

## Bundeskanzler überrollt Ulla Schmidt und BDI aktuell

Kaum war BDI aktuell gedruckt, da war eine Meldung schon überholt – und Ulla Schmidts Pläne waren Makulatur. **Seite 3**

## Clinical Pathways



Wem nützt das neueste Schlagwort im Gesundheitswesen?

**SEITE 12**

## Eintreiben der Praxisgebühr



Großteil der Kosten bleibt an Ärzten hängen.

**SEITE 10**

## Entschwindet Ulla Schmidt?



Wechsel bei der gesundheitspolitischen Riege der SPD. **SEITE 17**

Aufgelesen

## Die Wandlung des Messias

Vom Messias der Genossen zum Konkursverwalter.

Der Wiesbadener Kurier vom 2.6.2005 über Franz Münterferings neue Rolle

## Glaubhafter Dackel

SPD-Obmann Olaf Scholz versichert, mit der Beendigung der Beweisaufnahme wolle er nur einen Rechtsbruch verhindern ... Das ist so überzeugend wie ein Dackel, der sein Herrchen mit treuem Blick glauben machen will, er habe mit dem leer gefressenen Futternapf nichts zu tun.

Süddeutsche Zeitung Nr. 124/2005 zum Visa-Ausschuss

## Wirkung verpufft

Ich verstehe nicht, warum die Gesundheitsministerin etwas derartiges sagt. Anderthalb Jahre nach in Kraft treten der Gesundheitsreform sind die erzielten Einspareffekte leider schon wieder verpufft.

Rudolf Hauke, Vorstand der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (laut Süddeutsche Zeitung Nr. 133/2005) zu Ulla Schmidts Forderungen, die Kassenbeiträge zu senken.

Schlampige Unterlagen der Kassen

## Bundessozialgericht hilft Ärzten bei Regressen

Arzneimittelregresse sind für Vertragsärzte in jedem Fall ärgerlich, manchmal sogar existenzbedrohend. Gut zu wissen, dass es sich lohnt dagegen anzugehen. Denn offenbar liefern die Kassen oft schlampiges Datenmate-

rial. Da werden Ärzten beispielsweise Rezepte untergeschoben, die sie gar nicht ausgestellt haben. Deswegen lohnt es sich in jedem Fall, eine Regressforderung mit den eigenen Verordnungsunterlagen zu vergle-

chen und dann ggf. die Rezepte von der Prüfungskommission genauer unter die Lupe zu nehmen. Ein Frankfurter Kollege hat es so gemacht und das Bundessozialgericht hat seine Argumentation anerkannt. **Seite 18**

Existenzgefährdende Honorarpolitik

## Belegarztsystem vor dem Aus?

Die Integrierte Versorgung wurde eigens erfunden, um die Gräben zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zuzuschütten. Das Belegarztsystem, das diese Kluft seit langem überbrückt, gerät durch die derzeitige Honorarpolitik dagegen unter die Räder. **Seite 6**

Falsche Grundlage der Politik entlarvt

## Wer einen Hausarzt hat, geht öfter zum Spezialisten

Wenn alle Patienten vom Hausarzt gesteuert werden, springen sie nicht mehr bei so vielen Ärzten herum und verursachen nicht so hohe Kosten. Diese Grundannahme der Schmidt'schen Gesundheitspolitik ist falsch: Wer einen festen Hausarzt hat, geht sogar öfter zum Spezialisten. **Seite 13**

Koalition gibt auf

## Was bringt den Ärzten ein Regierungswechsel?

Die Wahrscheinlichkeit eines Regierungswechsels ist nicht gerade klein – wären die Ärzte dann besser dran? Schließlich ist die letzte Reform das gemeinsame Kind von Regierung und Opposition, was nicht gerade für allzu große gesundheitspolitische Dif-

ferenzen spricht. Aber nein – natürlich gibt es grundsätzliche Differenzen. Die große Frage ist nur: Wie will, wie kann die derzeitige Opposition bei einem Regierungswechsel ihre Vorstellungen umsetzen? **Seite 4**

**Versand-  
Aufkleber**

## AUS DEM INHALT

|  |  |
|--|--|
| AU-Zeiten insgesamt rückläufig                                 | Belegärzte, Angio-MRT, Berichte                  |
| Aber immer mehr AU-Tage durch die kranke Psyche <b>8</b>       | Neues zur Kassenabrechnung <b>19</b>             |
| Versorgungswerke   | Sonderangebote für BDI-Mitglieder                |
| Mitgliedschaft nur noch dort, wo der Doktor arbeitet <b>19</b> | In diesem Heft: Volvo und Rechtsschutz <b>27</b> |

# Nach dem Wahldebakel für Rot-Grün in Nordrhein-Westfalen peilt der Kanzler Neuwahlen an .....

... und alle sind zufrieden. In die erstarrte Politik in Deutschland ist plötzlich Bewegung gekommen, der beginnende Wahlkampf emotionalisiert Menschen und politische Parteien. Schröder und Müntefering können die auseinander driftenden rechten und linken Flügel ihrer Partei unter dem Wahlkampfmantel wieder vereinen, die Grünen ihr eigenständiges Profil stärken. Die CDU unter Merkel, vereint mit Stoiber und der CSU, aufgrund schlechter Regierungspolitik und günstiger Umfrageergebnisse beflügelt, fühlt sich dem Wahlsieg schon recht nahe. In der FDP werden Regierungs-

ämter schon verteilt. Zumindest bei den politischen Parteien herrscht Aufbruchstimmung.

Die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes sind skeptischer. Eine miserable Wirtschafts- und Finanzpolitik, hohe Arbeitslosigkeit und mangelnde Kaufkraft, Einschnitte ins soziale Netz und Zukunftsängste haben in der Bevölkerung eine Wechselstimmung

erzeugt, doch traut die Mehrheit in der Bevölkerung einer CDU/FDP Regierung die Wende zum Besseren auch nicht zu. Zur Euphorie besteht kein Anlass.



Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

*W. Wesiack*

Und in der Gesundheitspolitik? Werden dort die Karten neu gemischt werden? Was haben wir nach den Wahlen im September zu erwarten? Im Wahlkampf wird die Gesundheitspolitik unter den

Schlagwörtern Bürgerversicherung oder Kopfpause eine Rolle spielen, im Vordergrund wird jedoch die Reform der sozialen Sicherungssysteme stehen.

Nach der Bundestagswahl wird einige Zeit ins Land gehen, bis weitere dringend benötigte Reformen im Gesundheitssystem erfolgen werden. Für uns im Berufsverband Deutscher Internisten die Gelegenheit, jetzt sofort mit den politischen Meinungsführern und den Kassenvertretern unsere politischen Vorstellungen einzubringen und zu diskutieren.

Es gibt viel zu tun - packen wir es gemeinsam an!

## 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.

## 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)

## Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

BW Dr. med. Bernhard Wiedemann  
HFS Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Mitglied des BDI-Vorstandes  
ma Gebriele Matzkiel, M.A.

RAB Rechtsanwalt Maximilian G. Broglie  
red Redaktion BDI aktuell  
tr Tilo Radau

## Bundeskanzler überrollt Ulla Schmidt und BDI aktuell

Über das letzte BDI aktuell mag sich so mancher Leser gewundert haben. Darin hatten wir über die diversen Pläne der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt berichtet, mit denen sie sich Wahlvorteile im nächsten Jahr verschaffen wollte. Überschrift: „**Ärzte als Wahlhelfer zwangsverpflichtet**“. Die Ministerin wollte unter anderem alle Arbeitgeber verpflichten, die Sozialversicherungsbeiträge früher zu überweisen und damit eine unangenehme Rentendiskussion im regulären Wahljahr verhindern.

Diese Pläne haben Bundeskanzler Gerhard Schröder und

der SPD-Vorsitzende Franz Müntefering nun durchkreuzt – und BDI aktuell haben sie damit auch gleich überrollt. Denn gerade war das letzte Heft gedruckt, da gaben die beiden nach dem nordrhein-westfälischen Wahldesaster bekannt, dass noch dieses Jahr neu gewählt werden soll. Als BDI aktuell dann bei den Lesern ankam, war unser Bericht also schon längst ebenso überholt, wie die Wahlkampf-Hilfspläne der Ulla Schmidt. So schnell kann sich die Lage drehen!

Ob Ulla Schmidts Pläne wirklich erledigt sind, ist allerdings eine ganz andere

Frage. Wenn Union und FDP nach der Wahl eine große Koalition bilden, dürfte auch deren Interesse an einer hitzigen Rentendiskussion während des ersten Regierungsjahres nicht allzu hoch sein. Glaubt man den Stimmen aus Bonn, scheint die Union inzwischen entschlossen, das Gesetz noch schnell passieren zu lassen. Denn andernfalls könnte die vorgezogene Bundestagswahl dem arbeitenden Teil der Bevölkerung eine Steigerung des Renten-Beitragssatzes von derzeit 19,5 auf bis zu 20 Prozent bescheren.

BW

## Stipendium für Medizinstudenten

Sozusagen als Antwort auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, den Ländern die Einführung von Studiengebühren zu überlassen, etabliert der BDI erstmals zum Sommersemester 2006 das BDI-Stipendium.

„Wir wollen nicht nur den Studierenden helfen, den zukünftigen finanziellen Belastungen eines Studiums zu begegnen, sondern erfüllen damit auch eines der wichtigsten Ziele des BDI, nämlich die berufliche Fort- und Weiterbildung der Fachärzte für Innere Medizin / Internisten zu fördern. Und dies kann und soll bereits während des Studiums beginnen“ betont der Präsident des BDI e.V. Dr. med. Wolfgang Wesiack.

Eine Bewerbung zum BDI-Stipendium kann frühestens nach dem erfolgreichen Abschluss des Physikums erfolgen. Der Maximalzeitraum für eine BDI-Förderung beträgt acht Semester, jedoch längstens zwei Semester über der Regelstudienzeit. Die Förderung mit 500 € pro Semester endet jeweils mit Erlangung des Staatsexamens. Vollständige Bewerbungsunterlagen finden Interessierte auf der Website des BDI ([www.bdi.de](http://www.bdi.de)).

red



Ministerin Schmidt, Kanzler Schröder: Wahlkampf-Pläne vermässelt. (Fotos: links Aevermann, rechts dpa)

Disease Management zur besseren Versorgung der Patienten? Nein, AOK-Chef gibt es zu:

## DMP nur zwecks Geldbeschaffung interessant

Der AOK-Bundesvorsitzende Hans Jürgens Arens hat gedroht, die DMPs einzustellen, falls sie nicht mehr über den Risikostrukturausgleich finanziert werden sollten. **Das entlarvt die Einstellung der Kassen zu diesem Instrument, von dem sie sonst gerne behaupten, dass es der besseren Versorgung der Patienten dient.**

Es lohnt sich ein Blick in die neue Geschichte der Gesundheitsreform:

Von Ulla Schmidt wurden die DMPs vorweg beim Diabetes mellitus als der Qualitätsfortschritt schlechthin in der Versorgung gesehen. Alle Hinweise, dass es schon vorher Diabetesverträge gab, die weit höhere Anforderung an die Qualität

stellten, hat niemand, auch nicht die kassenärztliche Vereinigung, zur Kenntnis genommen. **Am Schluss haben (fast) alle mitgemacht, auch wenn sie wussten, dass hier ein Etikettenschwindel vorliegt. Es geht hier aber nicht um die Qualität der Versorgung beim DMP, es geht nur ums Geld beim Vertei-**

**lungskampf der Kassen untereinander.** Wir sind Herrn Arens dankbar, dass er dies mit seiner Stellungnahme so offen dargestellt hat. Eine Anmerkung sei erlaubt: **Ärztliche Körperschaften haben sich auch hier wieder für ökonomische Zwecke der Kostenträger instrumentalisieren lassen.**

HFS

## Was bringt den Ärzten ein Regierungswechsel?

**Das Ergebnis vorgezogener Bundestagswahlen scheint vielen klar: Die Regierung wird abgelöst. Was kann ein solcher Wechsel für das Gesundheitswesen bedeuten? Vordergründig scheint es hier zwischen Regierung und Opposition viel Gemeinsames zu geben, immerhin wurde die letzte Reform auch**

**von der Opposition mitgetragen. Bei genauer Betrachtung gibt es aber doch erhebliche Unterschiede in der grundsätzlichen Ausrichtung – gleichzeitig aber dürfte die derzeitige Opposition erhebliche Probleme mit der Umsetzung ihrer Grundvorstellungen bekommen.**

Das GMG, Ulla Schmidts Reformgesetz, hat sehr viele handwerkliche Fehler, die naturgemäß erst bei der Umsetzung des Gesetzes zu Tage treten – und in den letzten Monaten auch zu Tage getreten sind. Dies fängt bei der Praxisgebühr an, deren Mahnverfahren nicht ordentlich geregelt wurde und endet beim Paragraphen 116 b mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, bei der man medizinische Begriffe einführte, die einer Überprüfung nicht standhalten.

### Falsche medizinische Basis im Gesetz

Dieser § 116 b enthält beispielsweise folgende medizinische Grundaussage: Tumorkrankheiten sind Erkrankungen mit besonderem Verlauf; dabei weiß doch jeder Staatsexamenkandidat, dass sich grade diese Krankheiten durch typische Verläufe auszeichnen. Dann hat man zu allem Überfluss auch übersehen, dass man die Vorgabe bei den unterschiedlichen Leistungserbringungen in der Praxis und im Krankenhaus ordnungspolitisch nicht umsetzen kann. Bei zukünftigen Gesetzen sollte man mehr Sorgfalt bei der Formulierung einfordern.

Interessant ist nun, dass das GMG zwar oft Ulla Schmidt und damit der derzeitigen Regierung zugeschrieben wird, in Wirklichkeit aber auch von der Opposition verantwortet

werden muss. Es war schließlich ein Kompromiss, den Horst Seehofer und Ulla Schmidt nach langen Verhandlungen gemeinsam in einer viel beachteten Pressekonzferenz verkündet haben.

### Der Weg ins staatliche Gesundheitswesen

Für eine neue Gesundheitsreform durch eine eventuell entstehende große Koalition ist dieses Gesetz keine gute Einführung.

Wir brauchen aber eine neue Reform. Zu allererst muss die Finanzierung der GKV angegangen werden. Hier sind die Positionen schon weitgehend klar. Die

Bürgerversicherung wird von der SPD und den Grünen favorisiert, ein Kopfpauschalensystem wird von der CDU vertreten, die FDP setzt wie in der Vergangenheit überwiegend auf Kostenerstattungen und die Eigenverantwortung des Versicherten.

Besonders der Begriff der Bürgerversicherung bedarf hier einer eingehenden Erläuterung, um populistische Absichten zu entlarven. Diese Versicherung ist de facto eine Gesundheits- oder Krankheitssteuer. Sie führt automatisch in ein staatliches Gesundheitswesen.

Bei der Kopfpauschale der CDU ist aber auch nicht sicher, ob das Geld reicht und man muss befürchten, dass der Vorschlag als unsozial gebrandmarkt und damit im Wahlkampf unverkäuflich wird. Bei der Finanzierung der GKV hat man noch nicht den rechten Kompromiss gefunden, der eine sozial verträgliche Lösung mit Entlastung der Lohnnebenkosten einerseits und den Erhalt des Versicherungsprinzips andererseits ermöglicht.

### Regierung und Opposition einer Meinung?

Mit der Finanzierung ist es aber für die nächste Bundesregierung nicht getan. Auch das Leistungsrecht muss neu geregelt werden. Um das Problem, die Leistungen dem Geld anzupassen oder umgekehrt,

kommt auch die nächste Regierung nicht herum.

Beim Beschluss zum GMG entstand der Eindruck Regierung und Opposition sind sich inhaltlich sehr nah – dies aber nur auf den ersten Blick. Hinter den Parteien stehen grundsätzlich unterschiedliche Vorstellungen, denn Gesundheitspolitik ist Gesellschaftspolitik.

Welche gesellschaftspolitischen Vorstellungen stehen hinter der Rot-Grünen-Regierung?

### Steuerung des Patienten...

**Die Steuerung des Patienten überlässt man hier den Krankenkassen und Körperschaften**, z.B. der Kassenärztlichen Vereinigung. **Eindeutige Priorität hat aber die Krankenkasse**, gleichgültig, ob die Probleme über Kollektivverträge via KV oder über Einzelverträge via § 140 geregelt werden. Auch jetzt ist das System bereits pseudo-staatlich. Es soll den Patienten in seiner Versorgung steuern. Sogenannte **Patientenströme werden in möglichst preiswerte Strukturen umgeleitet**. Der Patient hat dazu wenig beizutragen. Er wird versorgt und in dem System geführt. Der immer wieder beschworene mündige Patient ist in dieser Betrachtung eigentlich unerwünscht.

### ...oder Eigenverantwortung

Die CDU geht von einer anderen Voraussetzung aus. **Der Patient soll** ▶



**zumindest mitentscheiden, wie er sich im System bewegt,** von wem er behandelt wird und in welches Krankenhaus er geht.

**Leistung und Kosten im GKV-System müssen dafür aber transparenter gestaltet werden,** Verträge

müssen variabler sein.

Wie das im derzeitigen System, das bürokratisch und starr eher auf Verord-

nung wie z.B. DMP-Programme oder auf Kollektivverträge beruht, abzubilden

**Umbau des jetzigen Leistungsrechtes notwendig wird und man dabei auch auf Elemente der Selbstbeteiligung und vor allem der Kostenerstattung wird zurückgreifen müssen.**

Beim letzten Punkt wird sich dann auch die FDP problemlos mit einbringen können.

Klar wird nach dieser Betrachtung, **dass auch eine unionsgeführte Regierung nicht am ersten Tag nach der Regierungsübernahme mit einem neuen Konzept in die Öffentlichkeit treten kann. Wir werden wohl noch mit den derzeitigen Unzulänglichkeiten eine Zeit lang weiter leben müssen, auch nach einer vorgezogenen Bundestagswahl.**

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

### Zitat

## Murks contra Marx

*Der Spiegel* über die Pläne der Union (Gesundheitsprämie) und der Koalition (Bürgerversicherung) zur Sanierung der Kassenfinanzen.

ist, hat die CDU noch nicht mitgeteilt. **Zumindest muss man davon ausgehen, dass ein erheblicher**

### Integrierte Versorgung

## Noch (zu)viel Schatten bei sektorenübergreifender Versorgung

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) ist „besser als sein Ruf“, Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) seien Gemeinschaftsprojekte „mit Vorteilen für alle Beteiligten“. So oder ähnlich wird im GKV-Lager gern für die Integrierte Versorgung geworben, zuletzt von der Gmünder ErsatzKasse (GEK) für eine sektorenübergreifende Abstimmung zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.<sup>1</sup>

Auch in der Ärzteschaft wird „die Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungssystemen, welche die Kluft zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten im Interesse einer verbesserten und kostengünstigeren Versorgung verringern“ (Zitat: Medi Verbund Berlin, 6. Dezember 2004) grundsätzlich begrüßt.

Aber: Allen Beteuerungen zum Trotz, die von den ärztlichen Standesorganisationen wiederholt beklagte Ökonomisierung der Medizin nicht weiter zu begünstigen, ist für Niedergelassene finanzielle Vorsicht geboten.

Denn: Die so genannte Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung kommt laut Gesetz aus der Vergütung der KVen (Gesamtvergütung) und der Vergütung der Krankenhäuser.

### Den Niedergelassenen geht Geld verloren

Ergo werden für die Verträge zur Integrierten Versorgung Gelder aus der Gesamtvergütung (regulär ein Prozent) abgezweigt. Diese Euros gehen Kassenärzten für die Versorgung ihrer Patienten vor allem dann verloren, wenn ein Vertrag zur Integrierten Versorgung – was erlaubt ist – zwischen zwei Krankenhäusern (wie zwischen der Berliner Schlosspark Klinik und einer brandenburgischen Reha-Klinik) abgeschlossen wird.

Im Klartext: „Geld wird aus dem ambulanten in den stationären Sektor umgeleitet“, kritisiert der Medi Verbund Berlin. Das Nachsehen hätten die Niedergelassenen. Sie müssten mit weniger Geld für ihre Kassenpatienten auskommen. Gleichzei-

tig fehle dieses Geld künftig in ihrem ärztlichen Honorar.

Diese Regelung des GMG hält der Medi Verbund Berlin nach § 14 Grundgesetz für verfassungswidrig. Denn die Gesamtvergütung werde auf Kosten der Vertragsärzte für einen Sektor „geplündert“, der „gar nichts mit der Verbesserung der Sektoren übergreifenden Versorgung zu tun hat“.

In seinem gesundheitspolitischen Kommentar zum Jahreswechsel polemisiert der im Badischen praktizierende, politisch umtriebige Facharzt für Allgemeinmedizin, Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon:

„Die Kassen lieben insbesondere die so genannten Integrierten Versorgungsverträge, die alle aus dem einen Prozent der Gesamtvergütung von Vertragsärzten und Krankenhäusern bezahlt werden (...). Die ersten Regionen sind schon pleite: Das einzige, was geregelt ist, ist die Nachschusspflicht der Vertragsärzte, sonst nichts. Da die KVen (...) ausdrücklich ausgeschlossen sind,

ist dies das Betätigungsfeld für die neue Wirklichkeit im Vertragsrecht. Profitieren tun (...) alle außer den Vertragsärzten: Apotheker, Heilmittelerbringer, Reha-Kliniken (soweit das in die Verträge hereingeschrieben wird). ...“

Der Volkswirt Franz-Josef Müller, Vorstandsmitglied und Sprecher der Freien Ärzteschaft, hat derweil beispielhaft den „flächendeckenden Vertrag zur Integrationsversorgung“ zwischen Techniker Krankenkasse (TK), GEK, Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK) und niedergelassenen Orthopäden in Nordrhein bewertet. Sein ernüchterndes Ergebnis zitieren wir im Wortlaut:

1. „Orthopädische Praxen mit weniger als 200 (beziehungsweise 160) Patienten der TK können nicht Vertragspartner werden. Rechnet man den Marktanteil der TK mit den erforderlichen Patientenzahlen hoch, so muss eine Praxis über rund 2.500 GKV-Patienten pro Quartal verfügen, um die- ▶

ses Mengenkriterium erfüllen zu können. Damit dürften 80 Prozent aller orthopädischen Einzelpraxen von einer Teilnahme an dem Vertrag zur Integrierten Versorgung ausgeschlossen sein.

2. Die teilnehmenden Praxen müssen Dritte (zum Beispiel Radiologen) zu Mehrleistungen ohne Honorar verpflichten, um selbst finanzielle Vorteile zu erlangen. Dies ist weder die feine Art noch entspricht es uneingeschränkt dem deutschen Rechtsverständnis. Kommt eine Kooperation mit einem Radiologen nicht zustande, kommt der gesamte IV-Vertrag für die orthopädische Praxis nicht zustande.
3. Die KV (*Anmerkung dgd: Nordrhein*) Consult, obwohl aus der Verwaltungsumlage aller KV-Mitglieder finanziert, hat ei-

nen Teil der Orthopäden, obwohl ebenfalls KV-Mitglieder, bei diesem Vertrag ausgeschlossen. Gemäß § 29 Abs. 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein gilt, dass es berufsunwürdig ist, eine Kollegin oder einen Kollegen aus der Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerberin oder Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Die offene Frage ist, ob die vertraglichen Vereinbarungen zur Integrierten Versorgung (...) mit dem § 29 der Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein in Übereinstimmung stehen. Nach unserer Einschätzung stellt die geforderte Mindestanzahl an TK-Patienten pro Praxis eine unlautere Handlung dar, da damit implizit viele Ärzte

ausgeschlossen werden.

