

Die Patienten sind seit der Reform zufriedener

Im ersten Quartal 2005 hat die überwiegende Mehrheit der Patienten (83,7 Prozent) weitere Ärzte nur mit Überweisung aufgesucht. Dies ist das Ergebnis einer repräsentativen Befragung von 3.000 Versicherten durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Damit hat die Praxisgebühr offenbar auch weiterhin eine steuernde Wirkung entfaltet, jedenfalls beim Gang zum Facharzt.

Der Anteil der Versicherten, die wegen der Praxisgebühr einen Arztbesuch verschoben haben oder ganz auf ihn verzichteten, sank dagegen innerhalb eines Jahres von 11,7 auf 9,4 Prozent. Außerdem ist die noch Anfang 2004 zu beobachtende, je nach sozialer Stellung unterschiedliche Reaktion

der Versicherten auf die Praxisgebühr nicht mehr anzutreffen. Anfang 2004 hatten Personen mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen bis 1.000 Euro bzw. Arbeitslose noch doppelt so häufig angegeben, dass sie wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichten oder ihn ins nächste Quartal verschieben.

Mehr Zeit für Patienten?

Erstaunlicherweise zeigt die Umfrage aber auch, dass **die Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Behandlung durch die Gesundheitsreform nicht absondern eher zugenommen hat.** Im Vergleich zu einer Be-

fragung von vor drei Jahren sind die Patienten zufriedener mit der Behandlung in der Arztpraxis. **So geben beispielsweise nur 14,5 Prozent der Befragten an, dass sich der Arzt nicht ge-**

nügend Zeit genommen habe, 2002 waren es 24,2 Prozent. Ob auch dies etwas mit der Praxisgebühr zu tun hat, lässt sich aus der Umfrage nicht ableiten. BW



Metaanalyse wirft Fragen auf

Radon im Keller gefährlicher als AIDS?

Darby S, Hill D, Auvinen A et al. Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies. BMJ 2005 (29. Januar); 320: 223-8 (Fall-Kontroll-Studie)

Studienziele

Radon-222 ist ein radioaktives Gas mit einer Halbwertszeit von 4 Tagen, das vor allem in kristallinem Gestein entsteht. Je nach Untergrund und Bauart eines Hauses kommt es zu unterschiedlichen Konzentrationen von Radon-222 in der Raumluft. Studien bei stark exponierten Minenarbeitern ergaben eine Beziehung zwischen der Stärke der Radon-Exposition und der Zahl der Lungenkarzinome. Studien zur häuslichen Radon-222-Exposition waren jeweils zu klein, um Risiken

verlässlich abzuschätzen. Die Arbeit fasst die Daten dieser Studien in einer gemeinsamen Analyse zusammen.

Methoden

Berücksichtigt wurden 13 europäische Fall-Kontroll-Studien, mit zusammen 7.148 Personen mit einem Lungenkarzinom und 14.208 Kontrollpersonen, die außerdem detaillierte Angaben zu Rauchverhalten, Demographie sowie zur Radon-222-Exposition bereitstellten. (...)

Ergebnisse

(...) Aus den gepoolten Daten errechnet sich eine Zunahme des Risikos, an einem Lungenkarzinom zu erkranken, um 8,4% pro 100 Bq/m³ gemessene Radon-222-Konzentration.¹ Der Zu-

sammenhang zwischen Dosis und Wirkung erscheint linear, ein definierter Schwellenwert lässt sich nicht ausmachen. (...)

Schlussfolgerungen

Hohe Radon-222-Konzentrationen in Wohnräumen führen zu einer Erhöhung des Risikos, an einem Lungenkarzinom zu erkranken, was sich vor allem bei Rauchenden bemerkbar macht. Radon-222 in Wohnräumen dürfte für etwa 2% der Lungenkarzinome in Europa verantwortlich sein.

