Führung nicht sonderlich viel unternehmerischen Spielraum lässt, wirklich bis zu 260.000 Euro verdienen müssen. Aber sei es drum – schlimmer sind da schon einige Kassenchefs, die sich schlicht und einfach weigern, dem Gesetz zu folgen und ihre Einkünfte nicht veröffentlicht haben. In einem ersten Urteil hat nun das Sozialgericht Augsburg entschieden, dass sich die Kassenbosse nicht auf die Verfassung und den Schutz ihrer persönlichen Daten berufen können. Er setzte die Kassenchefs mit Spitzenpolitikern und Richtern gleich, deren Einkünfte ebenfalls veröffentlicht werden. Hier überwiege das öffentliche Interesse gegenüber den Persönlichkeitsrechten (Az.: S 10 KR 320/04). Die Veröffentlichung sei durchaus auch ein Beitrag zur Kostendämpfung. Ob es der Kassenboss der BKK Essanelle, um den es hier konkret ging, dabei nun bewenden lässt oder ob er zur nächsten Instanz zieht, war bei Redaktionsschluss nicht bekannt. BW