4. Die KV Consult will beziehungsweise muss auf praxisindividuelle Abrechnungsdaten und somit Interna der KV zurückgreifen. Vertraglich hat sich die KV Consult sogar verpflichtet, auch die Daten der übrigen Orthopäden der TK zur Verfügung zu stellen.

Für die teilnehmenden Orthopäden ergeben sich Mehreinnahmen – mindestens 20 Prozent höheres Honorar – aber auch ein erheblicher Mehraufwand für die Praxen. **Alle Patienten kommen in den teilnehmenden Praxen in den Vorzug der Komfortbehandlung, auch wenn für sie kein IV-Vertrag geschlossen wurde. Alle anderen KV-Mitglieder werden die zusätzlichen finanziellen Mittel für die TK-Orthopäden in Form von**

**geringeren Punktwerten zu zahlen haben.**

Die Kassen zahlen nicht einen einzigen Cent mehr, haben aber trotzdem ein höheres Qualitätsniveau eingekauft und den KV-Mitgliedern zusätzliche Verwaltungsanteile aufgebürdet.“

Fazit Müllers: „Die Teilnahme an einem solchen Vertrag würde ich mir (...) gut überlegen. In Kenntnis der schriftlichen Stellungnahme der KV Nordrhein auf die Anfrage der Freien Ärzteschaft zu diesem Vertrag, **hätte ich große Schwierigkeiten, mir ein Szenario vorzustellen, bei dem ich als Teilnehmer einen Profit erzielen könnte.**“<sup>2</sup>

Aus: dgd, 1/2005

- 1 [http://media.gek.de/downloads/presse/Pressemappe\\_071204.pdf](http://media.gek.de/downloads/presse/Pressemappe_071204.pdf)
- 2 <http://facharzt.de/arzt/forum/index.html?md=view&gid=82&aid=98737&st=0>

## Belegarztsystem vor dem Aus?

# Honorarpolitik bedroht beste Form der integrierten Versorgung

**Die integrierte Versorgung wurde eigens erfunden, um die Gräben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einzuebnen. Das Belegarztwesen hingegen, das seit langem existiert und geradezu prädestiniert ist, diese Gräben effizienter als jede integrierte Versorgung zu beseitigen, droht in Deutschland an**

Alle wissen, dass dieses System, wenn es z.B. über Gemeinschaftspraxen und mit Krankenhausbüro organisiert wird, höchst effektiv arbeitet und den allseits beklagten Graben ambulant zu stationär einebnet. Hier handelt es sich um ein Modell der integrierten Versorgung, das schon lange vor dem § 140 funktioniert hat. Viele Fächer, wie z.B. die HNO-ärztliche Medizin oder auch teilweise die Frauenheilkunde wickeln die stationäre Versorgung über diese Schiene ab. Zahl-

reiche Internisten mit und ohne Schwerpunkt sind medizinisch erfolgreich tätig, finanziell soll ihnen jetzt der Garaus gemacht werden.

### Ausland wundert sich über die Deutschen

Im Ausland stößt dieses Verhalten auf absolutes Unverständnis, ist dort doch das Belegarztsystem oft bis in Universitäten hinein die Regelversorgung. Auch der Verband der angestellten Ärzte, der Marburger Bund

**den derzeitigen ordnungspolitischen Vorgaben zu scheitern – obwohl seit Jahren alle Verantwortlichen, sei es in der Politik oder bei der KV, ihre Unterstützung zugesagt haben. In der derzeitigen Lage kann man dazu nur sagen: außer Luftblasen nichts gewesen, nur leere Sprüche.**

hat das Belegarztsystem in seinen Forderungskatalog aufgenommen, vor lauter Tarifpolitik scheint man aber kaum Zeit zu haben sich dafür einzusetzen.

Was ist in den vergangenen Monaten passiert, dass das Problem eskaliert ist?

Ausgangspunkt war der EBM 2000plus mit seinem Chirurgenkapitel, bei dem die Abschläge für die Leistung bei stationärer Erbringung zu erheblichen Honorarverlusten führten. Bei den derzeit üblichen Punktwerten

blieb für den Chirurgen oft nur noch ein Einkommen unterhalb des Assistenzarztes. Dies ist aber nur die Spitze des Eisberges. Die Probleme liegen tiefer.

■ Belegkrankenhäuser müssen wie alle Krankenhäuser im DRG-Zeitalter konkurrenzfähig bleiben oder werden. Dazu müssen sie ihre Leistung ausweiten und viele Patienten versorgen. Dies macht der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern erforderlich.

■ Belegärzte werden nach den Vorgaben von EBM und Honorarverteilung bezahlt. Hier herrscht die blanke Rationierung, Leistung wird durch Abstufung bestraft.

### Honorarregeln aus der Mottenkiste

Wie soll der Interessenskonflikt zwischen den Bedürfnissen des Krankenhauses und den KV-bedingten Einschränkungen

der belegärztlichen Tätigkeit gelöst werden? Hier muss aller Rationierungsdebatten zum Trotz eine gleichgerichtete Honorarpolitik her.

Zu allem Überflus hat die KBV den Länder-KVen einen Vorschlag für die Honorarverteilung gemacht, den diese auch treu und brav übernommen haben. Er stammt aus der Mottenkiste alter Ersatzkassenregelungen, verbietet das Abrechnen einzelner Leis-

tungen und reduziert die Einnahmen nahezu aller technischer Leistungen, angefangen beim Ultraschall bis hin zu interventionellen Eingriffen um mindestens 60 Prozent.

Es wird so getan, als würde das Krankenhaus den Ärzten für diese Leistungen die Investitionen abnehmen. Jeder weiß, dass gerade im belegärztlichen Bereich die Geräte in den Praxen auch für die stationäre Versorgung mitbenutzt werden mit dem zu Recht geforderten Ziel: Investitionen zu vermeiden. Kooperationen mit Krankenhäusern werden somit bestraft.

Zu allem Überflus wird die neue Systematik des EBM 2000plus auf diese Uraltvorgabe überschrieben, die aus dem System des alten EBM abgeleitet war. Hat man in der Honorarabteilung der KBV vergessen, dass man im EBM 2000plus von der Einzelleis-

tungsvergütung zu Komplexpauschalen gewechselt ist?

Man scheint sehenden Auges das Belegarztsystem auf die Probe zu stellen. Was ist zu tun?

■ Die Aufsichtsbehörden müssen aktiviert werden, weil belegärztliche Tätigkeit Krankenhausbehandlung ist, die in die Zuständigkeit der Länder fällt, die dafür den Sicherstellungsauftrag haben.

■ Belegärztliche Leistungen müssen unabgestuft mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet werden und dies zu Lasten der Krankenkassen extra budgetär vergütet werden. Es wird sich wohl auf Dauer nicht vermeiden lassen, ein eigenständiges belegärztliches Vergütungssystem möglichst auf DRG-Basis zu erstellen.

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

### Saubermänner auf Abwegen

## AOK fordert auf, Ärzte anzuschwärzen

Korruption und Betrug im Gesundheitswesen müssen bekämpft werden – kein Arzt wird dies in Frage stellen. Allerdings schießt da mancher übers Ziel hinaus. Etlichen Kollegen dürften noch die Ermittlungswellen in Erinnerung sein, die beispielsweise ein übereifriger Staatsanwalt in Rheinland-Pfalz vor einigen Jahren losgetreten hat. Dabei hatte der Mann einfach die Gebührenordnung nicht kapiert und völlig falsche Untersuchungszeiten postuliert.

Eine der staatsanwaltlichen Grundannahmen lautete damals: Wenn eine Prostatapalpation keine fünf Minuten dauert, handelt es sich um Betrug. Dass die fünfminütige Prostatapalpation per se eine Körperverletzung darstellt und darüber hinaus den Verdacht auf eine sexuelle Straftat weckt, wollen wir hier gar nicht weiter diskutieren. Ärzte wissen dies und auch dem bewussten Staatsanwalt wurde es vom Gericht seinerzeit noch beigebracht. Der größere Teil der Verfahren ging damals für die Staatsanwaltschaft aus wie das Hornberger Schießen. Für die (unschuldigen) Ärzte waren die Folgen freilich oft verheerender.

Die Staatsanwaltschaft hat daraus gelernt, die AOK

Rheinland-Pfalz offenbar nicht. Sie fordert jetzt dazu auf, völlig anonym Ärzte und andere Heilberufler zu beschuldigen. Auf ihrer Website ([www.aok.de/rlpf](http://www.aok.de/rlpf)) hat sie eigens einen Link „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ eingerichtet. Dort kann jeder völlig anonym beliebige Beschuldigungen loslassen – die Anonymität wird sogar „in einem Zertifikat eines unabhängigen Sachverständigen bestätigt“, betont die AOK stolz.

Wie unsinnig und gefährlich eine solche Einrichtung ist, muss wohl nicht eigens erläutert werden. Hier kann jeder, der sich mal über einen Arzt geärgert hat, ohne jedes Risiko ein Ermittlungsverfahren mit möglicherweise katastrophalen Folgen für die Betroffenen auslösen.

Was die Kassen mit Daten aus solchen Aktionen anfangen, hat sich in der Vergangenheit mehrfach gezeigt: Vor etlichen wichtigen Honorarverhandlungen haben sie die Presse mit Betrugsvorwürfen gefüttert, die sich hinterher als nahezu völlig haltlos erwiesen haben. Da waren allerdings die Honorarverhandlungen schon gelaufen – zu Ungunsten der Ärzte.

BW

Anzeige





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

[www.sonoring.de](http://www.sonoring.de)

## Vielfalt, Qualität & Sicherheit

**TOSHIBA**  **GE Ultraschall**  
Sunlight **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

## Aber immer mehr AU-Tage durch die kranke Psyche

Wie schon etliche andere Kassen melden nun auch die mitgliederstarken AOKen einen fortgesetzten Trend zu niedrigen Krankenständen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat ermittelt, dass bei den fast zehn Millionen AOK-Mitgliedern **der Krankenstand auch im Jahr 2004 deutlich zurückgegangen ist und mit 4,5 Prozent den niedrigsten Wert seit mehr als zehn Jahren erreicht hat.** Gegenüber dem Vorjahr war ein Rückgang um 8,9 Prozent zu verzeichnen.

Im Durchschnitt waren die AOK-Mitglieder 16,4 Tage krankgeschrieben. Im Jahr zuvor waren es noch 17,7 Tage gewesen. In Ostdeutschland fiel der Krankenstand mit 4,3 Prozent noch niedriger als im Westen aus. Dort lag er bei 4,5 Prozent.

In den einzelnen Wirtschaftszweigen variierten

die Krankenstände erheblich. Branchen wie die Abwasser- und Abfallbeseitigung, die Forstwirtschaft, die Metallherzeugung- und -verarbeitung, die Autoindustrie, das Textilgewerbe und die öffentliche Verwaltung wiesen überdurchschnittlich hohe Krankenstände auf. Niedrige Krankenstände waren in der Datenverarbeitung, bei Banken und Versicherungen, im Gastgewerbe sowie im Bereich Forschung und Entwicklung zu verzeichnen.

### Bewegungsapparat ist am häufigsten schuld

Die meisten Ausfalltage waren auf **Muskel- und Skeletterkrankungen** (25,2 Prozent), **Verletzungen** (13,2 Prozent), **Atemwegserkrankungen** (12,0 Prozent) und **psychische Erkrankungen** (7,8 Prozent) zurückzuführen. **Psychische**

**Erkrankungen haben in den letzten Jahren gegen den allgemeinen Trend vermehrt zu Arbeitsausfällen geführt.** Allein im Jahr 2004 stieg die Anzahl der dadurch bedingten Ausfalltage um 10 Prozent.

Frauen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer. Bei ihnen stellen diese nach den Muskel- und Skeletterkrankungen und Atemwegserkrankungen mittlerweile die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten dar. In den letzten Jahren haben allerdings psychische Erkrankungen bei Männern stark zugenommen (Anstieg der AU-Fälle um 82 Prozent im Zeitraum von 1994 bis 2003), so dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Erkrankungen verringert haben. Überdurchschnittlich viele Erkrankungstage aufgrund psychischer Erkran-

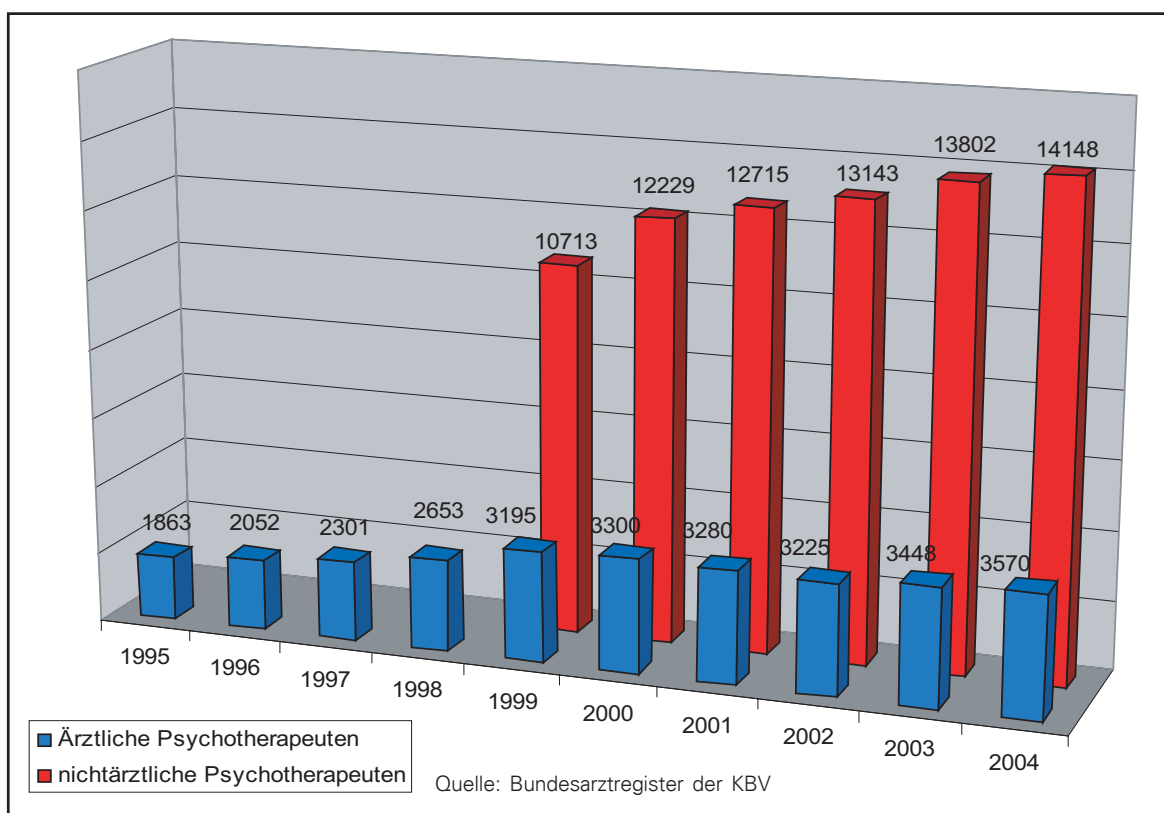
kungen sind im Gesundheitswesen, im Versicherungsgewerbe und in der öffentlichen Verwaltung zu verzeichnen. Bei den psychischen Erkrankungen dominieren Depressionen und neurotische Erkrankungen. Dazu gehören beispielsweise Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und psychosomatische Erkrankungen.

In diesem Zusammenhang ist eine andere Entwicklung interessant. **Seit die psychologischen Psychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen integriert wurden, hat sich ihre Zahl in den vergangenen Jahren deutlich erhöht (siehe Grafik).** Die Zahl der Psychospezialisten, die sich um die Seele der gesetzlich Krankenversicherten kümmern, hat sich seit 1998 drastisch erhöht.

Auch wenn ein Teil der heutigen Kassenpsychotherapeuten auch früher schon Kassenpatienten behandelt hat, ist der Zugang zum Psychotherapeuten heute doch deutlich leichter geworden. Dass die KVen inzwischen teilweise massive Probleme mit dem Psychotherapeuten-Honorar haben, deutet ebenfalls darauf hin, dass die Psyche heutzutage deutlich öfter vom Spezialisten traktiert wird als noch vor 6 Jahren.

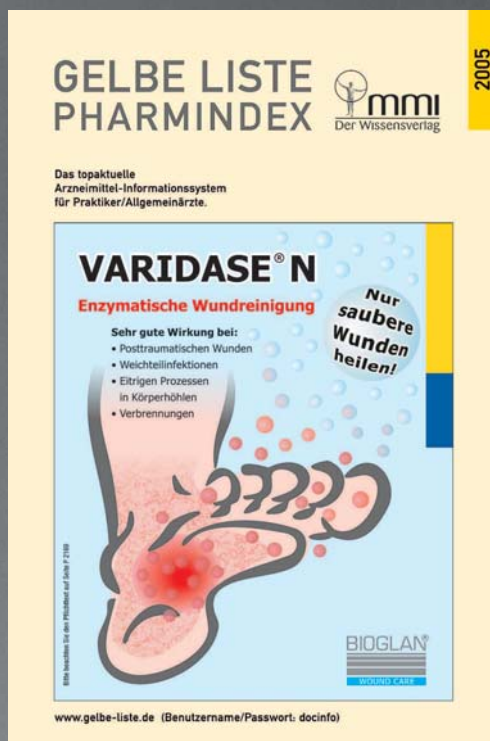
Ein Zusammenhang zwischen dieser Entwicklung und der Bedeutung der kranken Psyche beim Krankenstand lässt sich daraus zwar vermuten, aber nicht beweisen. Die genaue Untersuchung derartiger Zusammenhänge wäre sicherlich auch einmal eine Aufgabe für das neutrale Robert-Koch-Institut (ähnlich der Untersuchung, über die wir auf Seite 13 berichten).

BW



**Seit die psychologischen Psychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen integriert wurden, ist ihre Zahl deutlich gestiegen. Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten hat sich dagegen nur unwesentlich verändert.**

Wissen ist Gelb.  
Denn zum Suchen ist mir meine  
Zeit zu kostbar.



Dr. med. Reiner Gottermann

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

## Die Niedergelassenen müssen trotzdem bluten

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen haben sich zwar darauf geeinigt, dass die Kassen zukünftig die immensen Kosten für das Eintreiben der Praxisgebühr übernehmen. So der freudige Tenor einer KBV-Mitteilung. Trotzdem kommen die Niedergelassenen nicht ungeschoren davon. Denn**

Für das Jahr 2004 haben sich die Krankenkassen bereit erklärt, den KVen die Kosten von mehr als 150 Euro pro 10 Euro Praxisgebühr zu erstatten. Für die Jahre 2005 und 2006 übernehmen die Krankenkassen zusätzlich die nachgewiesenen Portokosten sowie Mahn- und Vollstreckungskosten einschließlich der Gerichtsgebühren. Allerdings beschränken sich die Krankenkassen bei der Erstattung auf maximal 0,2% aller praxisgebührenrelevanten Zuzahlungsfälle. Dass die Ärzte bei dieser Einschränkung auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben, ist jetzt schon abzusehen.

### Zahlungsmoral der Patienten sinkt

Exakte Zahlen liegen in den befragten KVen bisher nicht vor, aber zumindest ist in etwa bekannt, wie viele Patienten die Gebühr ohne Mahnung bezahlen. Grundsätzlich ist eine Tendenz festzustellen, dass die Zahlungsmoral im ersten Quartal 2004 in den verschiedenen KVen wesentlich höher war, als in den darauf folgenden Quartalen.

Nach 99,7% im ersten Quartal 2004 liegt die Zahlungsmoral bei den bayerischen Patienten mittlerweile bei etwa 99,5%. Mit anderen Worten: 0,5 Prozent zahlen nicht, die Grenze der Erstattung durch die Krankenkassen ist damit weit überschritten. Bei den Berlinern waren es im ersten Quartal 2004 noch 0,2 Prozent Zahlungsverweigerer, in den weiteren Quar-

talen haben 0,5 bis 0,6 Prozent der Patienten nicht bezahlt. Im Bereich der KV Niedersachsen blieben letztes Jahr 0,7 Prozent der Patienten die Praxisgebühr schuldig. Auch die Hessen rechnen mit etwa 0,5 Prozent Nichtzahler.

### Jede fünfte Mahnung endet im Nirwana

Die Mahnung „lohnt“ sich bei etwa jedem dritten Patienten, der dann die Praxisgebühr bezahlt. Etwa jede fünfte Mahnung, so Annette Kurth, Pressesprecherin KV Berlin, kommt wegen falscher Adresse bzw. ungültiger Chipkarte zurück – das war's dann.

Geht man nun von einer Übernahme der Kranken-

die Kosten können nur bis zu einer gewissen Grenze an die Kassen weitergereicht werden. Die Vertragsärzte werden also doch noch Verluste erleiden – und daran sind unter anderem die Krankenhäuser schuld: Deren lockerer Umgang mit der Praxisgebühr produziert leider unnötige Kosten.

kassen von 0,2% aller praxisgebührenrelevanten Fälle aus, müssten die Ärzte bei durchschnittlich 0,5% Praxisgebührenverweigerern sogar einen größeren Teil der Kosten übernehmen. Eine bittere Pille – auch angesichts der Tatsache, dass es den Zahnärzten gelungen ist, das Inkasso-Verfahren bei Nichtzahlern ganz auf die Krankenkassen abzuwälzen. Für die Krankenkassen wäre es im Übrigen aus juristischen Gründen wesentlich einfacher, ein Mahnverfahren durchzuführen: Sie können ihre Versicherten direkt verklagen, wenn diese die Beiträge schuldig bleiben. Die KVen hingegen müssen die langwierigen Wege über das Sozialgericht gehen.

In welchem Ausmaß das Honorar der Vertragsärzte geschmälert wird, hängt aber nicht nur von den Niedergelassenen und ihren Patienten ab. Denn während die niedergelassenen Ärzte ihrer Verpflichtung zum Einzug der Praxisgebühr brav nachkommen, stellen die Krankenhäuser aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen ein grundsätzliches Problem dar: Dort werden bisweilen selbst zahlungswillige Patienten ihren Obolus nicht los. Die Krankenhäuser produzieren auf diese Weise den größten Teil an „Zahlungsverweigerern“.

Die Krankenhäuser haben größtenteils offensichtlich überhaupt keine Lust, die 10 Euro Praxisgebühr ►



# Wer Recht hat, soll auch Recht bekommen!

Im Straßenverkehr, im Privatleben oder im Beruf können Sie schnell in Situationen geraten, durch die Sie für Ihr gutes Recht kämpfen müssen.

Denken Sie an Schadenersatzansprüche in Folge eines Unfalls, die Sie durchsetzen müssen oder an den Vorwurf eines angeblichen Behandlungsfehlers, gegen den Sie sich zur Wehr setzen müssen.

Das kann teuer, im schlimmsten Fall sogar unbezahlbar werden. Speziell die Honorare für Rechtsanwälte haben sich seit Einführung des neuen Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes durchschnittlich um 21 %, in Einzelfällen sogar bis zu 100 %, erhöht.

Zusätzlich müssen mit Ausnahme bei Arbeitsgerichtsverfahren künftig die Gerichtskosten in jeder Instanz bei Einreichung einer Klage oder Einlegen von Rechtsmitteln als Vorschuss geleistet werden.

Ein langwieriger Rechtsstreit ohne den finanziellen Rückhalt einer Rechtsschutzversicherung wird so ein großes Abenteuer mit sehr hohem finanziellem Risiko.