Zusammengefasst von Franz Marty, Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine, CH-Wil

Im Jahr 2000 starben in der Schweiz 127 Menschen an AIDS. Radon verursacht hingegen 200 bis 300 Todesfälle pro Jahr und damit

etwa gleich viel wie Melanome oder alkoholische Leberzirrhosen. Trotzdem ist das Radon-Problem in der Schweiz weitgehend unbekannt; Präventionsmaßnahmen werden kaum je ergriffen, obwohl diese einfach wären.² (...)

Prof. Dr. Jan-Olaf Gebbers, Pathologisches Institut, Kantonsspital, CH-Luzern

Auszüge aus einem Artikel in: infomed-screen, 05-06/2005
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

1. Die Einheit Becquerel (Bq) dient als Maß des radioaktiven Zerfalls. 1 Bq entspricht einem Zerfall eines instabilen Atoms pro Sekunde.
2. www.radon.ch;
radon@bag.admin.ch;

Sieben politische Forderungen an die Bundesregierung

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. ist ein ärztlicher Berufsverband, der sich mit spezifischen Fragestellungen und Problemen innerhalb des Gesundheitswesens beschäftigt. Da mag es verwundern, wenn der Verband nun auch politische Forderungen auf ganz anderen Feldern erhebt. Der Grund ist banal: **Die Gesundheitspolitik agiert nicht in einem eigenen abgeschotteten Raum, sie kann nur**

in gesellschaftspolitischen und wirtschaftspolitischen Zusammenhängen betrachtet werden. Ein ärztlicher Verband, der **auch** seiner Verantwortung für das Gesundheitssystem gerecht werden will, muss über den Tellerrand hinausblicken.

Wer die Probleme des Gesundheitswesens in Angriff nehmen will, muss die notwendigen Reformen in ein Gesamtkonzept einbetten. Die Wirkung von Inzellösungen

verpufft allzu schnell, sofern sie überhaupt in nennenswertem Umfang eintritt. Die vielen so genannten Reformen im Gesundheitswesen der Vergangenheit sind dafür der beste Beweis. Dass dies nicht nur für das Gesundheitswesen gilt, sondern für alle anderen Politikfelder, insbesondere die Sozial-, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik, liegt auf der Hand. **Gerade diese Felder müssen mit Reformmaß-**

nahmen im Gesundheitswesen verzahnt werden, wenn ein langfristiger Erfolg sichergestellt werden soll. Dies wurde in den vergangenen Jahren zu oft vernachlässigt, die Politik hat sich zu oft auf wenig koordinierte Einzelmaßnahmen konzentriert.

Vor diesem Hintergrund hat der BDI sieben politische Rahmenforderungen an die zukünftige Bundesregierung formuliert:

1. Konsolidierung der öffentlichen Haushalte
2. Reform des Arbeitsmarktes
3. Aufbrechen des Tarifkartells
4. Rückbesinnung des Staates auf hoheitliche Aufgaben, Subsidiaritätsprinzip stärken
5. Stärkung der Eigenverantwortung
6. Entbürokratisierung
7. Vereinfachung des Steuerrechtes

Dieser konzeptionelle Rahmen muss nach Überzeugung des BDI insgesamt bearbeitet und umgesetzt werden; dies darf nicht wieder durch unkoordinierte Einzelmaßnahmen ersetzt werden.

1. Konsolidierung der öffentlichen Haushalte

Die Handlungsfähigkeit des Staates hängt ganz wesentlich davon ab, dass er ausreichend finanziellen Spielraum hat, um aktiv Wachstumspolitik zum Abbau der Massenarbeitslosigkeit zu leisten. Derzeit ist diese Voraussetzung jedoch nicht gegeben. Somit sind die Staatsfinanzen durch eisernes Sparen und finanzielle Disziplin schnellstmöglich in Ordnung zu bringen. Finanzieller Spielraum ergibt sich durch konsequenten Abbau von staatlichen Subventionen. Hier steht je nach Rechnung ein Volumen zwischen 70 Milliarden Euro und 150 Milliarden Euro zur

Verfügung. Jede nachhaltige Politik erfordert solide Staatsfinanzen.