Schützen Sie sich daher jetzt mit einer Rechtsschutzversicherung wirkungsvoll gegen das finanzielle Risiko bei der Durchsetzung Ihrer persönlichen Interessen, denn sie übernimmt für Sie die Kosten für Gerichte, Anwälte und Sachverständige. Einfach, schnell und direkt.

## Was ist im Rahmen des Rechtsschutz-Pakets nach § 28 ARB für niedergelassene Ärzte versichert?

Versicherungssumme 300.000 EUR je Rechtsschutzfall, zusätzlich 100.000 EUR für Strafkautions

### Berufsbereich, u.a. mit:

- gerichtlichem Praxis-Vertrags-Rechtsschutz
- Regress-Rechtsschutz bis zu 500 Euro je Quartal
- Spezial-Straf-Rechtsschutz

### Verkehrsbereich, u.a. mit:

- Fahrer-Rechtsschutz auch für die volljährigen Kinder

### Privatbereich, u.a. mit:

- Opfer-Rechtsschutz
- Allgemeiner Verwaltungs-Rechtsschutz vor Gerichten

### Immobilienbereich

Versichert sind alle selbst genutzten Wohn- und Gewerbeeinheiten in Europa, u.a. mit: Streitigkeiten wegen Erschließungs- und Anliegerabgaben.

## Was kostet der Versicherungsschutz?

Für einen niedergelassenen Arzt mit bis zu 6 Beschäftigten beträgt beispielsweise die Jahresnettoprämie für das komplette Paket

### Berufs-, Privat-, Verkehrs- und Wohnungs-/Grundstücks-Rechtsschutz

**240,- EUR** mit 150,- EUR Selbstbeteiligung  
**360,- EUR** ohne Selbstbeteiligung

Die Prämien verstehen sich zuzüglich gesetzlicher Versicherungssteuer von derzeit 16 %.

Überzeugen Sie sich von dem einzigartigen Preis-/Leistungsverhältnis und fordern Sie Ihr individuelles Angebot an.

Senden Sie hierzu bitte den beigefügten Antwort-Coupon an die Assekuranz AG zurück, gerne auch per Telefax, oder sprechen Sie mit einem der Fachberater unter der Telefonnummer 0 03 52 / 297 101 -1.

✂ 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 dem **Arzt-Rechtsschutz-Paket** der Assekuranz AG.

Außerdem interessiere ich mich für:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung  | <input type="checkbox"/> Private Haftpflichtversicherung |
| <input type="checkbox"/> Private Altersversorgung       | <input type="checkbox"/> Praxisinventarversicherung      |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung              |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung            | <input type="checkbox"/> Praxisausfallversicherung       |
| <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung               | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

von den Patienten zu verlangen. Von den 15.000 Nichtzahlern der Praxisgebühr in Schleswig Holstein im 3. Quartal 2004, fielen 9.000 Nichtzahler in den Bereich des Krankenhauses – also 59 Prozent. Auch die KV Berlin klagt über die Verweigerungshaltung der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser produzierten gegenüber den Niedergelassenen fast die zehnfache Rate an Nichtzahlern.

### Klinik wollte kein Geld haben

Das liegt selbstverständlich nicht daran, dass Krankenhauspatienten grundsätzlich eine niedrigere Zahlungsmoral als ambulante Patienten haben, sondern daran, dass Krankenhäuser die 10 Euro schlichtweg nicht verlangt haben. So meldeten sich in Berlin Patienten bei der

KV, die vom Krankenhaus gar nicht die Möglichkeit erhalten hatten, die Praxisgebühr zu begleichen. Außerdem, so Frau Kurth, hatten die Patienten, die von Krankenhäusern als Nichtzahler gemeldet wurden, teilweise bereits bezahlt, die Krankenhäuser waren aber offensichtlich nicht in der Lage, die Zahlungseingänge zu kontrollieren. Das Problem ist auch der KBV und den Krankenkassen

bekannt. Hier forderte die KBV bereits eine vertragliche Verpflichtung der Krankenhäuser, die Praxisgebühr bei ambulanter Behandlung auch einzubehalten. Wann und ob es zu einer vertraglichen Verpflichtung kommt, steht allerdings noch in den Sternen.

Anke Thomas

## Ein neues Schlagwort macht die Runde

# Clinical Pathways können Vorteile bringen, sind aber mit Vorsicht zu genießen

Clinical Pathway oder Behandlungspfad ist ein neuer Begriff, der vermehrt Bestandteil von Verträgen und Krankenhausstrukturen wird und auch immer häufiger in die gesundheitspolitische Debatte eingeführt wird. Es lohnt sich deshalb, darüber nachzudenken, was damit eigentlich gemeint ist.

Im Prinzip soll mit einem Clinical Pathway **der Weg eines Patienten im Vorhinein beschrieben werden, der wegen einer bestimmten Krankheit oder zu einem Eingriff in Praxis und/oder Klinik erscheint.** Voraussetzung ist dabei, dass das Krankheitsbild zumindest soweit abgeklärt ist, dass man den Patienten schon in eine Richtung einsortieren kann. **Ist die Ursache der Beschwerden oder der Symptome noch völlig unklar, kann auch der Patient nicht auf einen Behandlungspfad geschickt werden.**

Nicht alle Situationen in der täglichen Praxis sind deshalb für Behandlungspfade geeignet. **Im Prinzip sind Clinical Pathways nur für Krankheitsbilder mit typischem Verlauf oder inter-**

**Ein neues Schlagwort macht sich breit im Gesundheitswesen, vor allem in den Krankenhäusern: Die Clinical Pathways, auf Deutsch: Behandlungspfade. Auch die Krankenkassen stürzen sich darauf, sie versprechen sich davon Kostentransparenz und Kalkulationsgrundlagen für Fallpauschalen. Doch Vorsicht: Durchdacht und individuell auf das jeweilige Krankenhaus zugeschnitten, können Clinical Pathways durchaus Vorteile bringen, wie ein hier vorgestelltes konkretes Beispiel zeigt. Zur Gleichmacherei und pauschalen Kostenkalkulation sind sie aber nicht geeignet.**

**ventionelle Eingriffe mit gesicherter Diagnose sinnvoll.**

**In praxi läuft dies wie folgt ab:**

Ein Patient soll für einen Eingriff, z.B. für eine Operation aufgenommen werden. Nach einer Analyse des derzeitigen Ablaufs unter Einbeziehung aller Beteiligten, also Ärzte, Pfleger und Verwaltung wird überlegt, wie man die Organisation rationeller und patientengerechter gestalten kann.

Als erster Schritt ist festzulegen, welche Maßnah-

men regelhaft anfallen, die man somit schon im Vorhinein organisieren

kann. Welche Laboruntersuchungen, welche diagnostischen Maßnahmen, welche Pflegeabläufe entstehen regelhaft und können vom Anfang an standardisiert werden? Dass dabei auch

Leitlinien bei der Gestaltung eine Rolle spielen, ist selbstverständlich. Mindestens genauso wichtig sind aber die individuellen Bedingungen, unter denen die Vorgaben umgesetzt werden. Unter Clini-

cal Pathways versteht man keine eins zu eins Umsetzung von Leitlinien.

**Für eine Praxis oder ein Krankenhaus hat der Behandlungspfad sicher Vorteile.**

- Die typischen Maßnahmen zur Behandlung des Patienten müssen nicht immer neu angeordnet werden. Damit werden notwendige Untersuchungen auch nicht mehr vergessen.

- Die Abläufe können patientengerechter gestaltet werden, z.B. werden die Patienten mit ähnlichen Eingriffen auf einer Station bei der Aufnahme konzentriert, auf der auch die präoperativen Untersuchungen stattfinden. So kommt das Labor und das EKG zum Patienten und nicht umgekehrt. Aufnahmezeiten können damit flexibler gestaltet werden, die Behandlungsdauer verkürzt.

- Die Verwaltungstechnik, z.B. der Abschlussbericht kann schon vorbereitet werden, so dass Wartezeiten bei der Entlassung reduziert werden können. ▶

”

*Zur finanziellen Gleichmacherei sind Clinical Pathways nicht geeignet*

“

## Wer einen Hausarzt hat, geht sogar öfter zum Spezialisten

**Seit Jahrzehnten folgt ein Kostendämpfungsgesetz für das Gesundheitswesen dem nächsten, wobei so manches, was da beschlossen wird, nicht unbedingt auf dem festen Boden bewiesener Tatsachen fußt. Das zeigt jetzt wieder einmal eine Studie aus dem Robert-Koch-Institut.**

Ein Credo, das vor allem die Noch-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vertritt, lautet: Der Hausarzt muss die medizinische Versorgung steuern, dann rennen

die Leute nicht unnötig bei vielen Ärzten herum und verursachen somit auch weniger Kosten. Dieser Gedanke zieht sich wie ein roter Faden durch die neuere Gesetzgebung und hat in Form der diversen Hausarztmodelle direkte praktische Auswirkungen.

Also braucht jeder Patient seinen Hausarzt, lautet das Credo. Wir wollen hier gar nicht mehr tiefer in die berufspolitische Diskussion einsteigen, sondern **dieser politischen Basisthese einfach einmal die Realität**

**gegenüberstellen, die das ideologisch unverdächtige Robert-Koch-Institut ermittelt hat.** Die zugrunde liegenden Daten stammen aus einer repräsentativen Untersuchung, dem so genannten Gesundheits-Survey 1998 sowie aus zusätzlichen regionalen Strukturdaten und Abrechnungsdaten der KVen.

Einige Erkenntnisse dieser umfangreichen Analyse sind einfach nur banal: Die Anzahl der Krankheiten im zurückliegenden Jahr und im Leben überhaupt sowie die

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes beeinflussen signifikant die Zahl der Arztbesuche. Das haben wir schon immer vermutet. Auch dass umso mehr Fachgruppen konsultiert werden, je kränker der Mensch ist oder sich fühlt, kann nicht wirklich überraschen.

### Wer einen Hausarzt hat, konsultiert mehr Fachgruppen

Interessanter ist schon die Beobachtung, dass die Arztdichte im Land- ▶

Fortsetzung von Seite 12

- Wichtig ist, dass es bei jeder Standardisierung Ausnahmen von der Regel geben muss, die auch vorzusehen sind. Bei standardisiertem Ablauf können sich alle Beteiligten auf solche Ausnahmen besonders konzentrieren.

**Erste Erfahrungen – auch beim Autor selbst – mit der Umsetzung solcher Clinical Pathways zeigen:**

- Die Behandlungssicherheit wird erhöht.
- Die Abläufe zum Wohl des Patienten werden verbessert.
- Ärzte müssen sich aber auch umstellen und ihren Tagesplan anpassen, was nach seitherigen Erfahrungen in der Regel sehr schwer fällt.

Auffallend ist aber, dass die meisten Krankenhäuser kein oder nur eine unzureichende EDV-Technik für medizinische Abläufe bereithalten; die EDV ist meist auf Abrechnung optimiert und nicht auf Steuerung der Abläufe. Hier besteht ein riesiger Nachholbedarf, denn ohne die unterstützende EDV-Technik werden die Clinical Pathways nur Stückwerk bleiben.

**Krankenkassen versuchen im Übrigen mit den Behandlungsabläufen das Geschehen in Praxis und Klinik transparenter zu machen, mit dem Ziel, darüber auch durchschnittliche Fall- und Behandlungskosten zu kalkulieren. Hier sollte man aber größte Zurückhaltung üben: Solche Behandlungspfade sind zu einem wesentlichen Teil an die individuellen Bedingungen von Praxis und Klinik gebunden, zur finanziellen Gleichmacherei sind sie nicht geeignet.**

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Anzeige



EURO NCAP ★★★★★  
www.euroncap.com

Abbildung zeigt Sonderausstattung.

Saab **93** Cabriolet


## Bestnoten in Sachen Sicherheit.

**Für BDI-Mitglieder:**

**22 Prozent  
Nachlass  
auf Saab-Modelle**

Das Saab 9-3 Cabriolet – ausgezeichnet mit 5 EuroNCAP Sternen.

**Serienausstattung (Auszug)**

- Faltverdeck, vollautomatisch bis ca. 30 km/h, mit beheizbarer Heckscheibe aus Glas
- Klimaanlage
- Saab Entertainment 70
- 4 Airbags, ABS, ESP, TCS
- Sportsitze

**Turbomotoren**

- 1.8t, 110 kW (150 PS)
- 2.0t, 129 kW (175 PS)
- 2.0T, 154 kW (210 PS)

110 kW (150 PS) – 154 kW (210 PS), Kraftstoffverbrauch, kombiniert: 8,6 – 10,0 l/100 km, CO<sub>2</sub>-Emission, kombiniert: 206 – 235 g/km (gemäß 1999/94/EG)

**Ihr Ansprechpartner:**

Saab Zentrum Wiesbaden, Wiesbadener Straße 87, 55252 Mainz-Kastel  
Tel. 06134 / 287785, Fax: 06134 / 287710

kreis die Häufigkeit von Arztbesuchen der dort ansässigen Bevölkerung **nicht** beeinflusst. **Das widerspricht der These von der angebotsinduzierten Nachfrage, die letztlich zur Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung und zur Niederlassungssperre bei zu hoher Arztdichte geführt hat. Anscheinend ist es keineswegs so, dass sich jeder Doktor seine eigene Nachfrage schafft, wenn er sich niederlässt.** Auch der Anteil der Allgemeinärzte an allen Ärzten im

Kreisgebiet hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Arztbesuches.

Allerdings hat der Hausarzt selbst durchaus einen Einfluss auf die Kontakthäufigkeit: **Geben die Leute an, einen Hausarzt zu haben, so liegt deren Arztkontakt-rate entgegen der oftmals geäußerten Vorstellung nicht niedriger, sondern höher. Und zwar gehen die Leute keineswegs (nur) häufiger zum Hausarzt. Vielmehr steigt die Zahl der Fachgruppen, die von ihnen kontaktiert wird. Wie viele Ärzte es**

**im Kreis gibt und wie diese sich zusammensetzen, ob es viele Hausärzte oder mehr Fachärzte gibt, ist dagegen völlig gleichgültig.**

Diese beiden Befunde sind in der Tat eine Überraschung, denn sie widersprechen nun absolut dem eingangs erwähnten gesundheitspolitischen Credo.

### Kranke und Frauen lieben Internisten

Die Internisten spielen in der ambulanten Versorgung eine Doppelrolle:

Einerseits sind sie hausärztlich, andererseits sind sie fachärztlich tätig. Die Autoren haben sie deshalb besonders unter die Lupe genommen. Ergebnis: Wer einen Hausarzt hat, geht auch (oder trotzdem) öfter zum Internisten als einer, der keinen Hausarzt hat. Je kränker jemand ist, desto eher geht er zum Internisten. Das induziert spontan den Gedanken: **Wer mit Krankheiten eine gewisse Erfahrung gesammelt hat, weiß offenbar, wo er gut aufgehoben ist.** Die Frauen sind anscheinend doch das klügere Geschlecht: Sie gehen öfter zu einem Internisten als Männer.

### Was taugen politische Entscheidungen?

**Diese Ergebnisse sollten nun keineswegs Anlass sein, die Hausärzte madig zu machen. Aber sie sind in jedem Fall Grund genug, einmal die Basis politischer Entscheidungen und damit den Sinn derselben zu hinterfragen** und Entscheidungen ggf. zu korrigieren. Die Autoren selbst schreiben dazu:

„Die Widerlegung bestimmter Vermutungen zur Beeinflussbarkeit des Inanspruchnahmeverhaltens (höhere Angebotsdichte bewirkt auch höhere Inanspruchnahme, Hausarzt verringert die Zahl zusätzlicher Inanspruchnahme, höheres Gesundheitsbewusstsein verringert die Inanspruchnahme, Privatversicherung vermindert entstehende Kosten) erlaubt es aber, mögliche Sackgassen bei Steuerungsansätzen zu meiden.“

Ob sich die Politik rational daran hält, ist allerdings eine ganz andere Frage.

Dr. med. Bernhard Wiedemann

Quelle: Thode, N. et al., Bundesgesundheitsblatt 2005 – 48: 296-306



### „Integrierter Hausarztvertrag“ geplatzt

## AOK zeigt bayerischem Allgemeinärzte-Chef die kalte Schulter

Der Hausarztvertrag zwischen Hausärzterverband und Barmer Ersatzkasse stößt nach wie vor auf die massive Kritik des BDI – unter anderem ist nicht einzusehen, dass die Ärzte neuerdings das Honorar der (Haus-)Apotheker subventionieren sollen. Der Chef des bayerischen Hausärzterverbandes bemühte sich seit Jahresbeginn, einen ähnlich gestrickten Vertrag (also nach § 140 SGB V – integrierte Versorgung) mit der AOK abzu-

schließen. Jetzt ist er zum Glück der bayerischen Hausärzte damit gescheitert. Stattdessen hat die AOK nun einen echten Hausarztvertrag nach § 73 b mit der Bayern-KV geschlossen.

Damit ist der bayerische Hausärztevorsitzende Dr. Wolfgang Hoppenthaller, der sich gegenüber Fachärzten des öfteren wie die Axt im Walde aufgeführt hat, einmal mehr mit seiner Politik gegen die Wand gelaufen. red

## 84 Milliarden Euro Zuschuss für die Rente

Angesichts der immer wieder aufflammenden Diskussion um die Rentenversicherung weiß es inzwischen jeder: Kaum etwas ist unsicherer als die Renten. Wie massiv die Rentenversicherung inzwischen nicht nur die Beitragszahler, sondern auch die Steuerzahler belastet, zeigt eine aktuelle Zahl aus der Rentenfinanzierung.

Um zu einem Ausgleich zu kommen und die Beitragszahler nicht zu überlasten, finanziert sich die Rentenversicherung neben den Beiträgen auch über steuerfinanzierte Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt. Der Bundeszu-

schuss ist, gemessen an den Rentenausgaben, in den 60er und 70er Jahren gefallen und blieb bis 1993 auf einem niedrigen Niveau. Ab 1995 stiegen die Rentenausgaben jedoch an. Um einen Anstieg der Beiträge zu vermeiden, wurde seitdem der Bundeszuschuss schrittweise angehoben und lag 2003 bei 25,6 Prozent der Rentenausgaben. Der erhöhte Bundeszuschuss wird unter anderem aus der Öko-Steuer finanziert. Insgesamt lagen 2003 die Rentenausgaben bei 322 Milliarden Euro – der Bund musste also aus Steuermitteln rund 84 Milliarden Euro zuschießen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Schlagzeile aus dem Tagespiegel vom 02.06.2005: „Finanziell geht es den Alten immer besser“. Die Einkommenssituation der Senioren hat sich in den letzten Jahren verbessert, schreibt das Blatt, zwischen 1999 und 2003 sind die durchschnittlichen Nettoeinkommen um elf Prozent gestiegen. Als Quelle wird die Studie „Alterssicherung in Deutschland“ genannt. Heute beziehen demnach nur noch 1,8 Prozent der Rentner Sozialhilfe, während es Anfang der 80er Jahre noch jeder vierte war.

Diese Daten lassen vermuten, dass der so genannte Generationenvertrag inzwischen zu einem Verteilungskampf der Generationen zu werden droht. Einzig vernünftige Lösung, um dieses Konfliktpotenzial zu entschärfen, ist eine kapitalbasierte Rentenversicherung. In diese Richtung geht die so genannte Riester-Rente, die aber allenfalls ein erstes Schritchen auf einem langen und steinigen Weg sein kann. Wenn er nicht bald konsequent weiter beschritten wird, droht der Rentenpolitik schon recht bald das Fiasko.

BW

### Wirkung der Reform verpufft

## Den Kassen drohen neue Defizite – Beiträge bestenfalls stabil

Ein Jahr nach dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform hat sich die Euphorie verflüchtigt. **Im ersten Quartal 2005 sind die Leistungsausgaben gegenüber dem Vorjahresquartal um 2,9 Prozent je Mitglied gestiegen, die beitragspflichtigen Einnahmen dagegen nur um 0,5 Prozent.** Aufgrund dieser Entwicklung nennen Vertreter der Kassen die von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt immer wieder reklamierten Beitragssatzsenkungen unrealistisch.

**Übereinstimmend berichten Orts- und Ersatzkassen über Ausgabensteigerungen vor allem für Arzneimittel um bis zu 20 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal.** Insgesamt sind die Arzneimittelausgaben im ersten Quartal auf 5,3 Milliarden Euro gestiegen. Dem stünden allerdings keine oder nur

verhaltene Zuwächse auf der Einnahmeseite gegenüber, heißt es bei den Kassen. Anfang Juni will das Bundesgesundheitsministerium die Quartalsdaten vorlegen.

Die Kassen kommentieren ihre Ergebnisse als „im Rahmen der Erwartung liegend“. Sie weisen auf statistische Einflüsse hin, die die Zahlen für das erste Quartal verzerrten. Zudem könnten die Zahlen nicht auf das Jahr hoch gerechnet werden. Von Januar bis März 2004 hatten sie erstmals seit Jahren einen Überschuss von knapp einer Milliarde Euro ausgewiesen. Im Jahresverlauf summierte sich der Einnahmeüberhang auf rund vier Milliarden Euro.

Nach übereinstimmender Meinung der Kassen sind Beitragssatzsenkungen gleichwohl kaum zu erwarten (Ausnahme ist die zum

1. Juli geplante Umfinanzierung von 0,9 Prozent zugunsten der Arbeitgeber). Beitragssatzstabilität sei in dem schlechten wirtschaftlichen Umfeld schon ein Erfolg, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Rolf Hoberg. **Nach den Finanzplanungen des Bundesgesundheitsministeriums sollte der durchschnittliche Beitragssatz 2004 auf 13,6 Prozent, in diesem Jahr auf 13,3 Prozent und im nächsten Jahr auf 12,5 Prozent sinken. Tatsächlich liegt er derzeit bei 14,1 Prozent.**

Sozialpolitiker der Union erwarten in diesem Jahr sogar wieder leicht steigende Beitragssätze, und zwar auf bis zu 14,3 Prozent. Begründung: Wie die Rentenversicherung leide auch die Krankenversicherung unter der hohen Arbeitslosigkeit und der schlechten Wirt-

schaftslage. Diese Auffassung vertraten auch Sprecher der Kassen. „Wenn es gut geht, sehen wir am Jahresende eine schwarze Null“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) Ingo Kailuweit in Berlin. Die KKH nennt für das erste Quartal einen Überschuss von 500.000 Euro; im Vorjahr hatte er noch 22 Millionen Euro betragen.

Die Techniker Krankenkasse (TK) erwirtschaftete im ersten Quartal ein Minus von 45 Millionen Euro; im Vorjahr hatte es ein Plus von sieben Millionen Euro gegeben. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) erwartet ein „kleines Plus“. Das werde aber deutlich unter dem Vorjahresniveau von 133 Millionen Euro bleiben, sagte ein Sprecher.

Aus: A+S aktuell, 11/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

## Die meisten Versicherungen ziemlich wackelig?

Um die Finanzstärke der deutschen Lebens- und Krankenversicherer steht es wesentlich schlechter als vermutet, wenn die Zahlungsfähigkeit nach den Marktwerten und nicht nach den Buchwerten berechnet wird. Zu diesem Ergebnis

kommt eine Analyse der Agentur FitchRatings.