Dass die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte ausgesprochen wichtig für die Zukunft des Gesundheitswesens ist, muss nicht eigens betont werden. Der Erfolg einer aktiven Wachstums- und Arbeitsmarktpolitik trägt ganz erheblich zur Sicherung der finanziellen Basis des Gesundheitssystems bei.

2. Reform des Arbeitsmarktes

Der Arbeitsmarkt muss belebt werden. Dies ist nicht mit Bürokratiemonstern und der Geldvernichtungsmaschinerie der Hartz-Reform zu bewältigen. Entsprechend den Vorschlägen aus dem Ifo-Institut für Wirtschaftsforschung wird es darauf ankommen, verschiedene Reformschritte miteinander zu kombinieren. Durch Eingriffe in das Anciennitätsentlohnungsprinzip der Tarifsysteme

und Veränderungen bei der viel zu lukrativen Frühverrentung kann der Arbeitsmarkt der Älteren mobilisiert werden. Hierzu müssen Löhne auf das „**markträumende**“ Niveau reduziert werden und ein Sozialeinkommen hinzu gezahlt werden. Diese Zuzahlung kann aus einer vorhandenen Frührente gedeckt werden. Wer Frührente bezieht, kann weiterarbeiten, wenn sein altes Arbeitsverhältnis zuvor gekündigt wird und ein neuer Arbeitsvertrag zu neuen Bedingungen abgeschlossen wird. Da die Rentenabschläge versicherungsmathematisch korrekt vorgenommen werden, ist das Öffnen dieses Arbeitsmarktes für den Staat aufkommensneutral. Resultat ist ein neuer Arbeitsmarkt für Ältere, auf dem zwar niedrigere Löhne gezahlt werden, doch auch weniger belastende Tätigkeiten erledigt werden. Auf diese Arbeitsplätze, die in einen neuen Ar-

beitsmarkt überführt werden, können jüngere und leistungsfähigere Bewerber nachrücken.

Wie schon unter Punkt 1 erwähnt, hat die Reform des Arbeitsmarktes unmittelbare positive Auswirkungen auf die finanzielle Basis des Gesundheitswesens.

3. Aufbrechen des Tarifkartells

Die formelhaft ablaufenden Tarifverhandlungen unter dem Flächentarifvertrag sind nicht mehr geeignet, der individuellen Situation und unterschiedlichen Leistungskraft von Unternehmen und der öffentlichen Verwaltung gerecht zu werden. An die Stelle des Flächentarifes gehören individualisierte Vereinbarungen, die einen Interessenausgleich zwischen Unternehmen und Beschäftigten zum Wohle aller herstellen.

Die hier geforderten Reformen werden zu einer höheren Beschäftigungs- ➤

quote führen. Auch wenn sie im Ergebnis zu einem geringeren Durchschnittseinkommen führen, dürften sie unterm Strich doch wiederum dem Gesundheitswesen zugute kommen.

4. Rückbesinnung des Staates auf ausschließlich hoheitliche Aufgaben, Subsidiaritätsprinzip stärken

Aufgabe des Staates ist es, rechtliche Rahmenbedingungen zu setzen, die dem zu regelnden Gegenstand gerecht werden und praxisnahe und sachgerechte Lösungen ermöglichen und nicht verhindern. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet dies paritätische Regelungsmechanismen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bei Wahrung der Patientenautonomie. Gesundheitspolitik kann nicht nach Kassenlage betrieben werden, weil eine einseitige, fiskalisch ausgerichtete Betrachtungsweise dem Stellenwert der Gesundheit für die Bürger nicht gerecht wird. Der Staat hat keine Regelungen zu treffen, wenn

Vertragspartner sachgerecht im Rahmen und im Einklang geltenden Rechtes Sachverhalte geregelt haben. Die immer wieder aufflammenden Streitereien zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Gesundheitsministerium sind in diesem Sinn das prototypische Beispiel für eine systemwidrige Fehlentwicklung.