**Die Krise der Mannheimer Lebensversicherung hat eine beunruhigende Frage aufgeworfen: Wie steht es tatsächlich um die Finanzkraft der deutschen Lebens- und Krankenver-**

**sicherer?** Um ein realistisches Bild zu erhalten, verließ sich die Agentur FitchRatings nicht auf die Buchwerte der offiziellen Bilanzen, sondern prüfte die Solvabilität (Ausstattung mit Eigenmitteln) von 86 der insgesamt 120 Versicherer

anhand der Marktwerte (aktueller Zeitwert für Vermögensgegenstände und Schulden zum Bilanzstichtag). Das alarmierende Ergebnis: Lediglich 35 Lebensversicherer weisen eine Kapitaladäquanz von über 100 Prozent auf: Nur diese Gesellschaften sind also in der Lage, Verluste aufzufangen. Unsere Tabelle zeigt die 20 solventesten Unternehmen. Dabei fällt auf, dass vornehmlich kleine und mittlere Lebensversicherer auf den vorderen Plätzen liegen.

Auch die privaten Krankenversicherer stehen vor Bilanzproblemen. Die Agentur Morgan & Morgan schätzt, dass PKV-Unternehmen in den letzten Jahren rund sieben Milliarden Euro an den Kapitalmärkten verloren haben. Im Gegenzug konnten die Gesellschaften aus ihren Kapitalanlagen im Schnitt nur 3,5 Prozent Nettoverzinsung herausholen. Für eine adäquate Kapitalausstattung wäre zusätzliches Kapital von drei bis fünf Milliarden Euro notwendig.

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

| Lebensversicherungsgesellschaft         | Kapitaladäquanz 2002 in % | Solvabilität in % / Buchwert | Solvabilität in % / Marktwert |
|---|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| LV von 1871                             | 182                       | 300                          | 417                           |
| Alte Leipziger                          | 172                       | 157                          | 241                           |
| Debeka                                  | 165                       | 121                          | 171                           |
| DEVK                                    | 153                       | 170                          | 353                           |
| Sparkassenvers. Hessen-Nassau Thüringen | 141                       | 126                          | 215                           |
| WWK                                     | 138                       | 173                          | 203                           |
| Karlsruher                              | 137                       | 191                          | 344                           |
| Öffentliche Oldenburg                   | 136                       | 185                          | 188                           |
| Ideal                                   | 135                       | 150                          | 309                           |
| Karlsruher Hinterbliebenenkasse         | 133                       | 265                          | 457                           |
| WürttLeben inkl. Ara                    | 132                       | 183                          | 267                           |
| Continentale                            | 128                       | 145                          | 190                           |
| Pax                                     | 127                       | 300                          | 322                           |
| Aspecta                                 | 125                       | 106                          | 181                           |
| KarstadtQuelle                          | 124                       | 140                          | 215                           |
| HDI                                     | 120                       | 113                          | 179                           |
| Volkswohl Bund                          | 120                       | 100                          | 213                           |
| Neue Leben                              | 119                       | 129                          | 148                           |
| Helvetia                                | 118                       | 158                          | 196                           |
| Gutingia                                | 118                       | 189                          | 184                           |

Quelle: FitchRatings

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

### Nach Affäre um AOK-Niedersachsen

## Kieler Ex-AOK-Vize unter Untreue-Verdacht

Für die AOKen im Norden kommt es knüppeldick. Nach den umstrittenen Bonus-Zahlungen an die zwischenzeitlich gefeuerte Chefin der AOK-Niedersachsen, Christine Luer, trifft es nun die AOK Schleswig-Holstein: Die Kieler Staatsanwaltschaft ermittelt gegen deren Ex-Vorstandsvize Bernhard Warsitzki wegen Verdachts der Untreue. Warsitzki, seinerzeit verantwortlich für Marketing und Vertrieb, soll hoch dotierte Beraterverträge an Firmen vermittelt ha-

ben, die für die Kasse nutzlos waren. Er habe gegen Vergaberichtlinien verstoßen, nach denen solche Dienstleistungsverträge auszuschreiben sind. Auch das Kieler Sozialministerium, das die Rechtsaufsicht über die Krankenkassen hat, sei von den Vertragsabschlüssen nicht informiert worden. Die Staatsanwaltschaft wirft dem Ex-Vorstandsvize überdies vor, Kreditkarten, die ihm die AOK zur Verfügung gestellt hatte, missbräuchlich für private Zwecke wie Einkäufe, Tank-

rechnungen und Reisen abgerechnet zu haben. Die Behörden ermitteln zudem gegen drei weitere Beschuldig-

te in Zusammenhang mit den Verträgen wegen des Verdachts der Beihilfe zur Untreue.

Aus: dgd, 4/2005

### Jobsharing-Partner kann Leistungsspektrum erweitern

Genehmigungspflichtige Leistungen (z.B. invasive Kardiologie) können nach Auskunft einer KV durch einen Jobsharing-Partner abgerechnet werden, wenn dieser die entsprechenden Genehmigungen der KV besitzt.

Dies gelte auch dann, wenn der Praxisinhaber die Qualifikation nicht hat. In einem solchen Fall gilt aber dennoch die 3%-Grenze im Honorarbereich.

RAB

## Viele bekannte Köpfe gehen – auch Ulla Schmidt?

Wie immer die Wahlen ausgehen werden – eines steht jetzt schon fest: Die vorgezogene Bundestagswahl wirbelt die Personaltableaus der Parteien kräftig durcheinander. Bei der SPD und den Grünen scheint auch ein kräftiger Personalwechsel bevor zu stehen.

### 100 SPD-Abgeordnete verlieren Direktmandat

Laut einer im Auftrag einer Tageszeitung erstellten Prognose werden allein über 100 SPD-Parlamentarier ihren 2002 direkt gewonnenen Wahlkreis verlieren. Unter diesen befindet sich viel sozialdemokratische Prominenz, u.a. mindestens drei amtierende Bundesminister. Eine davon soll Bundesgesundheits- und -Sozialministerin Ulla Schmidt sein. 190 SPD-Abgeordnete, so wird spekuliert, konkurrierten in den nächsten Wochen um ca. 128 „sichere“ Plätze auf den jeweiligen Landeslisten. Außerdem drängten von außen Prominente wie auch junge Parteigenossen nach. Dieses lässt vermuten, dass es gerade bei der SPD zu einem „Hauen und Stechen“ um die Plätze an der Sonne kommen wird. Das verspricht Spannung, denn noch sind die Rennen zwischen Jung und Alt, erfahren und unerfahren, nicht entschieden.

### Aderlass bei Arbeitsgruppe Gesundheit

Einen regelrechten „Aderlass“ wird die jetzt 17-köpfige Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion verkraften müssen. Welche Auswirkungen der kräftige personelle Verlust auf die künftige Richtung der SPD-Gesundheitspolitik haben wird, muss abgewartet werden. Der bayrische DGB-

Vorsitzende und Vorsitzende des Verwaltungsrates des AOK-Bundesverbandes, Fritz Schösser MdB (57), hatte schon im Sommer des vergangenen Jahres öffentlich angekündigt, nicht mehr für den Bundestag kandidieren zu wollen. Das Mitglied des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung verabschiedet sich nach sieben Jahren aus dem Parlament.

Doch angesichts der vorgezogenen Wahl werden nun weitere erfahrene „Fuhrleute“ den SPD-Gesundheitskarren nicht mehr weiter ziehen wollen oder dürfen. Aus Alters- oder privaten Gründen oder weil die eigene Basis ihnen ein weiteres Mandat verweigert. Laut dfg-Informationen aus Fraktionskreisen gehören dazu: Die zuständige stellvertretende Fraktionsvorsitzende und ehemalige Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Gudrun Schaich-Walch MdB (58) aus Frankfurt; nach acht Wahlperioden der jetzige Vorsitzende des Bundestagsausschusses Klaus Kirschner MdB (63), die amtierende Arbeitsgruppenvorsitzende Erika Lotz MdB (61) sowie Peter Dreßen MdB (61) aus Emmendingen, Horst Schmidbauer MdB (65) aus Nürnberg und Götz-Peter Lohmann MdB (62) aus Mecklenburg-Vorpommern.

Die aus Brandenburg/Havel stammende Dr. päd. Margrit Spielmann MdB (62) will die brandenburgische Parteileitung gegen den ehemaligen Landeswissenschaftsminister Steffen Reiche (44) austauschen. Der Berliner Pastor muß „versorgt“ werden. Die Odenwälder Ärztin Dr. med. Erika Ober MdB (54) muss ihren Wahlkreis wieder direkt gewinnen, wenn sie nach Berlin zurückkehren soll.

Anderen AG-Mitglieder stehen in ihren Wahlkreisen erst einmal Siege gegen regionale Wettbewerber bevor, um überhaupt als Kandidat antreten zu dürfen.

### Karl Lauterbach in den Bundestag?

Dafür drängeln die geistigen Eltern des SPD-Modells für eine Bürgerversicherung in das Hohe Haus an der Spree. Die „Frontfrau“ der Parteilinken, Andrea Nahles

(34), wird wohl auf der rheinland-pfälzischen Landesliste der Sozialdemokraten einen vorderen Platz ergattern. Und die Gerüchte verstummen nicht, dass der gesundheitspolitische Multiberater Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach (42) danach giert, einen der blauen Sitze im Reichstagsgebäude zu besetzen. Ob ihm die Genossen das ermöglichen werden, war bei Redaktionsschluss noch offen.

Aus: dfg 22/2005

### 28 Milliarden für Ministeriums-Neubau

## Gesundheitsministerium baut in Bonn

Die Regierung ist nach Berlin gezogen, aber jetzt wurde in die Grundsteinlegung für das BMGS-Hochhaus im Herbst angekündigt. Mit Widerspruch ist deshalb kaum aus einem politischen Lager zu rechnen. Zumal der geplante kombinierte 13- und sechsgeschossige Ministeriumsneubau nicht mehr wie ursprünglich veranschlagt knapp 35 Millionen Euro kosten soll, sondern nur noch rund 28 Millionen. Ob es dabei bleibt – abwarten ...

Aus: dgd, 3/2005

### Unterschriften gesammelt

## Wissenschaftler protestieren gegen Homöopathie auf Chipkarte

Gegen eine schleichende Anerkennung der Homöopathie als Heilverfahren protestiert die Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften (GWUP) per Unterschriftenaktion (<http://www.gwup.org/>). Die entsprechende Resolution haben mehr als 130 Forscher aus Deutschland, Österreich und der Schweiz unterzeichnet. Darin werden Verbände, Behörden und Politik aufgefordert, die Aushöhlung wissenschaftlicher Standards zur Wirksamkeitsprüfung zu verhindern. Die Unterzeichner schütteln den Kopf über die Zusage der Deutschen BKK, ab Juni Be-

handlungen mit klassischer Homöopathie als Satzungsleistung anzubieten. Dass angesichts der schwierigen Finanzsituation vieler Kassen „abergläubisch-magische Verfahren“ bei der größten Betriebskrankenkasse per Chipkarte beansprucht werden dürfen, sei „ein Skandal“, kritisiert GWUP-Geschäftsführer Amardeo Sarma. Mit von der Partei bei diesem bisher einzigartigen „Vertrag zur integrierten Versorgung“ sind der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte sowie die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände ABDA.

Aus: dgd 10/2005

# Bundessozialgericht hilft Ärzten bei Regressen

**Kann ein Arzt das belastende Datenmaterial der Krankenkassen (errechnetes Verordnungsvolumen) erschüttern, müssen die Krankenkassen nicht nur einen Teil ihrer Unterlagen, sondern das gesamte Material in dem jeweiligen Fall vorlegen. Ist es den Krankenkassen nicht möglich, die geforderten Unterlagen im Original oder in Kopie zu präsentieren und damit ihren Rückforderungsanspruch zu untermauern, gibt es einen Abschlag vom Regress in Höhe der nicht beweisbaren Summe.** Mit dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) konnte sich ein Frankfurter Allgemeinarzt gegen die Prüfungsgremien durchsetzen (Az.: B 6 KA 1/04 R).

## Fremdrezepte untergejubelt

Die Prüfungsgremien hatten dem Arzt über dem Fachgruppendurchschnitt liegende Verordnungswerte vorgeworfen und eine entsprechende Kürzung vorgenommen. Der Arzt hatte jedoch die Rezepte selbst überprüft und herausgefunden, dass ein Teil von ihm Fehler aufwies (Fremdverordnungen, unplausible Rezepte). In dem Gerichtsverfahren hat er eine fehlerhafte Durchführung der ergänzenden repräsentativen Einzelfallprüfung und vor allem eine unzureichende Aussagekraft der statistischen Unterlagen gerügt. Trotz ausdrücklicher Rügen seien die Prüfungsgremien den von ihm aufgezeigten Fehlern bei der Erfassung und Zuordnung der Verordnungskosten nicht nachgegangen.

Der Senat hat der Revision entsprochen und die Kürzung aufgehoben. Dabei wurde zunächst festgestellt, dass die Arzneikostenre-

gresse insoweit nicht zu beanstanden seien, als die Kosten zunächst auf der Basis elektronischer Daten ermittelt worden seien.

## Prüfer dürfen den Kassen erst einmal trauen

Die Vorlage aller Verordnungsblätter – im Original oder als Printimage – sei nicht Voraussetzung der Durchführung einer Vergleichsprüfung. Mögliche Fehler bei der Erfassung der Verordnungskosten des einzelnen Arztes führten nicht dazu, dass die Prüfungsgremien von sich aus Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten haben müssten. Können jedoch der von der Prüfung betroffene Arzt im Verwaltungsverfahren durch Vorlage eigener Unterlagen plausibel machen, dass die ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten fehlerhaft sind, müssen die Prüfungsgremien dem nachgehen und auf die Kassen einwirken, die Verordnungsblätter möglichst vollständig vorzulegen.

## Eigene Verordnungen vollständig erfassen

**Dieses Urteil verschärft** nach Darstellung von Dr. Thomas Schlegel, Medizin Recht.de, Frankfurt, in erheblichem Ausmaß **die formelle Voraussetzung zur Durchführung der Prüfung.** Dennoch bleiben noch offene Fragen:

Schlegel: „Grundsätzlich hat der Senat bestätigt, dass die Prüfung auf der Grundlage der übermittelten elektronischen Daten stattfinden kann. Dies hatte der Gesetzgeber zum 01.01.2004 in § 84 Abs. 2 c SGB V geregelt. Aber auch dort heißt es, dass bei begründeten Zweifeln an der Richtigkeit der Daten, die der Arzt vorzutragen hat, die Richtigkeit

der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder Kopien dieser Belege zu überprüfen ist. **Zunächst liegt es also am Arzt, die behaupteten Verordnungsvolumina kritisch zu hinterfragen. Es kann jedem Arzt nur empfohlen werden, seine eigenen Verordnungsdaten regelmäßig und vollständig zu erfassen. Erfahrungen zeigen, dass in jedem Einzelfall Abweichungen vorhanden sind. Ebenso haben sich bislang bei jeder Rezept-einsicht fehlerhafte Erfassungen ergeben, die durchaus in sechsstelliger Größenordnung (EURO) liegen können.“**

Nur durch die konsequente Erfassung der Arzneiverordnung sei es dem Arzt möglich, die Glaubhaftigkeit der Kassendaten zu erschüttern. Dabei könnten auch weitere externe Analysen (zum Beispiel die Teilnahme an der Prescriber Studie oder IFA-Regress-Analyse) ergänzend herangezogen werden.

## Bei Verdacht: Rezepteinsicht verlangen

Schlegel: „Nimmt der Arzt an solchen Studien nicht teil, kann er nach wie vor **bei bestehenden Differenzen von seinen eigenen zu den kassenseitig übermittelten Verordnungsdaten Rezepteinsicht verlangen.** Dabei kann er sich auf das Akteneinsichtsrecht in Paragraph 25 SGB X berufen. Werden die bei der Akteneinsicht entdeckten Fehler (Verordnungen aus falschem Zeitraum, Verordnungen anderer Kollegen, hinein gerechnete Hilfsmittel oder Impfstoffe, sonstige unplausible Rezepte) ergänzend zu den eigenen Verordnungsdaten beispielhaft vorgetragen, ist die

Glaubwürdigkeit in die kassenseitig vorgelegte Dateneinsicht erschüttert.“

Darüber hinaus müsse die behauptete Regresssumme vollständig belegt werden. **Bisherige Annahmen von Prüfungsgremien, die Rezepte müssten nur anteilig vorgelegt werden (etwa 85 Prozent in Niedersachsen oder 33 Prozent in Westfalen-Lippe) würden mit dem neuen Urteil des Bundessozialgerichts gegenstandslos.** Die Rezepte müssten schließlich vollständig vorgelegt werden (im Original oder in lesbarer Kopie). Gelingt dies nicht, könne als Regresssumme nur von dem nachgewiesenen Verordnungsvolumen ausgegangen werden, sagte Schlegel.

Dies gelte bei allen Prüfungsverfahren. Nach Auffassung des Senats handelt es sich bei einem Arzneikostenregress um einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch. Dieser sei nur begründet, wenn der gesamte Schaden auch bewiesen ist. Schlegel: „Das gilt erst recht für eine Richtgrößenprüfung, denn anders als bei einer Durchschnittsprüfung, bei der die Kürzung im Ermessen der Prüfungsgremien steht, handelt es sich bei einer Richtgrößenprüfung um eine gebundene Entscheidung: bei einer Überschreitung des Schwellenwertes (von mehr als 25 Prozent) hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten. Die exakte Feststellung, in welcher Höhe Kosten veranlasst wurden, um ausgehend von diesem Betrag Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, um dann festzustellen, ob ein Mehraufwand vorliegt, ist deshalb unerlässlich.“

Nach dieser Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts, so Schlegel ►

## Versorgungswerke

## Mitgliedschaft nur noch dort, wo der Doktor arbeitet

Viele Kollegen wandern im Lauf ihres Lebens quer durch die Republik und wechseln dabei auch die zuständige Kammer. Beim ursprünglichen Versorgungswerk durften sie bisher allerdings bleiben. Damit ist es jetzt allerdings vorbei: Seit Januar 2005 gilt für die Altersversorgungswerke der klassischen verkammerten freien Berufe auf Grund einer europarechtlichen Vorschrift das so genannte Lokalisierungsprinzip. Damit müssen auch Ärzte immer zu dem Versorgungswerk umziehen, in dessen Gebiet sie sich begeben.

Das heißt in der Praxis:

**1:** Wer neu in ein Versorgungswerk aufgenommen wird, für den kommt nur die

regional zuständige Ärztesversorgung in Frage. Das war schon bisher so.

**2:** Wenn ein Arzt **umzieht** und Mitglied einer anderen Ärztekammer wird, dann **muss er auch zum Versorgungswerk dieser Kammer wechseln.**

**3:** Wer derzeit bei einem anderen Versorgungswerk ist, weil er beispielsweise in Hessen wohnt, aber aus alten Zeiten noch Mitglied beim Versorgungswerk Schleswig-Holstein ist, **darf es auch bleiben. Wenn er allerdings wieder umzieht, beispielsweise von Hessen nach Bayern, dann muss er auch das Versorgungswerk wechseln – siehe Punkt 2.**

BW

## Beitragssätze müssen sinken

## Mit Zwangsmaßnahme dürfen Kassen nicht werben

Alle Krankenkassen müssen ihre Beitragssätze um 0,9 Prozent absenken, weil der Zahnersatz ausgegliedert wird. Einige besonders schlaue Kassenstrategen sind nun auf den Gedanken gekommen, der Konkurrenz mit Hinweis auf diese Beitragssenkung ein

paar Mitglieder abzuwerben. Dem hat das Landgericht Erfurt nun auf Antrag der Wettbewerbszentrale in Bad Homburg nun einen Riegel vorgeschoben. Die betroffene Thüringer Krankenkasse habe völlig zu Unrecht den Eindruck erweckt, dass sie ihre Beiträge aufgrund eines langjährigen vernünftigen Kostenmanagements, soliden Haushaltes und der positiven Mitgliederentwicklung senken könne. Dass sie mit der Beitragssatzsenkung – wie andere Kassen auch – lediglich ihrer gesetzlichen Pflicht nachkommt, hatten die Kassenwerber in ihrer Anzeige vornehm verschwiegen. Das gleiche widerfuhr übrigens auch einer Krankenkasse im Saarland.

BW

Fortsetzung von Seite 18

weiter, dürften bereits viele Verfahren aus formellen Gründen zum Erliegen kommen. Werden die Erfassung der Daten und deren Übermittlung bei den Krankenkassen nicht optimiert, können Ärzte diese Prüfungen zeiteffizient mit formellen Gründen bekämpfen.

Aus: A+S aktuell, 12/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

## Neues zur Kassenabrechnung

## Angio-MRT bald Kassenleistung?

Die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), so verlautet aus der KBV, haben sich darauf verständigt, dass sich die Kassen an der Finanzierung der nach neuer Methodik durchgeführten Angio-MRT beteiligen. Details sollen im Verlauf der nächsten Wochen ausgearbeitet werden.

## Dringende belegärztliche Visite

In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, kann der Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation künftig auch die Leistungen nach den Nummern 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Leistung nach der Nummer 01414 abrechnen. KBV und Kassen haben sich darauf geeinigt, dass die Präambel 31.2.1 Nr. 8 im EBM zum 1. Juli 2005 entsprechend geändert werden soll. Damit werden dann für Belegärzte dringende Visiten im Zusammenhang mit einer unvorhergesehenen Inanspruchnahme abrechenbar.

## Bericht kann auch im nächsten Quartal geschickt werden

Eine in den letzten Wochen immer wiederkehrende Frage zu Leistungen mit Berichtspflicht lautete: Wie soll den ein Leistungskomplex abgerechnet werden, der zwingend einen Bericht erfordert, dessen sonstige Bestandteile aber erst ganz kurz vor Quartalsende erbracht werden? Der Bewertungsausschuss hat nun einen Interpretationsbeschluss gefasst, der für Klarheit sorgt: „Eine Leistung oder ein Leistungskomplex ist auch dann berechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhalts vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Erbringung der sonstigen Leistungsinhalte der Leistung oder des Leistungskomplexes erfolgt.“ Auf Deutsch: Wird eine Leistung oder ein Komplex in den letzten zwei Wochen des Quartals bis auf den Bericht vollständig erbracht, dann kann sie in diesem Quartal abgerechnet werden – es reicht dann, wenn der Bericht innerhalb von 14 Tagen verschickt wird.

## Problem der Gemeinschaftspraxen wird noch diskutiert

Die Abrechnungsprobleme fach- bzw. schwerpunktübergreifender Gemeinschaftspraxen wurden zwar auch im Bewertungsausschuss diskutiert, bisher jedoch ohne Ergebnis. Der BDI fordert den Bewertungsausschuss auf, schnellstmöglich für Abhilfe zu sorgen. Denn es ist völlig unsinnig, auf der einen Seite die Gemeinschaftspraxen zu fördern, auf der anderen Seite aber gerade die besonders effizienten fach- und schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxen zu bestrafen.

## Dem Typ-2-Diabetiker bringen sie wenig

Die Schweizer pharma-kritik beschäftigt sich in einer längeren Übersicht mit den neuen Insulinen und kommt zu folgenden **Schlussfolgerungen**:

Die heute verfügbaren Insulinanaloga kommen in erster Linie bei Personen mit einem Typ-1-Diabetes in Betracht. Bei Typ-2-Diabetes konnten bisher noch kaum relevante Vorteile gegenüber den konventionellen Insulinen gezeigt werden.

Die kurz wirkenden Lispro und Aspart können unmittelbar vor den Hauptmahlzeiten injiziert werden, was in vielen Fällen die Behandlung vereinfacht. Die postprandialen Blutzuckerwerte sind niedriger als nach

der Injektion von normalem Humaninsulin. Diese Präparate eignen sich jedoch nicht für Personen, die regelmäßig Zwischenmahlzeiten einnehmen. Hypoglykämien sind unter Lispro und Aspart ähnlich häufig wie unter Humaninsulin, doch treten offenbar seltener schwere Hypoglykämien auf.

Biphasische Präparate von Lispro und Aspart sind vorwiegend bei Typ-2-Diabetikern untersucht worden. Wenn diese Präparate nur zweimal täglich verabreicht werden, ist mit relativ hohen Blutzuckerwerten nach dem Mittagessen zu rechnen; sie sind deshalb in vielen Fällen ungeeignet.

Die lang wirkenden Insulin-Glargin und -Detemir zeichnen sich durch einen flachen Spiegelverlauf aus. Während Glargin einmal gegeben werden kann, muss Detemir oft zweimal täglich injiziert werden. Die Gewichtszunahme unter Detemir ist geringer als unter NPH-Insulin.

Unter den langwirkenden Analoga treten weniger schwere und nächtliche Hypoglykämien auf. Damit ist grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, durch den Einsatz etwas höherer Dosen eine bessere Diabetes-Einstellung zu erreichen.

Wie sich die niedrigeren Blutzuckerwerte (nüchtern bzw. postprandial) langfris-

tig auf den Verlauf des Diabetes auswirken, ist allerdings vorderhand ungeklärt. Die bisher vorliegenden Studiendaten lassen jedenfalls nicht den Schluss zu, dass es unter den neuen Analoga zu einer klinisch relevanten Verbesserung der HbA1c-Werte kommt. Damit beschränkt sich der aktuell nachgewiesene Nutzen der neuen Insuline auf die verbesserte Inzidenz von Hypoglykämien bei Typ-1-Diabetes.

Etzel Gysling

(Auszug aus: pharma-kritik Jahrgang 26, Nr. 13  
Infomed-Verlags-AG  
Bergliweg 17, CH-9500 Wil  
Telefax: 071-910-0877  
E-Mail: infomed@infomed.org)

## Wenn es nicht um den Ausgleich von Mangelzuständen geht

## Vitaminpräparate eher schädlich als nützlich

Dass bei Mangelzuständen Vitamine substituiert werden müssen, ist klar; allerdings gehen die Meinungen über die Prävalenz von Vitaminmangelzuständen auseinander. Es gibt auch gute Hinweise, dass eine an Früchten und Gemüse reichen Ernährung chronischen Krankheiten vorbeugen kann. Nach populären Theorien sind es vor allem die antioxidativen Eigenschaf-

ten der Vitamine C, E und des Beta-Carotin, die für eine solche präventive Wirkung verantwortlich sein sollen. Daraus resultiert der nahe liegende Schluss, dass Vitaminpräparate die Risiken weiter senken oder doch zumindest einen Teil der Diätfehler der Behandelten wettmachen können. Ältere Beobachtungsstudien scheinen diese Thesen zu stützen. Können solche Vitaminpräparate aber wirklich mehr als Mangel-

zustände verhindern? Die Schweizer pharma-kritik beschäftigt sich in einer Übersicht mit dieser Frage und kommt vor allem anhand neuer

randomisierter Studien zu folgenden **Schlussfolgerungen**:

Vitaminpräparate ersetzen weder eine gesunde Ernährung, noch gibt die „Ergänzung“ der Nahrung mit Vitaminpräparaten einen zusätzlichen Schutz vor kardiovaskulären Erkrankungen oder Krebs. Diese Lehre müssen wir aus den großen randomisierten Studien mit antioxidativen Vitaminpräparaten ziehen. Einzelne Studien mit positiven Ergebnissen beispielsweise bei altersbedingter Makuladegeneration sollten vorsichtig interpretiert werden. Angesichts der Vielzahl von Studien und Endpunkten könnte durchaus das eine oder andere knapp signifikante Ergebnis dem Zufall zu verdanken sein. Auch müssen wir lernen, Vitaminpräparate als Medikamente anzusehen, bei denen mehr nicht gleichbedeutend mit besser ist. Im Gegenteil mehren sich An-

zeichen, dass nicht nur Vitamin A und D, sondern auch Beta-Carotin und Vitamin E bei längerer Einnahme zu Schäden führen können.

Die größten Probleme verursachen Vitaminpräparate wahrscheinlich indirekt, wenn sie an die Stelle wirksamer Therapien treten. Dabei spielen unkritische Berichte über den Nutzen von Vitaminen in der Laienpresse ebenso eine Rolle wie einzelne Heilsverkünder, die den Vitaminen spektakuläre Wunderwirkungen zuschreiben. Werden Vitamine und andere „Ergänzungstoffe“ anstelle von Medikamenten mit erwiesener Wirksamkeit eingenommen, dann sind negative Konsequenzen für die Betroffenen und letztlich für die Volksgesundheit unvermeidlich

Etzel Gysling  
(Auszug aus: pharma-kritik Jahrgang 26, Nr. 12  
Infomed-Verlags-AG  
Bergliweg 17, CH-9500 Wil  
Telefax: 071-910-0877  
E-Mail: infomed@infomed.org)



**Ein vitaminreicher Apfel gehört zweifellos zur gesunden Ernährung. Vitaminpräparate sind dagegen nur bei Mangelzuständen sinnvoll.**

## 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)

### Antigen specific active immunotherapy: lessons from the first decade

Adamina M, Oertli D.

Swiss Med Wkly 2005 (April 16); 135: 212-21

<http://www.smw.ch/pdf200x/2005/15/smw-10127.PDF>

### Occupational dermatoses

Nixon R, Frowen K, Moyle M.

Aust Fam Physician 2005 (May); 34: 327-33

<http://www.racgp.org.au/afp/downloads/pdf/may2005/20050428nixon.pdf>

### Oral Agents for Type 2 Diabetes: An Update

Kimmel B, Inzucchi SE.

Clin Diabetes 2005 (Spring); 23: 64-76

<http://clinical.diabetesjournals.org/cgi/content/full/23/2/64>

### Rapid, Needle-Free Delivery of Lidocaine for Reducing the Pain of Venipuncture Among Pediatric Subjects

Migdal M, Chudzynska-Pomianoska E, Vause E et al.

Pediatrics 2005; 115: e393-8

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/4/e393>

### Controversies in Antiplatelet Therapy for Patients With Cardiovascular Disease

Bates ER, Lau WC.

Circulation 2005 (May 3); 111: e267-71

<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/111/17/e267>

### The role of chemotherapy in the treatment of pancreatic carcinoma

Goldstein D.

Aust Prescr 2005 (April); 28: 42-4

[http://www.australianprescriber.com/index.php?content=/magazines/vol28no2/42\\_44\\_chemotherapy.htm](http://www.australianprescriber.com/index.php?content=/magazines/vol28no2/42_44_chemotherapy.htm)

### Genetic epidemiology of diabetes

Permutt MA, Wasson J, Cox N.

J. Clin. Invest. 2005 (June 1); 115: 1431-1439

<http://www.jci.org/cgi/content/full/115/6/1431>

### Relationship between Maternal Obesity and Infant Feeding-Interactions

Rising R, Lifshitz F.

Nutrition J 2005 (May 12); 4: 17

<http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-4-17.pdf>

### Metastatic Cancers of Unknown Primary Site

Schneider JA, Adler DG.

Hosp Physician 2005 (April); 41: 33-40

<http://www.turner-white.com> -> Hospital Physician -> Past Issue Archive ->2005 -> April

### Recognizing Drug Allergy

Weiss ME.

Postgrad Med 2005 (May); 117: No 5

[http://www.postgradmed.com/issues/2005/05\\_05/weiss.htm](http://www.postgradmed.com/issues/2005/05_05/weiss.htm)



### Inflammation, stress, and diabetes

Wellen KE, Hotamisligil GS.

J Clin Invest 2005 (May 1); 115: 1111-9

<http://www.jci.org/cgi/content/full/115/5/1111>

## Zu Hause behandeln oder ins Krankenhaus einweisen?

**Randomisierte Studie:** Caratala J, Fernandez-Sabe N, Ortega L et al. Outpatient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med* 2005; 142: 165-72

### Studienziele

Ambulant erworbene Pneumonien sind ein häufiger Grund für eine Hospitalisation. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob die ambulante Behandlung von Pneumonie-Kranken, die einer Niedrig-Risiko-Gruppe angehören, genauso wirksam und verträglich ist wie eine stationäre Behandlung.

### Methoden

Die offene randomisierte Studie wurde in zwei Krankenhäusern in Barcelona durchgeführt. Personen, die mit einer ambulant erworbenen Pneumonie auf die Notfallstation gekommen waren, wurden in die Studie aufgenommen, wenn sie

mindestens 18 Jahre alt waren und gemäss „pneumonia severity index“ (PSI) ein relativ niedriges Risiko aufwiesen (PSI Klassen II und III; dabei werden Alter, vorbestehende Krankheiten, klinische Befunde und pathologische Laborwerte berücksichtigt).

Ausgeschlossen wurden ausserdem diejenigen, die Zeichen einer Ateminsuffizienz aufwiesen. Nach dem Zufall wurden sie ambulant oder stationär behandelt. Als Antibiotikum wurde in beiden Gruppen primär Levofloxacin (Tavanic®, 500 mg täglich) verwendet. Primärer Endpunkt war der Anteil Personen mit einem günstigen Resultat nach 30 Tagen.

### Ergebnisse

Von 998 untersuchten Personen wurden 224 randomisiert, die Daten von 91% konnten analysiert werden. Die Therapie war bei über 80% der Behandelten erfolgreich (84% ambulante

Gruppe, 81% stationäre Gruppe). Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen. Die Zufriedenheit der ambulant Behandelten war mit 91% aber signifikant höher als diejenige der stationär Behandelten (79%).

### Schlussfolgerungen

Personen mit einer ambulant erworbenen Pneumonie und einem niedrigen Risiko können ambulant ebenso sicher und effektiv behandelt werden wie stationär. Die Behandelten sind mit einer ambulanten Therapie häufiger zufrieden als mit einer Spitalbehandlung.

Zusammengefasst von Karin Huwiler

Diese schön gemachte randomisierte Studie aus Barcelona zeigt, dass eine ambulant erworbene Pneumonie bei Personen mit niedrigem Risiko ohne Nachteile ambulant behandelt werden

kann. Der verwendete „pneumonia severity index“ basiert auf dem Alter, der Komorbidität, den klinischen Befunden und Abweichungen bei der Blutuntersuchung (pH-Wert, Harnstoff und Natrium). Auffallend ist, dass von 427 Kranken in der Klasse II und III dieses Indexes noch einmal 158 zumeist wegen Ateminsuffizienz ausgeschlossen wurden. Damit ergab sich eine zusätzliche Senkung des Risikos. Für die Praxis wünschte man sich einen validen Index, welcher ohne aufwändiges Labor die gleiche Sicherheit zeigte. Auch ist bei uns die Therapie der ersten Wahl immer noch ein Betalaktam-Antibiotikum und noch kein Chinolon wie in Spanien.

Markus Battaglia

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

## Migräne – ein Risikofaktor für Apoplex

## Migräne besser mit ASS behandeln?

**Metaanalyse:** Etminan M, Takkouche B, Isorna FC et al. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2005; 330: 63-6

Bei der klassischen Migräne wurden Durchblutungsstörungen und eine Hyperaggregabilität der Thrombozyten gefunden. Ob die Migräne jedoch einen Risikofaktor für einen Hirnschlag darstellt, ist nicht abschliessend geklärt, obwohl schon verschiedene Studien zu dieser Frage erschienen sind.

Elf Fall-Kontroll-Studien und drei Kohortenstudien wurden in diese Metaanalyse eingeschlossen. In sechs dieser Studien waren die Daten auch in Migräneformen mit oder ohne Aura aufgeschlüsselt.

Alle Studien zusammengefasst betrug das relative Risiko für einen Hirnschlag für Migränekranke 2,16 (95% CI 1,89-2,48). **Ein signifikant erhöhtes Risiko fand sich sowohl bei Migräne mit Aura (RR 2,27) wie auch bei Migräne ohne Aura (RR 1,83).** Alter veränderte

das relative Risiko nicht, **besonders stark zu erhöhen scheint hingegen eine Migräne das Risiko bei Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen (RR 8,72).**

Die Studienverantwortlichen diskutieren die Grenzen dieser Resultate selber: Einflüsse möglicher Therapien, mögliche Erinnerungslücken in Fall-Kontroll-Studien, Wirkung von Antiphospholipiden usw. wurden nicht berücksichtigt. Auf eventuelle therapeutische Konsequenzen dieser Ergeb-

nisse kommen sie aber nicht zu sprechen: **Sollte vielleicht Acetylsalicylsäure dem Paracetamol in der Anfallstherapie vorgezogen werden, oder sollte Acetylsalicylsäure als Prophylaxe gegeben werden?** Fragen, die bisher nicht geklärt sind.

Zusammengefasst von  
Renato L. Galeazzi

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

## Blutzucker-Selbstkontrolle vermindert perinatale Komplikationen

Der Gestationsdiabetes ist nicht gerade selten und er bringt einige Risiken mit. Zwar ist die perinatale Mortalität nicht erhöht, aber Makrosomie beim Neugeborenen kommt häufiger vor, zudem kann es vermehrt perinatale Komplikationen geben, wie beispielsweise Knochenbrüche oder Nervenpareesen. Während dies ausreichend dokumentiert ist, bleibt bisher offen, ob Screening und ggf. eine intensiviertere Betreuung Komplikationen verhindern können. Das haben jetzt australische Kollegen untersucht.

Die an der Studie teilnehmenden Schwangeren gal-

ten als Risikopatientinnen für einen Gestationsdiabetes oder ließen bereits eine leichte Glukoseintoleranz erkennen. Sofern sie in die Interventionsgruppe randomisiert wurden, erhielten sie eine engmaschigere Betreuung und wurden intensiver diätetisch beraten. Zudem kontrollierten sie nach entsprechender Anleitung ihren Blutzucker selbst, so dass steigende Werte schnell erkannt und ggf. mit Insulin behandelt werden konnten. Frauen, die in die Standardgruppe randomisiert wurden, erhielten die übliche Schwangerenbetreuung. Ihre Ärzte erfuhren nichts

von dem erhöhten Risiko für einen Gestationsdiabetes.

Primäre Zielparameter der Studie waren insbesondere ernste perinatale Komplikationen wie Tod, Schulterdystokie, Frakturen und Nervenläsionen.

Derartige Komplikationen waren bei den 490 Frauen in der Interventionsgruppe signifikant seltener als in der Gruppe mit Standardtherapie (ein Prozent vs. vier Prozent). Allerdings musste die Geburt in der Interventionsgruppe öfter durch Weheninduktion eingeleitet werden (29 vs 29 Prozent). Nicht nur die Neugeborenen profitierten, auch bei den Frauen hin-

terließ die intensiverte Behandlung des Gestationsdiabetes ihre Spuren: Soweit sie drei Monate post partum untersucht werden konnten, waren sie seltener depressiv, ihre Lebensqualität war höher.

Fazit der Autoren: Die engmaschige Blutzuckerkontrolle und die konsequente Behandlung eines beginnenden Gestationsdiabetes kann perinatale Komplikationen vermeiden helfen.

BW  
Quelle: Carolina A. Crowther et al., *N Engl J Med* 352:24, S. 2477

## Erbrechen unter Cisplatin-Therapie

### Was bringt Aprepitant?

Aprepitant (Emend®), ein neues Antiemetikum, wird zur Vorbeugung des Chemotherapie-induzierten Erbrechens empfohlen.

(...)

Die Wirksamkeit von Aprepitant gegenüber Chemotherapie-induziertem Erbrechen ist in erster Linie bei Behandlungsschemen untersucht worden, die Cisplatin (Platiblastin® u.a.) enthielten. (...) Wie kontrollierte Vergleiche gezeigt haben, hilft Aprepitant gegen das verzögerte Erbrechen besser, gegen das akute aber weniger gut als die 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptor-Antagonisten Ondansetron (Zofran®) oder Granisetron (Kevatril®).<sup>3-5</sup>

In den wichtigen, großen Studien ist Aprepitant deshalb nur in Kombination mit anderen Antiemetika geprüft worden.

(...)

#### Dosierung, Verabreichung, Kosten

Aprepitant (Emend®) ist als Kapseln zu 80 und 125 mg erhältlich. Es ist indiziert in Kombination mit einem 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptor-Antagonisten und einem Kortikosteroid zur antiemetischen Prophylaxe bei einer stark emetischen Chemotherapie. (Die europäischen Richtlinien enthalten die Spezifikation, dass es eine Cisplatin-haltige Chemotherapie sein muss.) Aprepitant wird über drei Tage verabreicht: am ersten Tag, eine Stunde vor Beginn der Chemotherapie, 125 mg, am zweiten und dritten Tag je 80 mg. Die Anwendung bei schwangeren Frauen und bei Kindern ist nicht geprüft. Während der Stillzeit sollte die Substanz ebenfalls nicht eingesetzt werden. (...)

#### Kommentar

Aprepitant ist ein Antiemetikum mit einem neuartigen Wirkmechanismus, das einen verbesserten Schutz gegenüber stark emetogenen Zytostatika verspricht. Als Nachteile fallen auf den ersten Blick einzig die vielen Interaktionsmöglichkeiten und der hohe Preis ins Auge. Die „Number Needed to Treat“ (NNT), die sich aus den vorliegenden Studien errechnen lässt, ist relativ niedrig: Man muss etwa fünf Cisplatin-behandelten Personen Aprepitant verschreiben, um einen zusätzlichen Fall von schwerer Übelkeit oder Erbrechen zu verhüten. Allerdings ist dieses Ergebnis als etwas schöngefärbt zu bezeichnen. In den Kontrollgruppen wurde nämlich gegen das verzögerte Erbrechen lediglich Dexametha-

son eingesetzt, obschon in allen Richtlinien auf die Möglichkeit einer zusätzlichen Gabe von Metoclopramid (Paspertin® u.a.) hingewiesen wird; daraus ist zu schließen, dass Aprepitant nicht mit der bestmöglichen Therapie verglichen wurde. Auch sonst lässt die Dokumentation gewisse Punkte offen: So weiß man nichts darüber, ob Aprepitant auch bei bereits vorhandenem Erbrechen helfen kann oder wie es dosiert werden soll, wenn Zytostatika über mehrere Tage gegeben werden.

Urspeter Masche, CH-Wil  
in: pharma-kritik, 9/2004  
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17,  
CH-9500 Wil  
Telefax: 071-910-0877  
E-Mail: infomed@infomed.org

#### Literatur

- 3 Cocquyt V et al. *Eur J Cancer* 2001; 37: 835-42
- 4 Campos D et al. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1759-67
- 5 Van Belle S et al. *Cancer* 2002; 94: 3032-41

# Wie die Kollegen Römer ihr Honorar verdienten

**Medizin ist heutzutage durchweg eine zivile Angelegenheit. Bei den alten Römern war dies noch anders: Sie hatten einen erheblichen Bedarf an Militärärzten und daher wurden die Legionen zu beliebten Ausbildungsstätten für junge Ärzte, die sich nach langem Dienst schließlich in der eigenen Zivilpraxis niederlas-**

Macht und Erfolg eines Staates in der Antike wurden unter anderem durch die Stärke seiner Armee bestimmt. Wichtig war es, ein gesundes Heer zu besitzen und möglichst wenige Verluste nach einer Schlacht zu verzeichnen. Auch wenn der erfolgreiche Feldherr und Kriegsstrategie Caesar behauptete, dass nur wenige römische Soldaten den Tod auf dem Schlachtfeld fanden, sah die Realität wohl ziemlich anders aus. So war es gang und gäbe, dass die Verluste der eigenen Armee meist verharmlost und die der Gegenpartei übertrieben wurden.

## Legionsärzte waren gut beschäftigt

Nach einer fiktiven Verlusttabelle<sup>1</sup> von Marcus Junkelmann ist davon auszugehen, dass bei einer Schlacht mit drei Legionen (Sollstärke je Legion 6.400 Mann) mit rund 400 Gefallenen sowie 1.700 Leicht- und Schwerverwundeten zu rechnen ist. Der Militärarzt hatte sich somit um 57 Leicht- bzw. Schwerverwundete zu kümmern, wenn pro Legion ca. zehn Ärzte zur Verfügung standen. Dieses Szenario stellte die Militärärzte wohl vor eine schier unlösbare Aufgabe. Das Schlachtfeld zu „reinigen“ war Aufgabe der Sieger: Die eigenen Toten wurden meist bestattet, die Verletzten versorgt und die feindlichen Toten und Schwerverletzten ihrem Schicksal überlassen.

(...) Mit dem Übergang vom Miliz- zum Berufsheer durch die Marianische Hee-

resreform war auch ein großes schnelles Sanitätswesen nötig geworden. Schließlich standen nicht uneingeschränkt neue und erfahrene Soldaten zur Verfügung. In unwegsamen Gebieten, fern von Rom, stellte sich zusätzlich eine Versorgung als schwierig heraus.

Unter Kaiser Augustus (31 v. bis 14 n. Chr.) finden sich erstmals Zeugnisse für einen organisierten Militärsanitätsdienst, d.h. die Versorgung von Kranken und Verwundeten wurde immer öfter innerhalb der Armee geregelt und nicht mehr in nahe gelegenen Städten. Besonders deutlich wird seine Fürsorge durch das im Legionslager von Haltern/Westfalen ergrabene Lazarett (*valetudinarium*), welches gleichzeitig das Älteste seiner Art darstellt.

Da Valetudinarien nicht „mobil“ waren, Gefechte aber überall möglich waren, musste sowohl in den Valetudinarien als auch bei militärischen Operationen medizinisches Personal vorhanden sein. Darüber hinaus brauchte man auch einen gewissen Stamm an Ärzten, der sich in Friedenszeiten um Verletzte bzw. Kranke kümmern konnte. Epigraphische Hinweise zeugen von der Anwesenheit der Ärzte in der römischen Armee.

Die Militärärzte waren spätestens in flavischer Zeit, d.h. seit Kaiser Vespasian (69-79 n. Chr.), zu einem festen Bestandteil der römischen Armee geworden, da die in Städten niedergelassenen Ärzte vom Militärdienst befreit waren<sup>2</sup> und

**sen konnten. Manches erinnert aber auch an heutige Verhältnisse: Die Ärzte suchten sich schon damals Möglichkeiten zum Nebenverdienst und wer sich ihr Instrumentarium ansieht, wird kaum etwas wirklich Fremdartiges finden: Fast alle Instrumente werden in ähnlicher Form auch heute noch verwendet.**

somit der Armee nicht mehr zur Verfügung standen. Ab diesem Zeitpunkt muss von einem eigenständig organisierten Sanitätsdienst ausgegangen werden.

Durch die Befreiung der Stadtärzte war zu Beginn die Möglichkeit, gute Ärzte zu rekrutieren, sehr beschränkt. Schließlich wurden fähige Ärzte gebraucht, um eine Ausbildung innerhalb der Berufsarmee erst zu ermöglichen. Anreize mussten gefunden oder spezielle Zusagen getroffen werden, um erfahrene Ärzte in die Armee zu locken.