5. Stärkung der Eigenverantwortung

Das Zusammenwirken aller Reformvorschläge wird beim Bürger wieder das Gefühl hervorrufen, dass er nicht reflexlos seine Lebensverantwortung an den Staat abgibt, sondern er Selbstverantwortung zeigen muss und nur subsidiär den Staat in Anspruch nehmen kann. Diese Haltung des „mündigen“ Bürgers ist stark abhängig vom Gefühl des Bürgers, dass der Staat ihn nicht bevormundet und sich ungebührlich in seine Angelegenheiten einmischt. Gerade im Gesundheitswesen darf der „mündige Bürger“ respektive der „mündige Patient“ nicht zum Schlagwort der Gesundheitspolitik verkommen, das auf der ande-

ren Seite durch immer massivere Steuerungsmechanismen zur Worthülse ausgehöhlt wird. Dass die Bürger durchaus mehr Eigenverantwortung wünschen, zeigt die Meinungsforschung immer wieder. Aktuell sei hier auf die Janssen-Cilag-Bevölkerungsstudie verwiesen, die gezeigt hat: Die Deutschen wollen mehr Wahlmöglichkeit innerhalb des Krankenversicherungsschutzes und sind durchaus bereit, für den selbst zusammengestellten Versicherungsschutz auch mehr auszugeben.

6. Entbürokratisierung Der Staat leidet unter der Vorstellung, dass jeder noch so kleine Lebensvorgang vorzubestimmen und im Sinne des Staates zu reglementieren sei, wenn nur die Regelung genau genug ist.

Dies hat uns überbordende Bürokratie, bevormundete Bürger, eine aufgeblähte Verwaltung und eine überforderte Gerichtsbarkeit eingebracht. Die Bürokratie hat das Vertrauen in den Staat geschwächt und nicht gestärkt.

Eine zielstrebige Entbürokratisierung kommt vor al-

lem auch dem Gesundheitswesen zugute: Der enorme Teil der Arbeitszeit, den Ärzte in Klinik und Praxis heute für Bürokratie aufwenden müssen, könnte zu einem erheblichen Teil wieder für die Patientenversorgung frei werden.

7. Vereinfachung des Steuerrechtes

Wie das gesamte bürokratische Staatsgebilde ist das Steuerrecht extrem ungerecht und unübersichtlich. Logisch nicht nachvollziehbare Steuerbe- und -entlastungen führen psychologisch zum weitreichenden Gefühl der Steuer- Ungerechtigkeit.

Dem Bürger muss in einem stark vereinfachten System ständig transparent sein, wie viel Steuern er zahlt und wie hoch seine Realbelastung im Steuersystem ist. Hierzu müssen konsequent sämtliche steuerlichen Ausnahmetatbestände entfallen.

Die durch ein vereinfachtes Steuerrecht frei werdenen Kapazitäten könnten durchweg besser genutzt werden – auch im Gesundheitswesen.

BDI

- Anzeige - Rahmenabkommen zwischen dem BDI e.V. und der ROLAND Rechtsschutz-Versicherung AG - Anzeige -

Wenn der Staatsanwalt vor Ihnen steht und unangenehme Fragen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit als Arzt stellt, sollten Sie einen medizinisch versierten Fach-Rechtsanwalt einschalten können – und von Ihrer Rechtsschutz Versicherung auch wirklich bezahlt bekommen. ROLAND Rechtsschutz hat im neuen Rahmenabkommen mit dem BDI e.V. preiswert optimale Rechtsschutz-Lösungen für Sie zusammengestellt.

Für ein ausführliches, individuelles Angebot füllen Sie bitte untenstehenden Coupon aus und senden ihn an die eingedruckte Adresse.