## Römische Vertragsärzte mit Nebenverdienst

Zivilärzte wurden sozusagen zu Vertragsärzten der Armee. Sie konnten neben einer verkürzten Truppenzugehörigkeit (nicht 16-26 Jahre Dienstzeit) und dem festen Gehalt noch in den benachbarten Dörfern (*vici*) oder Lagerdörfern (*canabae legionis*) arbeiten und zusätzliches Geld verdienen. Auf dieser Grundlage konnte nun begonnen werden, truppenintern Lehrlinge bzw. geeignete Soldaten zu richtigen Ärzten auszubilden, die wiederum ihre Kenntnisse als erfahrene Ärzte an die truppeninternen Lehrlinge weitergaben.

## Ärztliche Ausbildung bei der Legion

Da die Ausbildung in der Antike bei bekannten Ärzten teuer war – ein „Lehrgeld“ musste bezahlt werden – stellte die Armee für den Lehrling eine attraktive Al-

ternative dar. Schließlich umging man eine Bezahlung der Lehre, lernte durch Feldzüge andere und zusätzliche ärztliche Methoden kennen und konnte in ruhigen Zeiten noch der Zivilbevölkerung helfen.

## Von der Legion in die eigene Praxis

Wie ausgefeilt schon damals die medizinische Versorgung der Verwundeten war, zeigen antike Quellen. Sie beschreiben unter anderem die Versorgung verschiedener Verletzungen, die Blutstillung, das Schließen von Wundrändern, das Anlegen der Verbände, die generelle Reinigung von Wunden und die Amputation. Natürlich musste auch der medizinische Alltag in den Lagern bewältigt werden, so dass die Legionsärzte auf allen Gebieten bewandert sein mussten.

Nach dem Dienst in der Armee bestand daher auch die Möglichkeit, als erfahrener Arzt eine „Praxis“ zu eröffnen. Dass der medizinische Standard in den Legionen hoch war, wird auch dadurch deutlich, dass sich Militärärzte wie z.B. Pedanius Dioskurides<sup>3</sup> zu bekannten Persönlichkeiten der Antike entwickelten.

(...)

## Viele Instrumente gibt es noch heute

Einen Ausschnitt des Instrumentariums, welches Ärzten allgemein in der römischen Kaiserzeit zur Verfügung stand, zeigt die Abbildung auf der gegenüberliegenden Seite. Trotz ►

anhaltender Grabungen in militärischen Anlagen bzw. Lazaretten sind solche Instrumente immer noch eine sehr seltene Erscheinung, denn römische Lager und die dazugehörigen Valetudinarien wurden bei einer Aufgabe rechtzeitig geräumt.

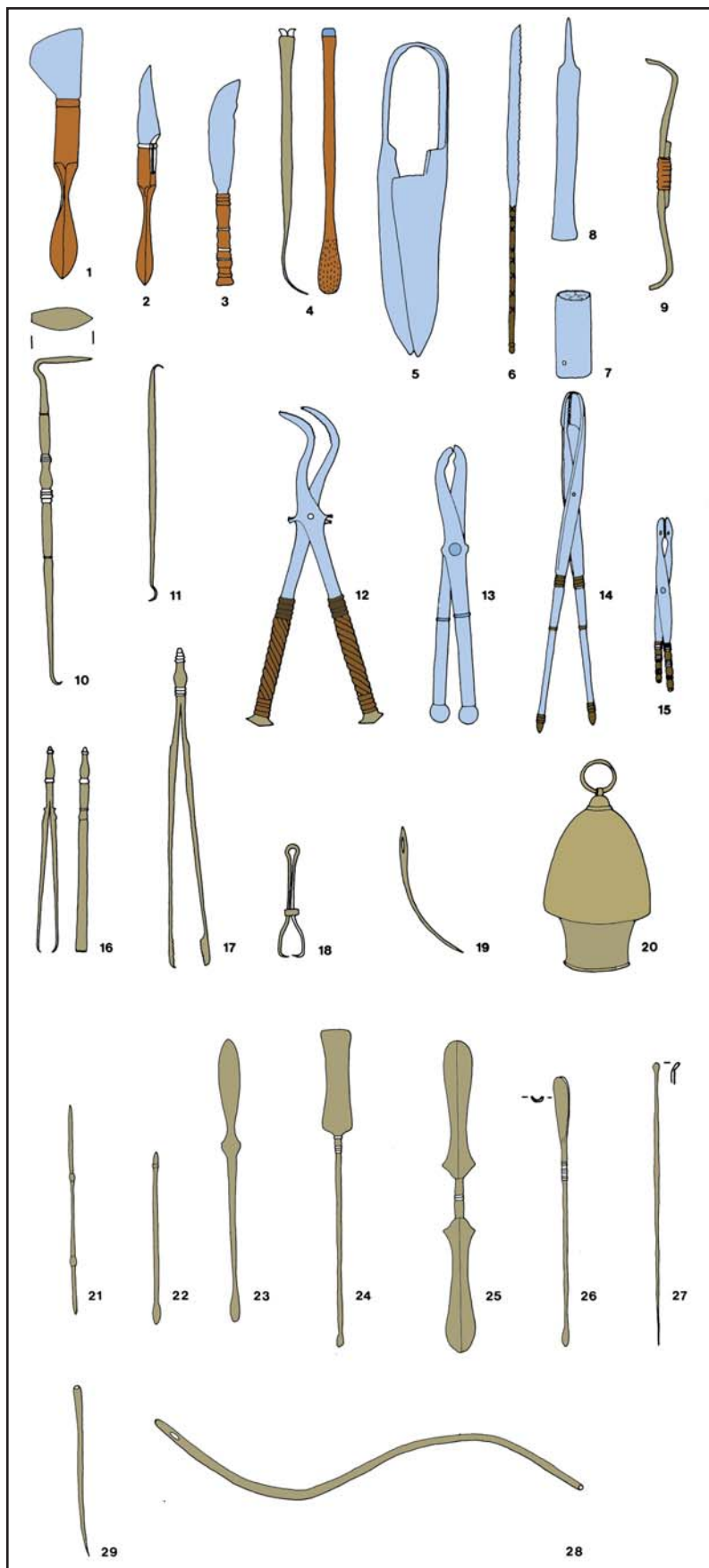
Bei den häufiger nachgewiesenen Instrumententypen (Sonden, Spatel, Pinzetten und Nadeln) handelte es sich um „Massenprodukte“, die auch in anderen Bereichen, z.B. in der Kosmetik, eine Anwendung fanden. Sie waren somit billiger in der Produktion, wurden dementspre-

chend häufiger gebraucht und somit öfters verloren. Aufgrund des niedrigeren Wertes wurde bei einem Verlust nicht intensiv nach dem Gegenstand gesucht.

Diese antiken Instrumente ähneln teilweise noch den modernen, heute in Gebrauch befindlichen Gerä-

ten. Im medizinischen Bereich wird sich nur das durchgesetzt haben, was wirklich sinnvoll und erfolgreich war. Denn Fortschritt basiert darauf, dass sich Neuerungen bewähren.

Auszüge aus einem Artikel von  
Olaf Krause M.A., Argenschwang  
in: ANTIKE WELT, 6-2004  
(von BDI aktuell geringfügig redaktionell modifiziert)



**Die Kollegen Römer verfügten über Instrumente, die zumeist in ähnlicher Form auch heute noch verwendet werden.**

- 1, 2: Skalpelle
- 3: Messer
- 4: Griff eines Blasensteinmessers
- 5: Schere
- 6: Säge
- 7: Trepan zur Öffnung des Schädels
- 8: Meißel
- 9: Knochenheber
- 10, 11: Wundhaken
- 12: Knochenzange
- 13: Zahnzange
- 14, 15: Zäpfchenzange zum Fassen und Fixieren von Weichteilen
- 16, 17: Pinzetten
- 18: Pinzette mit Fixiervorrichtung
- 19: Nadel
- 20: Schröpfkopf
- 21: Doppelsonde
- 22: Doppelsonde mit dicken Enden
- 23: Spatelsonde
- 24: Sonde mit Ruderblattspatel
- 25: Doppelspatel
- 26: Löffelsonde
- 27: Ohrsonde
- 28: Katheter für Männer
- 29: Katheter für Frauen

Abb. nach H. Matthäus, Der Arzt in römischer Zeit (1987), Schr. des Limesmuseums Aalen 39

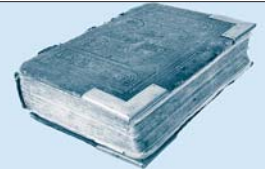
#### Anmerkungen:

Die Ausführungen beruhen auf einer durch den Verfasser im März 2003 an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz vorgelegten Magisterarbeit mit dem Titel „Der Arzt und sein Instrumentarium in der Römischen Legion während der Kaiserzeit“.

<sup>1</sup> Erstellt auf der Grundlage bekannter Zahlen und analoger Verhältnisse in anderen Epochen. Somit dürfte ein einigermaßen zutreffendes Bild der Realität einer Schlacht vorliegen. Vgl. M. Junkelmann, Die Legionen des Augustus. Der römische Soldat im archäologischen Experiment (1997) 250 ff.

<sup>2</sup> J. C. Wilmanns, Der Sanitätsdienst im Römischen Reich. Eine sozialgeschichtliche Studie zum römischen Militärsanitätswesen nebst einer Prosopographie des Sanitätspersonals, in: Medizin der Antike, Bd. 2 (1995) 70. Siehe auch Corpus Iures Civiles, Dig. 50, 4, 18, 30 und Corpus Iures Civiles, Dig. 27, 1, 6, 8f.

<sup>3</sup> Pedanus Dioskurides lebte Mitte des 1. Jhs. n. Chr. und war unter Claudius und Nero als Militärarzt tätig.



## Ein Kalif in München

### Die Freuden der Verkleidung am Faschingsdienstag

Hellmut Mehnert, Verlag Kirchheim + Co GmbH, Postfach 2524  
55015 Mainz; [www.kirchheim.de](http://www.kirchheim.de).  
ISBN 3-87409-364-6; 13,70 Euro.

Der große Kalif Harun al Raschid ging bekanntlich vor langer Zeit verkleidet durch die Straßen von Bagdad, um zu erfahren, was das Volk so über seine Amtsführung dachte. Der ebenso große Diabetologe Professor Hellmut Mehnert fand diese Idee ganz hervorragend und tat es dem Kalifen gleich. Vor allem an der Universitätspoliklinik München und am Krankenhaus Schwabing ergründete er, wie der Klinikbetrieb so läuft, wenn er nicht in der Nähe zu sein scheint, und was Mitarbeiter und Patienten von der Klinik und ihrem Chef hielten. Was er dabei so alles erlebte, hat er in einem kleinen Büchlein aufgeschrieben und mit allerlei Bildern und Karikaturen verzieren lassen. Es liest sich nicht nur ausgesprochen amüsant, sondern enthält auch ganz praktische Tipps für Chefärzte, die mal ungeschminkt hören wollen, was das Klinikpersonal so alles über sie denkt und schwätzt.

red

## IGeL-Kompendium für die Arztpraxis

### Patientengerechte Selbstzahlerleistungen rechtssicher gestalten

R. Hess / R. Klakow-Franck (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Dieselstraße 2, 50859 Köln, ISBN 3-7691-3172-X  
178 Seiten, mit 158 Tabellen, € 44,95

Das Buch stillt den mit der steigenden Nachfrage privatärztlich zu finanzierenden Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) eingehenden komplexen Informationsbedarf. In diesem „IGeL-Kompendium“ sind u. a. zusammengetragen die Abgrenzungskriterien der GKV-Leistungen von privatärztlich zu finanzierenden IGeL-Leistungen, die bei der Erbringung von IGeL-Leistungen zu beachtenden berufs- und gebührenrechtlichen Regelungen, die dem Patienten sachgerecht zu vermittelnden Informationen, Aspekte des Steuerrechts etc. Das Werk stellt eine echte Hilfestellung bei der Suche nach Antworten auf die vielen IGeL-Fragen dar. Es hilft dem interessierten Arzt, IGeL-Leistungen in korrekter Form in seine Praxistätigkeit einzubeziehen und vermittelt auch gesellschaftspolitische Einschätzungen, ferner eine Bewertung der volkswirtschaftlichen Bedeutung dieses Teilbereichs der ärztlichen Berufsausübung sowie Infos zur Praxisführung. Bei Erbringung der vom GKV-Versicherten außerhalb seiner Krankenbehandlung gewünschten IGeL-Leistungen muss der Arzt unbedingt die im „IGeL-Kompendium“ dargestellten vertragsarzt- und berufsrechtlichen sowie die gebühren- und steuerrechtlichen Rahmenbedingungen kennen. Ein weiteres eigenes Kapitel ist dem Komplex „IGeL-Katalog“ gewidmet, der die am häufigsten nachgefragten IGeL-Leistungen in zahlreichen Tabellen, auch gesondert für 14 verschiedene Fachgebiete, auflistet. Abgerundet wird das Werk mit den üblichen Musterformularen.

ga

## MännerMedizin

### in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis

Schill, Wolf-Bernhard; Bretzel, Reinhard; Weidner, Wolfgang  
2004, 768 Seiten, 125 farb. Tabellen, <Pappband>  
€ 82,—

Urban & Fischer Verlag München  
ISBN 3-437-23260-6

Männer gehen mit ihren spezifischen Erkrankungen im Allgemeinen nicht gleich zum Urologen, sondern erst mal zum Hausarzt bzw. Internisten. Vor diesem Hintergrund hat sich in den letzten Jahren das Schlagwort der „Männermedizin“ entwickelt.

Im vorliegenden Buch erläutert das interdisziplinäre Autorenteam aus der Inneren Medizin die unterschiedlichen Facetten männerspezifischer Erkrankungen anhand von straff konzipierten Kapiteln. Alle Aspekte des Mannes von der Geburt bis zum Tod sind berücksichtigt, insbesondere physiologische Entwicklungen, Fehlentwicklungen und männertypische Krankheiten einschließlich deren Diagnostik und Therapie.

Quelle: Verlagsinformation

## Gelbe Liste Identia 2005

### Arzneimittel sicher identifizieren: Das Nachschlagewerk für Apotheker und Ärzte

Gelbe Liste Identia, 16. Ausgabe 2005

372 Seiten, inkl. Anhang mit Adressen der Giftinformationszentralen, broschiert; ISSN 1616-198X.

Preis: 24 Euro (bis 30. Juni 18 Euro direkt beim Verlag)

Ab sofort ist die 16. Ausgabe der Gelben Liste Identia für Apotheker und Ärzte auf dem Markt – umfangreicher denn je: Das einzigartige Nachschlagewerk ermöglicht das sichere und schnelle Identifizieren von 4.300 Tabletten, Kapseln, Dragees und anderen festen Arzneimitteln und erscheint im Verlag MMI, Neu-Isenburg. 1.000 Präparate mehr wurden in die aktuelle Ausgabe der Gelben Liste Identia aufgenommen, das entspricht einem Plus von 30 Prozent im Vergleich zur letztjährigen Ausgabe. **Die Identia ermöglicht durch originalgetreue und systematisch sortierte Abbildungen die schnelle und sichere Bestimmung einzelner Tabletten, Kapseln und Dragees. Ohne aufwändige Laboranalysen ist es möglich, im Vergiftungs- oder Verwechslungsfall 4.300 Präparate anhand von Farbe, Form, Gewicht, Größe sowie gegebenenfalls Bruchrillen, Prägungen oder Aufdrucken zu bestimmen.** Auch bei der häufigen Patientenfrage nach der Teilbarkeit einer Tablette hilft das Nachschlagewerk weiter. Die Gelbe Liste Identia ist in Deutschland einmalig in ihrer Art und gehört zur Standardausstattung jeder Apotheke. Im Notfall hilfreich sind zudem die Adressen der rund um die Uhr erreichbaren Giftinformationszentren. Verfügbar ist die Gelbe Liste Identia auch als Version für Pocket-PC, als CD-ROM und im Internet unter [www.identa.de](http://www.identa.de) (Benutzername docinfo, Passwort: docinfo). Alle elektronischen Versionen werden vierteljährlich aktualisiert. Die Gelbe Liste Identia kann bis zum 30. Juni 2005 zum Einführungspreis von € 18,00 zzgl. Porto, Verpackung und MwSt. (später € 24,00) direkt bei MMI bezogen werden. Bestelladresse:

Medizinische Medien Informations GmbH, z.H. Kerstin Krause  
Am Forsthaus Gravenbruch 7, 63263 Neu-Isenburg

E-Mail: [k.krause@mmi.de](mailto:k.krause@mmi.de)

Bestelltelefon: 0 61 02 / 5 02-263, Bestellfax: 0 61 02 / 5 02-243

Aus der Verlagsinformation

## Soziale Absicherung chronisch Kranker mit besonderem Aspekt bei HIV und AIDS

Helga Exner-Freisfeld

2005; VAS Verlag für Akademische Schriften

Wielandstr. 10, 60318 Frankfurt/Main

Fax: 069/7073967, E-Mail: [info@vas-verlag.de](mailto:info@vas-verlag.de)

Bestellnummer: 3-88864-388-0

Preis: € 24,80 inkl. MwSt.

Chronische Krankheiten – insbesondere die HIV-Infektion – sind auch im 21. Jahrhundert schwer in das soziale Netz einzuordnen. Seit 1996 hat sich die Kombinationstherapie der HIV-Infektion allgemein durchgesetzt, wodurch Patienten mit AIDS als chronischer Krankheit wesentlich länger leben. Opportunistische Infektionen sind zurückgedrängt, der Anstieg der Tuberkulose bei AIDS hat jedoch an sozialmedizinischer Bedeutung gewonnen. Dies gilt auch für Koinfektionen mit Hepatitis B und C sowie insbesondere für die Syphilis, die stark im Ansteigen ist, und ebenso die durch antiretrovirale Therapie ausgelöste Lipodystrophie. Kostenvergleiche zwischen den Kombinationstherapien bei HIV, dem Diabetes mellitus und der terminalen Niereninsuffizienz machen die sozialmedizinische Komponente der HIV-Erkrankung deutlich. Chronisch Kranke können mit der oft finanziell nicht ausreichenden staatlichen Unterstützung in Armut geraten. Frauenspezifische Schwierigkeiten werden in 3 Interviews aufgezeigt.

AIDS-Patienten wissen oft nicht, wie sie die ihnen rechtlich zustehenden Sozialleistungen erhalten können. Diese werden in den Bereichen der Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung aufgezeigt.

Die Autorin Dr. Helga Exner-Freisfeld, Jhg. 1934, ist Internistin, Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizinerin und seit über 20 Jahren wissenschaftliche Mitarbeiterin für sozialmedizinische Fragen im AIDS-Team der Universitätsklinik Frankfurt am Main.

Quelle: Verlagsinformation; [www.vas-verlag.de](http://www.vas-verlag.de)

## Exklusiv für BDI-Mitglieder: 12% Rabatt auf alle Volvo-Modelle

Liebe BDI-Mitglieder, dem Berufsverband Deutscher Internisten e. V. ist es gelungen, mit der Auto Haas GmbH / Bingen attraktive Sonderkonditionen für BDI-Mitglieder zu vereinbaren. Jedes BDI-Mitglied kommt in den Genuss dieses Serviceangebotes. Hierzu kann in der BDI-Geschäftsstelle unter 0611 / 181 330 oder per Fax: 0611 / 181 33 50

bzw. per E-Mail: info@bdi.de ein Abrufschein geordert werden. Dieser Schein berechtigt Sie dann im Autohaus Haas ein Fahrzeug zu den vergünstigten Konditionen zu erwerben.

Seit 1927 stellt Volvo Personenkraftwagen her. Dabei war Volvo schon immer Vorreiter im Bereich der Sicherheit. Als internationales Unternehmen hat Volvo heute

Tochtergesellschaften in allen Teilen der Welt. Sicherheit, Umweltschutz und verantwortungsvolles Handeln mit Rücksicht auf künftige Generationen sind für Volvo eine Selbstver-

pflichtung, die stets einer kritischen Überprüfung standhalten muss.

Wir wünschen Ihnen allezeit gute Fahrt!

Ihr BDI e.V.



### Rechtsschutz in der Praxis

## Exklusiver Rahmenvertrag für BDI-Mitglieder mit ROLAND Rechtsschutz

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) hat für seine Mitglieder einen besonders attraktiven Rahmenvertrag mit der ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG in Köln abgeschlossen. Die im Rahmenvertrag vereinbarten Rechtsschutzkonzepte gelten für angestellte und für niedergelassene Ärzte. Um den jeweiligen Bedarf zu decken, werden verschiedene Paketlösungen angeboten. Besondere Highlights: attraktive Preise für alle Produkte innerhalb des Rahmenvertrags, eine Prämiengarantie bis 2008 sowie eine separate Straf-Rechtsschutz-Komponente.

### Rechtsschutz für den angestellten Arzt

Für angestellte Ärzte bietet der Rahmenvertrag eine Abdeckung rechtlicher Auseinandersetzungen, die speziell auf die Lebenssituation zugeschnitten werden kann: im beruflichen Bereich über den Berufs-Rechtsschutz, in beruflichen und privaten Rechtssituationen über den Privat- und Berufs-Rechts-

schutz sowie eine Paketdeckung, die neben den beruflichen und privaten Rechtsstreitigkeiten auch den Verkehrsbereich absichert.

### Rechtsschutz für den niedergelassenen Arzt

Für niedergelassene Ärzte bietet der Rahmenvertrag eine Paketdeckung in zwei Varianten. Der Kompakt-Rechtsschutz ist eine Kombination aus Privat-, Praxis-, Spezial-Straf-, Verkehrs- sowie Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz. Der KompaktPlus-Rechtsschutz sieht neben höheren Versicherungssummen einen erweiterten Versicherungsschutz im Verkehrsbereich sowie bei Kapitalanlagegeschäften vor. Darüber hinaus ist die außergerichtliche Interessenwahrnehmung ausgeweitet.

### Highlight: Spezial-Straf-Rechtsschutz als separate Police

Unabhängig von den obigen Paketen bietet die ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-

AG für niedergelassene und angestellte Ärzte den BDI-Mitgliedern zusätzlich eine Spezial-Straf-Rechtsschutzdeckung als separate Police an, über die – neben vielen anderen – auch der Tatbestand der schweren Körperverletzung nach § 226 StGB abgesichert ist.

### ROLAND Rechtsschutz: ein kompetenter Partner für Ärzte

Die ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG wurde 1957 gegründet und gehört heute zur Spitzengruppe deutscher Rechtsschutz-Anbieter. Sie bietet Rechtsschutz-Lösungen für Privat-, Unternehmens- und Industriekunden und hat sich insbesondere mit ihrem Angebot für Ärzte und andere Heilberufe erfolgreich im Wettbewerb positioniert. Für den BDI bietet ROLAND Rechtsschutz im jetzt geschlossenen Rahmenvertrag neben besonderen Leistungserweiterungen attraktive Prämien sowie eine Prämiengarantie bis 2008. Die Gesellschaft gehört zur RO-

LAND-Unternehmensgruppe, deren Unternehmen zu den führenden Anbietern von Rechtsschutz-, Prozessfinanzierungs-, Schutzbrief- und Assistance-Leistungen zählen. Die Unternehmensgruppe hat rund 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erzielte in 2004 Bruttobeitragseinnahmen von 232,1 Mio. EUR sowie Umsatzerlöse von 18,6 Mio. EUR.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des BDI e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611 / 181330, E-Mail: [info@bdi.de](mailto:info@bdi.de). Weitere Informationen zum Angebot speziell für BDI-Mitglieder erhalten Sie über: Herrn Rüdiger Caspers, Hoerder Str. 40, 40472 Düsseldorf

Telefon: 0211/65 81 904  
Telefax: 0211/65 85 91 75  
Email: [ruecaspers@t-online.de](mailto:ruecaspers@t-online.de)

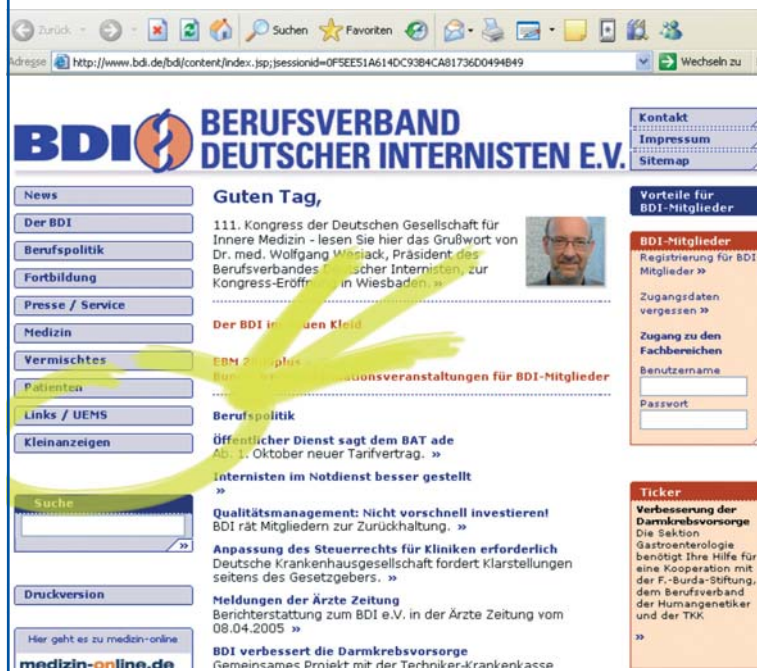
# Stellen Sie Ihre Kleinanzeige auch ins Internet!



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

**www.bdi.de**

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



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



## Kleinanzeigen

### GERÄTE

**Verkaufe wegen Praxisauflösung:** Videogastroskop Pentax von 10/04 (neuerwertig), Videokoloskop Pentax K-line von 12/02 (Hygienezertifikat 4/05) und Videokoloskop Pentax von 2/01, wenn gewünscht mit Endoschrank sowie Pentax EPK 700 Videoprocessor, Endowasher 2000 WG Endotechnik von 12/02, Ergotom ERBE ICC200 von 12/02, halbautomatisches Videotischmodell zur Endoskopdesinfektion von 12/02, Sonorex SuperUltraschallbad BANDELIN von 12/02, Sterilisator Euroclav 23-S-S MELAG von 11/02, H 2 Atemtestgerät von Stimotron mit digitaler Waage Kern von 6/97, HP Atemtestgerät FANci2 von 9/94, Fresenius-Oesophagusmanometrikatheter von 8/00. Alles in bestem Pflegezustand. VP ist VHB auf Anfrage. (Gerätebesichtigung in MVP)

Tel.: 0160 90 64 28 70  
od. 02323 / 39 05 94

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

Tel.: 02175 / 25 66  
Fax: 02175 / 88 01 07

**Waschmaschine für Endoskope:** 2 Halbautomaten von der Firma Endo-Technik W. Griesat wg. Umstellung auf Vollautomaten abzugeben. Pumpen wurden vor kurzem erneuert. VB 500 Euro pro Maschine.

Tel.: 06074 / 9 80 28, Fax: 06074 / 9 80 32

**Suche Olympus Video Gastroskop,** möglichst komplette Anlage mit Video Prozessor, aber auch einzeln (auch mit Video Coloskop).

Tel.: 040 / 8 99 18 42 od. 0172 – 420 67 66  
Fax: 040 / 89 89 20

**Zu verkaufen:** Neuwertiger Olympus Gastroskop-Reinigungs- und Desinfektionswagen (TD-20). Preis VB auf Anfrage.

Tel.: 07021 / 86 13 48  
Fax: 07021 / 86 13 49

**Suche** für einen vet. Kollegen (auf Mallorca) gebrauchtes Olympus Coloskop ab 160 cm Länge, natürlich möglichst gut erhalten und möglichst günstig.

Dr. med. Markus Fisser  
CC Mercadona Local 2.1.  
E – 07181 Palmanova  
Fax: 0034 9711 35008  
Tel.: 0034 9711 35007  
Email: dr.fisser@mallomed.com

**Suche** gebrauchten, zugelassenen **C-Bogen zwecks DL** bei Coloskopie. Angebote bitte an

Fax: 07271 / 12 65 01

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

Tel.: 040 – 85 50 67 78  
oder 0172 – 4 20 67 66

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

Tel.: 09132 / 74 12 76

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

Tel.: 0162 – 5 23 58 35

**Verkaufe** Einkanal-EKG, Bosch EKG 601, 12 Jahre alt, wenig gebraucht.

Dr. med. Dreher,  
Lavendelweg 2, 71665 Vaihingen.  
Telefon: 07042 / 1 45 51

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

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

**Computergesteuerte Extension + Tiefenwärme:** Extensionsliege mit TRAComputer + MILI-Mobil + Hüftextension (Medizinelektronik Lüneburg); NP 13.051 € inkl. MWSt., 28 Monate alt, absolut neuerwertig, 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

Soll eine „bis auf Wider-ruf“ geschaltete Klein-anzeige 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

**Zu verkaufen:** Pentax-Videoprocessor 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 Geräterwagen – 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. Videoprocessor mit integrierter Kaltlichtquelle/Insufflationspumpe Made in Germany / Elmshorn. Exzellente Bildqualität durch hochauflösenden Videochip in Verbindung mit einem lichtstarken Spezialweitwinkelobjektiv.

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

RMS Endoskopie-Technik,  
Ramskamp 41, 25337 Elmshorn  
Tel.: 04121 / 64 93 - 90  
Fax: 04121 / 64 93 - 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

## Kleinanzeigen

bieten Ihnen Leihgeräte.

Prüfen Sie uns! Rufen Sie uns an.

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

**Wir kaufen:**

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

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

**Wir verkaufen:**

Werkstattüberholte Gastro- u. Koloskope, Sigmoidoskope + Bronchoskope von Olympus – Pentax – Fujinon. Kostenfreie Anlieferung der Endoskope in Ihre Praxis zwecks Begutachtung, Erprobung der Geräte nach Abstimmung. Prüfen Sie uns! Rufen Sie uns an.

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

**Automatisches Notfall-Defibrillator-system**

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

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

## PRAXISABGABE

**Praxisabgabe in Ludwigshafen/Rhein:** Zum 01.10.2005 oder 01.01.2006 möchte ich meine hausärztlich-internistische Praxis aus Altersgründen abgeben.

Fax: 0621 / 55 17 51  
E-Mail: Klaus.Klumpen@t-online.de

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

„Praxisabgabe 02910“

**Hausärztlich-internistische Praxis** in Flensburg zum 01.10.2005 abzugeben. Zentrale Lage.

„Praxisabgabe 91002“

Alt eingeführte **internistische Hausarztpraxis** in 2006 an tüchtigen Nachfolger abzugeben, Kreisstadt im Nordwesten, Ärztehaus, Top Personal vorhanden. Geregelter Hintergrunddienst auch an Werktagen.

„Praxisabgabe 07540“

Vom ersten Moment an Verdienen! Wegen Auswanderung zu verkaufen: Im **Zentrum von Zürich**, Schweiz, etablierte, repräsentative, voll ausgelastete, hochrentable **Top-Praxis für Innere Medizin, Schwerpunkt Akupunktur/TCM** incl. 7 Laserneedle Maschinen. In elegantem Villenquartier am Zürichberg. 200 m<sup>2</sup>, 7 stilvolle Räume, modernste Architektur, Ausbau und Infrastruktur, 2 Garagen, evtl. mit Praxisbewilligung und Konkordatsnummer zur Abrechnung von Akupunktur über die Grundversicherung. Treues Patientengut, großer Einzugsbereich, eingespieltes Praxisteam. Evtl. vertrauensärztliche Mandate bei Großbanken zusätzlich vermittelbar. Solvente Käufer wenden sich an:

Living art, Beratungen und Verkauf  
Frau M. L. Tschabold, Tel.: +41 43 268 04 54  
E-Mail: welcome@livingart-mlt.ch

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

„Praxisabgabe 32746“

**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 Schwerpunktler niedergelassen ist (gesperrtes Gebiet). Alle Schulen am Ort, hoher Freizeitwert.

Tel.: 0160 – 7 91 33 25

**München – hausärztlich-internistische Praxis:** Gut gehende, ausbaufähige Praxis im Münchener Südwesten direkt am Mittleren Ring in U-Bahnnahe abzugeben. Gut bürgerliches Wohngebiet mit gutem Privat-/Kassenverhältnis.

„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 Freizeiteinrichtungen am Ort sowie Autobahnanschluss. Eine Übergangsgemeinschaft ist erwünscht.

Tel.: 09661/7780  
abends und lange klingeln

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

- 07/06/05  
Stadt Kiel, Praxis eines praktischen Arztes / einer praktischen Ärztin. Bewerbungsfrist: 30.06.2005.

- 11/06/05  
Stadt Lübeck, Praxis eines Arztes / einer Ärztin für Allgemeinmedizin. Bewerbungsfrist: 15.07.2005.

- 15/06/05  
Kreis Segeberg, Praxis eines Arztes / einer Ärztin für Innere Medizin (hausärztlich). Bewerbungsfrist: 30.06.2005.

- 02/07/05  
Kreis Pinneberg, Praxis eines Facharztes / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin. Bewerbungsfrist: 31.07.2005.

- 04/07/05  
Kreis Rendsburg-Eckernförde, Praxis eines Facharztes / einer Fachärztin für Allgemeinmedizin. Bewerbungsfrist: 31.07.2005.

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

## PRAXISPARTNER

**Diabetologische Schwerpunktpraxis**, hausärztlich-internistisch mit praxisparallelem Gesundheitszentrum sucht Einstiegspartner. Bodenseenahes Allgäu.

Tel.: 07522 / 97 79 70,  
Fax: 07522 / 97 79 77

**Kardiologie / Pneumologie** (40 Jahre), in großem Akut-Krankenhaus tätig, sucht Niederlassungsmöglichkeit / Assoziation in einer Gemeinschaftspraxis im süddeutschen Raum.

„Praxispartner 29741“

**Partnerin für Gemeinschaftspraxis** gesucht. Circa 2 Tage wöchentlich. Sehr gut ausgestattete hausärztlich-internistische Praxis im Kreis Sigmaringen. Interessante, abwechslungsreiche Tätigkeit. Flexibel. Beste Konditionen! Ich freue mich auf Ihre Zuschrift.

„Praxispartner 11340“

**Fachärztlicher Internist** mit Röntgenzulassung gesucht zur Kooperation mit einer

Gemeinschaftspraxis (Allgemeinarzt / Internist). Gastroenterologische Ausrichtung vorteilhaft, aber nicht Bedingung. Kein Goodwill. Praxis im nördlichen Münsterland.

„Praxispartner 38110“

**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 – 6 30 86 91

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

„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](http://www.Sauerland-Internisten.de).

E-Mail: [ottokajo@web.de](mailto: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](mailto: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

**Korrespondenzadresse zu Kleinanzeigen:**

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

Annahmeschluss für BDI aktuell August/September 2005: 11.07.2005  
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 04.08.2005),  
für BDI aktuell Oktober 2005: 29.08.2005  
(voraussichtlicher Erscheinungstermin: 22.09.2005).

in MeckPomm oder SchwHolst (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 / 3 48 99 00

**Internist/Nephrologe,** ich bin Anfang 40 und zurzeit in ungekündigter oberärztlicher Funktion an einem nephrologischen Zentrum. Zur Assoziation suche ich eine nephrologische Praxis in Süddeutschland.  
„Praxispartner 27617“

## 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.  
„Praxisuche 22343“

**Internist / Pneumologie, Allergologie,** sucht nach breiter Weiterbildung, OA-Erfahrungen und Praxis-Vertretungen eigene Praxis oder Assoziation.  
„Praxisuche 11206“

**Angehender Internist** (Univ. Freiburg) (Erfahrung in Sono/Echo) sucht eine internist. Praxis in Freiburger Region oder Umgebung zum Ende 2005 oder Anfang 2006.  
„Praxisuche 39729“

**Hausärztlicher KV-Sitz** von Internist im Bereich Augsburg-Stadt gesucht.  
„Praxisuche 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.  
„Praxisuche 22775“

Hausärztliche (oder fachärztliche) **Praxis im Großraum Dortmund** gesucht. Internist, 41 Jahre alt, vh., 3 Kinder, sucht internistische Hausarztpraxis im Großraum Dortmund (Dort-

mund, 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.  
„Praxisuche 27244“

**Erfahrener Internist / Gastroenterologe** sucht Niederlassungsmöglichkeit. HA oder FA, Einzel oder GP in Raum PLZ 834. Bitte Kontakt unter  
praxis83@aol.com  
oder 0176 – 27 21 78 71

**Internist / Pneumologie** (42) 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.  
„Praxisuche 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.

**Arzt/Ärztin für Innere Medizin – Kardiologie** als Dauerassistent/in für ca. 5 Std. arbeitstäglich für große kardiologische Zweigungspraxis in Köln ab 01.10.05 gesucht. Aussagekräftige Bewerbungen erbeten.  
„Stellenangebot 14712“

**Betriebsmedizin.** Überbetriebliches Werksarztzentrum sucht Betriebsmediziner/in für den Raum Osthessen. Aussagefähige Zuschriften an: Werksarztzentrum Fulda e.V., zu Händen Herrn Stäbe, Weimarer Straße 27, 36093 Künzell.  
Tel./Fax: 0661 / 3 35 52  
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 Angiolo-

gie für kardiol.-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“

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

**Facharzt mit Zusatzausbildung in Akupunktur und Sportmedizin** für Praxisgemeinschaft in Zürich gesucht. Sportpraxis mit Leistungsdiagnostik, Physiotherapie und Reha. Komplette Infrastruktur vorhanden. Stelle ab sofort. Bewerbung mit CV.  
„Stellenangebot 78048“

Praxisgemeinschaft Innere(HÄ) – Pneumologie am linken Niederrhein sucht **WB-Assistent/in Innere/Allgemeinmedizin** für halbtags ab 01.09.2005. WBE liegt vor.  
Tel.: 02832 / 62 48  
bzw. 0172 – 99 41 003

## VERTRETERANGEBOT

Erfahrener **Internist/Pneumologie** übernimmt Vertretungen in Praxis oder Klinik.  
„Vertreterangebot 60211“

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

Internist/Gastroenterologie, 50 Jahre, übernimmt Vertretungen in Praxis oder Klinik.  
Tel.: 06861 / 79 02 08 (Dr. Grün)

**Chefarzt Innere Medizin,** besondere Qualifikationen: Duplexsonographien, Echokar-

diogrammen, 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“

## VERTRETERSUCHE

**Praxisvertretung auf Mallorca.** Wir sind grundsätzlich an vertretungswilligen Kollegen/Kolleginnen für unsere Praxis auf Mallorca interessiert. Unsere Praxis bietet alle Möglichkeiten, von TEE bis Colo, welche aber im Rahmen einer Urlaubsvertretung nicht wahrgenommen werden müssen. Wesentliche Voraussetzung ist flüssiges Englisch und zumindest gute Spanisch-Kenntnisse. Zulassung für Spanien wäre wünschenswert, ist aber nicht Bedingung. Weiteres, insbesondere Terminabsprache, am besten mündlich.

Dr. med. Markus Fisser  
CC Mercadona Local 2.1.  
E – 07181 Palmanova  
Fax: 0034 9711 35008, Tel.: 0034 9711 35007  
E-Mail: dr.fisser@mallomed.com

## VERSCHIEDENES

**Ferienhaus Ungarn,** renoviert, 2.000 m<sup>2</sup> Weinberg, nahe Thermalbad. 29.000,- Euro.  
Tel.: 08671 / 23 42  
od. 0173 – 9 20 83 65

**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, Wäscherraum 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

**Namibia** – abwechslungsreiche Gäste- und Wildfarm unter deutscher Leitung bietet auf 7.500 ha schönste Naturerlebnisse.  
Infos: Dr. von Seck, Tel.: 0611 / 30 07 55  
oder unter www.okanduka.de

# Terminübersicht Fort- und Weiterbildung 2005

## Kurse

### 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: 18

### 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: 28.10. bis 31.10.2005  
Ort: Venedig / Palazzo Albrizzi (Cannaregio)  
Kursleiter: PD Dr. med. O.-A. Müller, München  
Gebühr: € 245,00 / 350,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)  
CME: beantragt

**Intensivkurs Gastroenterologie/Hepatology**

Termin: 11. bis 13.11.2005  
Ort: Evangelisches Krankenhaus Hattingen  
Kursleiter: Prof. Dr. med. A. Tromm  
Gebühr: € 224,00 / 320,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)  
CME: voraussichtlich 16

**Bronchoskopiekurs**

Termin: 24.11. bis 26.11.2005  
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 Wörthersee (54. Seminarkongress)  
09.10. – 15.10.2005 Bad Krozingen bei Freiburg i. Brsg. (1. Seminarkongress)  
24.11. – 03.12.2005 Teneriffa / Puerto de la Cruz (28. Seminarkongress)

**Sonstige BDI-Termine**

08.09. und 08.12.2005 Bezirksgruppe Ludwigshafen – Treffen der Ludwigshafener Internisten, Ludwigshafen-Süd

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

**BDI-Veranstaltungen****Bezirksgruppe Ludwigshafen/Rhein  
Treffen der Ludwigshafener Internisten**

**Datum:** 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

**11. Dresdner Symposium „Invasive Kardiologie“**

**Datum:** 01.-02.07.2005  
**Ort:** Hotel Hilton Dresden  
An der Frauenkirche 5  
01067 Dresden

**Programm:**

01.07.2005, 14.00-17.30 Uhr: Satellitensymposien I-II (18 Monate GMG – eine Zwischenbilanz; Angiologie [AstraZeneca])  
02.07.2005, 08.30-17.10 Uhr: Sitzungen I-V (Echokardiographie: Möglichkeiten und Probleme bei der Beurteilung der gestörten LV-Funktion; Rhythmologie – Update 2005; Mit welcher Methode lässt sich das individuelle Herzinfarktrisiko am sichersten erkennen?; Akutes Koronarsyndrom – Wie erfolgreich sind regionale Versorgungskonzepte?; entzündliche Herzerkrankungen/ Herzinsuffizienz)

08.30-13.00 Uhr: Workshop für Assistenzpersonal

**Tagungsleitung:** S. G. Spitzer

**Veranstalter:** CARDIUM-Kongress GmbH, Koblenz

**Information/Anmeldung:** Tagungssekretariat:

Frau E. Helbig, Tel. 0351/8064-114

Frau R. Schöne, Tel. 0351/8064-115, Fax: 0351/8064-110

E-Mail: rica.schoene@praxisklinik-dresden.de

Praxisklinik Herz und Gefäße:

Dres. med. Stefan G. Spitzer, Rolf Dörr, Siegfried Gehlhar, Brigitta Krosse,

PD Reinhardt Sternitzky, Jürgen Stumpf, Clemens T. Kadalie

Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis

Forststr. 3, 01099 Dresden

Tel.: 0351/8064-115, Fax: 0351/8064-110

www.praxisklinik-dresden.de

**CME-Punkte:**

Das 11. Dresdner Symposium „Invasive Kardiologie“ wird unter dem Dach der Weiter- und Fortbildungsakademie „Kardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie durchgeführt und ist von der Sächsischen Landesärztekammer für das Sächsische Fortbildungsdiplom mit folgenden Punkten anerkannt:

01.07.05 Satellitensymposium I: 4 Punkte

Satellitensymposium II: 2 Punkte

02.07.05 Wissenschaftliches Programm: 8 Punkte (bei Teilnahme an der gesamten Veranstaltung)

**Zertifizierte Fortbildung "Schilddrüsenerkrankungen"**

**Datum:** 02.-04.09.2005 (24 Std., 30 Vorträge)  
**Ort:** Universitätsklinikum Mainz  
Hörsaal Frauenklinik  
**Veranstalter:** Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, AG Schilddrüse, Chirurgische AG für Endokrinologie, Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Pathologie)  
**Kursleitung:** Prof. Dr. G. Brabant, Hannover  
Prof. Dr. G. J. Kahaly, Mainz  
**Gebühren:** € 250,-  
**Anmeldung:** Prof. Dr. G. J. Kahaly, I. Med. Univ.-Klinik, Mainz  
Tel.: 06131 / 176950, Fax: 06131 / 173460  
E-Mail: gkahaly@mail.uni-mainz.de  
**Zertifizierung:** Dieser Kurs wird mit 20 CME Punkten zertifiziert.

**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:** 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

|                      |  |                                  |   |
|----------------------|--|----------------------------------|---|
| <b>Leitung:</b>      | Tel.: 0361/781-2470, Fax: 0361/781-2472<br>E-Mail: uschmidt@erfurt.helios-klinikum.de<br>Prof. Dr. U. Schmidt, PD Dr. G. Laier-Groeneveld, Fr. Prof. Dr. I. Aßmann   | <b>Datum:</b>                    | 26.09.-30.09.2005 – Teil II   |
| <b>Organisation:</b> | Prof. Dr. U. Schmidt   | <b>Ort:</b>                      | Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I<br>Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg<br>Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle<br>Tel.: 0345/557-2661, Fax: 0345/557-2253   |
| <b>Datum:</b>        | 19.09.-28.09.2005  | <b>Leitung:</b>                  | Prof. Dr. W. Fleig, Prof. Dr. B. Osten, Prof. Dr. K. Werdan, Prof. Dr. H. J. Schmoll  |
| <b>Ort:</b>          | Akademie f. med. Fort- und Weiterbildung<br>Bismarck-Allee 8-12<br>23795 Bad Segeberg<br>Ärztammer Schleswig-Holstein, Sekr. Frau M. Fellner<br>Tel.: 04551/803-195<br>Fax: 04551/803-194<br>E-Mail: akademie@aeksh.de | <b>Organisation:</b>             | Prof. Dr. W. Fleig, Dr. Ch. Schäfer   |
| <b>Leitung:</b>      | Prof. Dr. G. Hintze, Prof. Dr. U. R. Fölsch, Prof. Dr. J. Steinhoff  | <b>Datum:</b>                    | 10.10.-14.10.2005   |
| <b>Organisation:</b> | Prof. Dr. J. Steinhoff; Univ.-Kl. Schlesw.-Holst., Campus Lübeck, Medizinische Univ.-Kl. I, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck  | <b>Ort:</b>                      | Medizinische Klinik III der Universität, Abt. Rheumatologie<br>Postfach 35 60, 91023 Erlangen<br>Tel.: 09131/853-2075, Fax: 09131/853-6448  |
| <b>Datum:</b>        | 26.09.-30.09.2005  | <b>Leitung und Organisation:</b> | Prof. Dr. B. Manger, Prof. Dr. H. Nüßlein   |
| <b>Ort:</b>          | Klinikum rechts der Isar, II. Medizinische Klinik der TUM<br>Ismaninger Str. 22, 81675 München<br>Tel.: 089/4140-4074, Fax: 089/4140-4932<br>E-Mail: Sophie.Zaun@lrz.tum.de  | <b>Datum:</b>                    | – noch nicht bekannt –  |
| <b>Leitung:</b>      | Prof. Dr. R. M. Schmid, Prof. Dr. Ch. Peschel, Prof. Dr. A. Schömig, Prof. Dr. D. Schlöndorff, Prof. Dr. M. Reincke  | <b>Ort:</b>                      | Med. Hochschule Hannover, Zentrum Innere<br>Medizin, Abt. Rheumatologie/Immunologie<br>Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover<br>Tel.: 0511/532-2319, Fax: 0511/532-5841<br>E-Mail: Intensivkurs.Innere@mh-hannover.de |
| <b>Organisation:</b> | PD Dr. Weidenbach, Dr. K. Stock, Sekr. Fr. S. Zaun Anmeldung: Di.+Do. 09.00-14.00 h  | <b>Leitung:</b>                  | Prof. Dr. H. Zeidler, Prof. Dr. R. E. Schmidt   |
|                      |  | <b>Organisation:</b>             | PD Dr. L. Köhler, Dr. S. Schnarr, PD Dr. T. Witte   |

## Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.