Lösung	- 1 -	„ROLAND Kompakt-Rechtsschutz für niedergelassene Ärzte“
Lösung	- 2 -	„ROLAND Kompakt-Plus-Rechtsschutz für niedergelassene Ärzte“
Lösung	- 3 -	„ROLAND Kompakt-Rechtsschutz für angestellte Ärzte“
Lösung	- 4 -	„ROLAND Universal-Straf-Rechtsschutz für Ärzte“ für angestellte und niedergelassene Ärzte

Ich möchte ein unverbindliches Angebot zu Lösung Nr.

Coupon ausschneiden und senden an:
Rüdiger Caspers
 Hörder Str. 40 - 40472 Düsseldorf
 E-Mail ruecaspers@t-online.de
 Telefax: 0211 – 65 85 91 75
 oder anrufen: Telefon: 0211 – 65 81 904

Datum: _____

Unterschrift _____

Absender:

Sieben Forderungen an eine neue Gesundheitspolitik

Mit seinen sieben generellen politischen Forderungen hat der Berufsverband Deutscher Internisten den Rahmen für politische Veränderungen abgesteckt, die aus seiner Sicht die deutsche Gesellschaft und damit auch das Gesundheitswesen auf eine stabilere Basis stellen. **Diese Veränderungen im gesamtpolitischen Rahmen müssen eng mit entsprechenden Reformen im Gesundheitswesen verzahnt wer-**

den, um größtmögliche Effizienz zu erzielen.

Ebenso wie beim großen politischen Rahmen setzt sich der BDI auch im Gesundheitswesen für mehr Eigenverantwortung und Entbürokratisierung ein. Hinzu kommen etliche spezifische Aspekte, die für eine verantwortungsbewusste Weiterentwicklung des Gesundheitswesens unabdingbar sind. Insbesondere Qualität und Prävention sowie die Förderung der Versorgungs-

forschung liegen dem BDI am Herzen. Hohe Qualität und eine durchdachte Prävention werden die Effizienz der medizinischen Versorgung weiter steigern. Mehr Versorgungsforschung ist dringend notwendig, um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf eine rationale Basis zu stellen und Sackgassen zu vermeiden. **Die Mitglieder des BDI kommen sowohl aus dem ambulanten wie aus dem stationären Bereich und**

auch aus allen anderen Tätigkeitsbereichen für Internisten und Internistinnen. Der BDI kann damit sektorübergreifend agieren – er ist **also geradezu dafür prädestiniert, auf dem Feld der Versorgungsforschung mitzuwirken**, auf dem noch erheblicher Nachholbedarf besteht. Der BDI ist jederzeit bereit, sich in Kooperation mit anderen Institutionen an entsprechenden Versorgungsforschungsprojekten zu beteiligen.

1. Erhalt der freien Arztwahl
2. Flächendeckende, wohnortnahe Patientenversorgung stärken
3. Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten
4. Neue Finanzierungsmodelle zulassen
5. Bürokratieabbau
6. Stärkung von Qualität und Prävention
7. Versorgungsforschung fördern

1. Erhalt der freien Arztwahl

Der Erfolg einer Heilbehandlung ist wesentlich geprägt vom vertrauensvollen Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Daher verbieten sich in einem leistungsfähigen Gesundheitssystem alle Primärarztmodelle, die (auch in ihrer Ausgestaltung als Anreizsysteme durch Disease Management-Programme) nur eine eingeschränkte Arztauswahl zulassen. Häufig sind diese Disease Management-Programme durch die Kopplung mit dem Risikostrukturausgleich vom Finanzinteresse der Kostenträger überlagert und stellen nicht auf das hohe Interesse des Patienten an der freien und individuellen Wahl des Arztes seines Vertrauens ab.

Aus politischer Sicht trägt sich eine Beschränkung der freien Arztwahl nicht mit der Forderung nach

dem mündigen und eigenverantwortlich mit entscheidenden Patienten.