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

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

**Beginn:** jeweils Donnerstag, 19.30 Uhr

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*

24.11.2005 **Rheumatologie aktuell 2005** – Focus: Entzündliche Muskelerkrankungen, Fibromyalgie, M. Bechterew – Referenten: *Schattenkirchner, Späth, Krüger*

**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*

26.11.2005 **Nephrologie intensiv 2005** – Focus: Nephrologische Leitsymptome / Differentielle renale Krankheitsbilder / Problem Elektrolytstörung, Hypertonie und renale Anämie – Referenten: *Wanner, Rupprecht, Samtleben, Mann, Heemann, Gottsmann, Scherberich, Haag-Weber, Schmidt, Eckardt*

**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).

**Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes beim Seminarkongress des BDI**

## „Ich habe betteln gelernt, um helfen zu können“

Anlässlich des 20. internationalen interdisziplinären Seminarkongresses des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. in Playa de Muro-Alcudia, Mallorca, wurde die frischgewählte Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes Dr. Waltraud Diekhaus eingeladen.

Nachdem Frau Dr. Waltraud Diekhaus von Frau Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke, Vorsitzende des Fortbildungsausschusses im Vorstand des BDI, begrüßt worden war, erläuterte die Festrednerin kurz den Aufbau des weltweiten Verbandes, der alle fünf Kontinente seit der Gründung 1919 in New York einschließt. Waren es damals lediglich 16 Nationen, so sind heute 44 Länder dem Verband beigetreten.

Die Generalsekretärin, deren Sekretariat in Dortmund ist, sieht

ihre Hauptaufgabe darin, die Kommunikation der Ärztinnen über Grenzen hinweg zu fördern, ungeachtet ihrer Religion oder politischen Einstellung, Missstände und Misshandlungen, die vor allem Frauen in verschiedenen Ländern erdulden müssen, dem Weltsicherheitsrat und der W.H.O. vorzutragen, um mehr Gewicht, Unterstützung und Durchschlagskraft zu erhalten. Als Beispiel, das weltweit für Aufsehen sorgte, führte Diekhaus die Beschneidung kleiner Mädchen in großen Teilen Afrikas an, wobei jedes 5. Mädchen verblutet oder an einer Infektion stirbt. Allein und ohne Hilfe und Unterstützung der W.H.O. wären die Ärztinnen machtlos, da meist die Mittel zur Durchführung eines Projektes fehlen oder zu beschränkt sind.

Neu im Programm der Medical Women's International Association ist das Projekt „Gender mainstreaming in health“, das insbesondere im Gesundheitssektor die geschlechtsspezifischen Unterschiede erkennt und entsprechend behandelt. „Die Symptome eines Herzinfarkts können bei Mann und Frau völlig verschieden sein, aus diesem Grund wird er bei Frauen häufig nicht rechtzeitig diagnostiziert“, so Frau Diekhaus. Bisher sei der Mann das Maß aller Dinge. Dieser Maxime folgten die Akteure im Gesundheitswesen früher. Doch langsam setzte sich die Erkenntnis durch, dass das Gesundheitssystem den Bedürfnissen von Frauen Rechnung tragen muss – sowohl als Patientinnen wie auch als Ärztinnen.

Dass ihr Amt kein ehrenamtlicher Posten mit vielen Annehm-

lichkeiten ist, belegte Frau Diekhaus durch etliche Beispiele. So sorgt sie z. B. auch dafür, dass Ärztinnen aus armen Ländern auf den Kongressen, zu denen sie von ihren Ländern oft ohne Mittel geschickt werden, Verpflegung, Kleidung und Unterkunft erhalten und „ich habe betteln gelernt, um helfen zu können“.

Viel Applaus als Dank für ihre Ausführungen erhielt die Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes am Ende des Abends. Leider nahmen viel zu wenig Kongressteilnehmer/Innen die Gelegenheit wahr, sich über die Arbeit der engagierten Ärztinnen zu informieren, da überwiegend die Meinung vorherrschte, es handle sich um einen „weltweiten Alice-Schwarzer-Doktorinnen-Verein“.

ma

## 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](mailto: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!

*Der BDI bietet jährlich 6 Kongresse und dazu zahlreiche Kurse an. Nutzen Sie die Möglichkeit, während unserer Veranstaltungen die erforderlichen 50 Fortbildungspunkte pro Jahr zu erwerben!*

**Jetzt anmelden!**

| Kurse  | CME:<br>Fortbildungspunkte | Datum           | Ort   | Preis €<br>Mitgl./Nichtmitgl.               | Kursleitung  |
|--|----------------------------|-----------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Echokardiographie-Grundkurs</b><br><small>*gem. KBV-Richtlinien</small>          | <b>voraus. 31</b>          | 29.08.-02.09.05 | Pörtschach a. W.<br>Congress Center         | 385,00 / 550,00<br>inkl. Kongressteilnahme! | Dr. med.<br>A. Fischbach,<br>Wiesbaden                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Doppler-Duplex-Sonographie-Grundkurs</b><br><small>*gem. KBV-Richtlinien</small> | <b>voraus. 25</b>          | 29.08.-01.09.05 | Pörtschach a. W.<br>Congress Center         | 385,00 / 550,00<br>inkl. Kongressteilnahme! | Prof. Dr. med.<br>J. Dörrler, Erding<br>Dr. med. Eric Hsu,<br>Mannheim |
| <input type="checkbox"/> <b>Farbdoppler-Echokardiographie-Refresherkurs</b>                                  | <b>18</b>                  | 24.-25.09.05    | München,<br>Städt. KH<br>Schwabing          | 180,00 / 230,00                             | PD Dr. med.<br>W. Zwehl,<br>München                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie</b>   | <b>voraus. 16</b>          | 07.-09.10.05    | Bad Krozingen,<br>Kurhaus                   | 210,00 / 250,00                             | Prof. Dr. med.<br>G. Bönner,<br>Bad Krozingen                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Stoffwechsel/Endokrinologie</b>                                     | <b>28</b>                  | 28.-31.10.05    | Venedig<br>Palazzo Albrizzi<br>(Cannaregio) | 245,00 / 350,00                             | Prof. Dr. med.<br>O.-A. Müller,<br>München                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Intensivkurs Gastroenterologie / Hepatologie</b>                                 | <b>voraus. 16</b>          | 11.-13.11.05    | Hattingen<br>Ev. Krankenhaus<br>Hattingen   | 224,00 / 320,00                             | Prof. Dr. med.<br>A. Tromm,<br>Hattingen                               |
| <input type="checkbox"/> <b>Bronchoskopie-kurs</b>   | <b>voraus. 25</b>          | 24.-26.11.05    | Nürnberg<br>Klinikum Nürnberg<br>Nord       | 224,00 / 320,00                             | Dr. med.<br>M. Wagner,<br>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: fortbildung@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

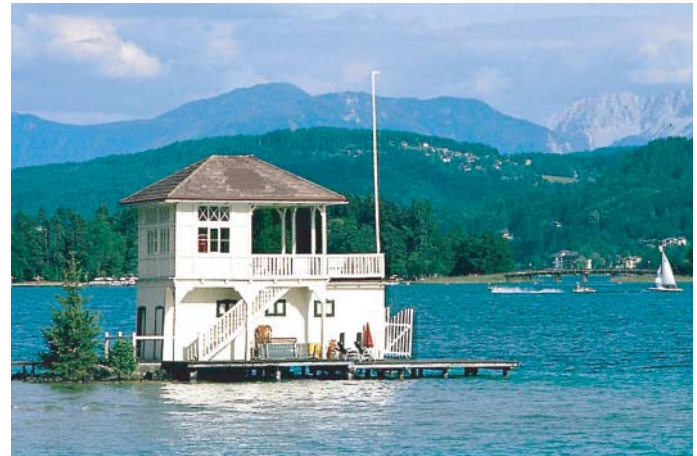
## CME: Voraussichtlich 20 Fortbildungspunkte!

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:<br>Fortbildungspunkte | Datum                       | Uhrzeit                    | Preis €<br>Mitgl./Nichtmitgl. | Kursleitung  |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie-Grundkurs<br>*gem. KBV-Richtlinien   | <b>voraus. 31</b>          | 29.08-02.09.05              | 10.00-13.00<br>16.00-19.00 | 273,00 / 390,00               | Dr. med.<br>A. Fischbach,<br>Wiesbaden                               |
| <input type="checkbox"/> Doppler-Duplex-Sonographie-Grundkurs <small>interdisziplinär</small><br>*gem. KBV-Richtlinien  | <b>voraus. 25</b>          | 29.08.-01.09.05             | 10.00-13.00<br>16.00-19.00 | 273,00 / 390,00               | Prof. Dr. med.<br>J. Dörrler, Erding<br>Dr. med. E. Hsu,<br>Mannheim |
| <input type="checkbox"/> Internistische Notfälle  | <b>voraus. 5</b>           | 02.09.05                    | 10.00-12.00<br>16.00-18.00 | 52,50 / 75,00                 | Dr. med.<br>Petra Heizmann,<br>Berlin                                |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik-Workshop<br>Gesprächsführung   | <b>voraus. 7</b>           | 29.-30.08.05                | 10.00-13.00                | 77,00 / 110,00                | Dr. med.<br>G. Berberich,<br>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.<br>W.-D. Strohm,<br>Heilbronn                            |
| <input type="checkbox"/> Diabetologie-Workshop  | <b>voraus. 13</b>          | 31.08.-02.09.05<br>01.09.05 | 10.00-13.00<br>09.00-13.00 | 112,00 / 160,00               | PD Dr. med.<br>Kornelia Konz,<br>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: _____  |                            |                             |                            |                               |  |

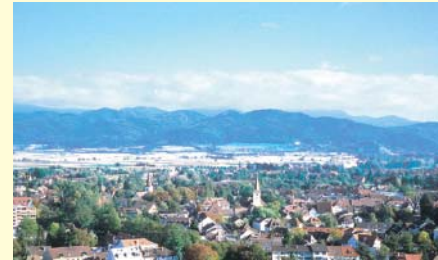
Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongresse und Fortbildung,  
 Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, E-mail: fortbildung@bdi.de

# Intensivkurs Kardiologie / Pneumologie Bad Krozingen (bei Freiburg im Brsg.) Freitag, 07. - Sonntag, 09. Oktober 2005

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

**Kursort:** Kurhaus Bad Krozingen, Kurhausstr. 1,  
79189 Bad Krozingen

**CME:** **Voraussichtlich 16 Fortbildungspunkte!**



## Freitag, 07.10.05: 14.00 - 18.30 Uhr

Metabolisches Syndrom und Risikofaktoren der Koronaren Herzkrankheit.  
Wo stehen wir heute?  
Aktueller Stand der Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz  
Traininstherapie bei Herzerkrankungen. Wer? Was? Wieviel?  
Wer braucht wirklich einen ICD?  
Diagnostik und Therapie der Arteria-Carotis-Interna-Stenose

Prof. Dr. med. G. Bönner, Bad Krozingen

Prof. Dr. med. M. Mauser, Lahr  
Prof. Dr. med. Ch. Holubarsch, Bad Krozingen  
Dr. med. D. Kalusche, Bad Krozingen  
Dr. Th. Zeller, Bad Krozingen

## Samstag, 08.10.05: 09.00 - 18.00 Uhr

Differentialdiagnose Husten: Abhandlung an Beispielen.  
Lungenembolie: Diagnostik und aktuelle Therapiestrategien  
Pulmonale Hypertonie: Bewertung und Therapiemöglichkeiten  
Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom  
Akut-PCI beim Myokardinfarkt: Wissenschaft und Realität  
Stand der Telemedizin bei Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz  
Stammzelltherapie bei KHK und Herzinsuffizienz - Zukunftsoption?  
Kardiale Risiken vor, während  
und nach Marathonlauf  
Therapiestrategien bei supraventrikulären Tachykardien

PD Dr. med. S. Wieshammer, Offenburg  
PD Dr. med. S. Wieshammer, Offenburg  
PD Dr. med. S. Sorichter, Freiburg  
Prof. Dr. med. F.-J. Neumann, Bad Krozingen  
Prof. Dr. med. E. von Hodenberg, Lahr  
Prof. Dr. med. H. Korb, Düsseldorf  
Dr. med. M. Moser, Freiburg  
PD Dr. med. K. Röcker, Freiburg;  
Prof. Dr. H. H. Dickhut, Freiburg  
Prof. Dr. med. M. Manz, Koblenz

## Sonntag, 09.10.05: 09.30 - 13.00 Uhr

Die neuen Scores (ESC, Charisma) zur Kalkulation des kardiovaskulären  
Risikos für die deutsche Bevölkerung  
Periphere Verschlusskrankheit: Konservative und interventionelle  
Diagnostik und Therapie  
Drug Eluting Stents: Fortschritt und offene Probleme  
Interventionelle und chirurgische Vitientherapie

Prof. Dr. med. H. Golhke, Bad Krozingen

Dr. med. G. Baitsch, Bad Säckingen  
Prof. Dr. med. C. Bode, Freiburg  
Prof. Dr. med. F. Beyersdorf, Freiburg

### Anmeldung:

Teilnahmegebühr:

### Intensivkurs Kardiologie/Pneumologie,

€ 210,00 für BDI-Mitglieder

### Bad Krozingen: 07. - 09.10.2005

€ 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: \_\_\_\_\_

# 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: Dieser Kurs wird von der Bayerischen Landesärztekammer mit 28 Fortbildungspunkten (Kategorie A) zertifiziert!**

### 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, Hypophyseninzentalmome 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

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**

Teilnahmegebühr: € 245,00 für BDI-Mitglieder

**Venedig: 28. - 31.10.2005**

€ 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: [fortbildung@bdi.de](mailto:fortbildung@bdi.de)

# Intensivkurs Gastroenterologie / Hepatologie Hattingen

## Freitag, 11. - Sonntag, 13. November 2005

**Kursleitung:** Prof. Dr. med. A. Tromm, Hattingen

**Kursort:** Evangelisches Krankenhaus Hattingen,  
Bredenscheider Str. 54, 45525 Hattingen

**CME:** **Voraussichtlich 16 Fortbildungspunkte!**



### Freitag, 11.11.05: 14.00 - 17.45 Uhr

(HEPATOLOGIE, ONKOLOGIE)

Erhöhte Leberwerte - Was tun?

Hepatitis B / Hepatitis C

Komplikationen der Zirrhose

Enterale Ernährung

Infektionen

Aktuelle Aspekte bei colorektalem Karzinom

MALT-Lymphom: Eradizieren oder operieren?

### Samstag, 12.11.05: 09.00 - 17.00 Uhr

(AUS DER PRAXIS, GERD, PROKTOLOGIE)

H.p.-Eradikation: Wen, wann, wie?

Moderne Analgosedierung bei der Endoskopie

Management der oberen gastrointestinalen Blutung

Endoskopische Therapie großer Polypen

Vorbereitung Coloskopie

Ergebnisse Vorsorge-Coloskopie

Refluxkrankheit und Barrett-Ösophagus

Endoskopische Antirefluxverfahren

Chirurgische Antirefluxverfahren

Hämorrhoiden, Fissur

Inkontinenz

### Sonntag, 13.11.05: 09.15 - 13.00 Uhr

(DARM)

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Mikroskopische Colitis

Divertikulose-Divertikulitis

Obstipation

Diarrhoe

Reizdarm-Syndrom

PD Dr. med. T. Griga, Dortmund

Dr. med. F. Ebeling, Hattingen

Dr. med. F. Ebeling, Hattingen

Dr. med. U. Kampa, Hattingen

Dr. med. E. Voigt, Hattingen

PD Dr. med. U. Graeven, M.-Gladbach

N.N.

Dr. med. M. Freistühler, Herne

Prof. Dr. med. D. Ameis, Essen

Prof. Dr. med. D. Ameis, Essen

Prof. Dr. med. D. Ameis, Essen

N.N.

Dr. med. F. Ebeling, Hattingen

Prof. Dr. med. G. H. Micklefeld, Unna

PD Dr. med. T. Pohle, Münster

Prof. Dr. med. M. Kemen, Herne

Dr. med. Ute Schwegler, Bochum

Dr. med. Irmgard Greving, Dülmen

Prof. Dr. med. A. Tromm, Hattingen

Prof. Dr. med. A. Tromm, Hattingen

Prof. Dr. med. A. Tromm, Hattingen

Prof. Dr. med. B. Lembcke, Gladbeck

Prof. Dr. med. B. Lembcke, Gladbeck

Prof. Dr. med. B. Lembcke, Gladbeck

**Anmeldung:** **Intensivkurs Gastroenterologie/Hepatologie, Hattingen: 11. - 13.11.2005**  
Teilnahmegebühr: € 224,00 für BDI-Mitglieder € 320,00 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: [fortbildung@bdi.de](mailto:fortbildung@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:

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

Intensivkurs Gastroenterologie/Hepatology, Hattingen, 11.-13.11. 2005

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

Bronchoskopiekurs, Nürnberg, 24.-26.11.2005

Intensivkurs Stoffwechsel/Endokrinologie, Venedig, 28.-31.10.2005

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

## Jetzt warnt auch *der Spiegel* vorm Barmer-Vertrag

GESUNDHEITSKOSIEN

### Zucker für den Doktor

Um Geld zu sparen, will die größte deutsche Krankenkasse ihren Mitgliedern das Ärzte-Hopping abgewöhnen. Das könnte teuer werden.

**E**ckart Fiedler, Chef der Barmer Ersatzkasse, genießt bei seinen Kollegen den Ruf, ein echter Geizkragen zu sein. Um Kosten zu senken, ließ er sich einen Leitfaden mit Erkältungstipps ausgerechnet vom Hustenbonbonfabrikanten Wick sponsern. Seine Geschäftsstellen bringt er gern in den oberen Etagen von Randlagenimmobilien unter. Das spart Miete und schreckt Rentner ab, die ihre Gesundheitsproblemchen persönlich bei einer Tasse Kaffee ausbreiten wollen.

Umso erstaunter ist die Branche, dass die Barmer neuerdings das Geld mit vollen Händen ausgibt. Mehr als 1,4 Millionen

BDI-Mitglieder wissen es schon lange: Vom so genannten Hausarztvertrag zwischen Barmer Ersatzkasse und Hausärzterverband sollte man die Finger lassen – zu groß sind die Nachteile. Das war in BDI aktuell immer wieder zu lesen.

Jetzt nimmt auch der Spiegel das Experiment kritisch unter die Lupe und meint: Es dürfte ein teurer Flop werden. Unterm Strich will die schuldenreiche Barmer Ersatzkasse mit dem Vertrag natürlich Geld sparen. Aber fürs erste, so rechnet der Spiegel in seiner Ausgabe Nr. 24 vom 13. 06. 2005 vor, muss sie erst einmal eine Anschubfinanzierung von bis zu 100 Millionen Euro auf den Tisch legen. Dass die Barmer jetzt mit vier Generikafirmen Verträge über zusätzliche Rabatte abgeschlossen hat, engt die teilnehmenden Ärzte in ihrer Therapiefreiheit weiter ein – ob die Barmer unterm Strich wirklich billiger davon kommt, bleibt zweifelhaft, meint der Spiegel und zitiert interne Analysen anderer Kassen. Die sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Boni, die die Barmer ausschüttet, einfach mitgenommen werden. Außerdem seien Ärzte und Apotheker auch bisher schon verpflichtet, bei Arzneimitteln auf den Preis zu achten. „Das größte Risiko aber sei, ausgerechnet die Hausärzte mit einer Lotsenfunktion zu adeln“, zitiert das Nachrichtenmagazin die Konkurrenz der Barmer (beachten Sie dazu auch unseren Beitrag auf Seite 13).

Dass die Barmer Ersatzkasse die Anschubfinanzierung für den Vertrag nicht einfach aus dem Ärmel schütteln kann, ist klar. Denn die Senkung der Beiträge, die Barmerchef Eckart Fiedler noch vor einigen Monaten in Aussicht gestellt hat, scheint nicht mehr zur Debatte zu stehen. Jetzt gilt es der Kasse schon als Erfolg, wenn sie den derzeitigen Beitragssatz halten kann.

Das alles dürfte der Noch-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt gar nicht behagen, immerhin hat sie den Barmer-Vertrag als großen Fortschritt auf der Basis ihrer Politik gefeiert. Allerdings wird sie die endgültigen Folgen wohl kaum noch als Gesundheitsministerin erleben.

BW

### Nebenwirkungen der Politik

#### Praxisgebühr lässt Zähne verfaulen

Die Praxisgebühr kann man sicher ebenso wie die Bemühungen um eine bessere Prävention zu den Eckpfeilern der Schmidt'schen Gesundheitspolitik zählen. Allerdings gibt es gewisse unerwünschte Interaktionen zwischen diesen beiden Mitteln der Politik, meint jedenfalls der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dietmar Oesterreich: „Die Praxisgebühr hat offenbar mit dazu beigetragen, dass weniger Patienten ihren Zahnarzt aufsuchen, obwohl sie für Kontrolluntersuchungen (zweimal im Jahr) gar nicht anfällt. Mit diesem Rückgang ist auch einer der wichtigsten Erfolge unserer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die hohe Kontrollorientierung der Patienten, gefährdet.“ Die hohe Kontaktfrequenz von 75 Prozent der Männer und 78 Prozent der Frauen, die in den vergangenen Jahren mindestens ein Mal pro Jahr den Zahnarzt aufsuchen, mache den Erfolg in der deutschen Oralprophylaxe aus. Der äußere sich u.a. darin, dass Deutschland bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich in den vergangenen Jahrzehnten in die Spitzengruppe aufgestiegen ist. Durch die Praxisgebühr droht hier den Deutschen also wieder einmal der Abstieg aus einer internationalen Spitzenklasse.

### Die zweite Karriere

#### Seehofer sorgt für Stimmung

**Horst Seehofer**, früher als Gesundheitsminister bei den Ärzten ähnlich beliebt wie heute Ulla Schmidt, hat sich in der Union vor einiger Zeit den Ruf des renitenten Abwechslers eingehandelt. Inzwischen ist seine Karriere etwas unabhängiger von der Partei: Er ist Präsident des Sozialverbandes VdK Bayern geworden und hat dort bereits kräftig für Stimmung gesorgt: 3000 neue Mitglieder sind dem Verband seitdem beigetreten.

Seehofer ist bekanntlich nicht der einzige Spitzenpolitiker, der in letzter Zeit sein Heil außerhalb der Politik sucht, und was die Spannweite seiner Tätigkeitsfelder betrifft, ist er sogar richtig schmalspurig geblieben.

Denn während Seehofer immerhin den angestammten Bereich der Sozialpolitik nicht verlassen hat, ist **Rudolf Scharping** einen viel weiteren Weg gegangen: Einst Parteichef und Kanzlerkandidat der SPD, wurde er kürzlich zum Präsidenten des Deutschen Radfahrerbundes gewählt.

BW



Foto: Aevermann