Der unstrittig notwendigen Koordination von Gesundheitsleistungen für den Patienten kann mit anderen Instrumentarien unter Erhalt der freien Arztwahl entsprochen werden. Erst wenn alle notwendigen Informationen über einen Patienten auf allen Ebenen seiner medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen, können die ungezielte und Mehrfachinanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie nicht indizierte Behandlungen vermieden werden. Die Koordination der medizinischen Versorgung eines Patienten mit den verschiedensten medizinischen Leistungen ist eine ärztliche Aufgabe. Diese Funktion kann aus praktischen Gründen aber nicht von allen Ärzten, die einen Patienten behandeln, wahrgenommen

werden, sondern muss einem Arzt übertragen werden. Dies muss der Arzt sein, den sich der Patient in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung und der daraus folgenden Intensität und Dauer der fachlichen Betreuung selbst auswählt. Um eine vom Patienten akzeptierte sinnvolle Koordinationsfunktion durch einen Arzt seines Vertrauens zu erreichen, hat jeder Versicherte nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt seines Vertrauens auszuwählen, den er für eine angemessene Zeit als seinen persönlichen Koordinationsarzt bestimmt.

2. Flächendeckende, wohnortnahe Patientenversorgung stärken

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen in angemessener

Zeit und akzeptabler Entfernung stellt für die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes einen wesentlichen Teil der Daseinsfürsorge dar. Allerdings sind Flächendeckung und Wohnortnähe derzeit in unserem Land nicht mehr überall gewährleistet. Hierzu tragen verschiedene Faktoren bei, wie die Arztlageentwicklung, die demographischen Veränderungen in unserem Land, die eine erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit sich bringen, sowie Veränderungen in der Krankenhausstruktur.

Diese Situation erfordert eine sektorübergreifende Planung einer flächendeckenden wohnortnahen Patientenversorgung, welche gleichberechtigt ambulante und stationäre Versorgung einbezieht.

Die derzeitige Bedarfsplanungsrichtlinie ist nur zu Teilen geeignet, flexibel ►

auf neue Rahmenbedingungen zu reagieren und die flächendeckende, wohnortnahe Patientenversorgung sicherzustellen.

3. Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten

Der Erfolg und auch der finanzielle Aufwand zur Diagnose und Therapie von Erkrankungen hängen wesentlich davon ab, ob der Patient sich für seine Gesundheit eigenverantwortlich fühlt oder ob er sich als Subjekt einer ihm zukommenden Heilbehandlung sieht. Daher ist es unabdingbar, bei den Bürgerinnen und Bürgern das Gefühl der Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheit zu steigern. Hierzu gehören gesunde Lebensweisen, präventives gesundheitliches Verhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur dann, wenn dies erforderlich ist.

4. Neue Finanzierungsmodelle zulassen

Unser Gesundheitssystem ist chronisch unterfinanziert und mit seiner Finanzierung nicht zukunftssicher, weil die demographischen Veränderungen über Jahrzehnte vernachlässigt wurden und nicht in die Entwicklung von Finanzierungsmodellen einbezogen wurden.

Auch die derzeit diskutierten Finanzierungsmodelle der gesundheitlichen Versorgung wie Bürgerversicherung oder Kopfprämienmodelle sind nachweisbar nicht nachhaltig und demographiefest. Es wird darauf ankommen, um die Finanzierung des Gesundheitssystems zukunftssicher zu machen, sich auf den Kern des Solidaritätsprinzips zurückzubedenken:

■ Jedes Mitglied einer Kasse leistet einen prozentual gleichen Beitrag seines Einkommens für die Sicherung seiner gesund-

heitlichen Versorgung, ■ jedem erkrankten Mitglied einer Kasse wird für die gleiche Erkrankung der gleiche Schutz gewährt,

■ diese beiden Grundregeln gelten für die Versicherungsgemeinschaft einer einzelnen Krankenkasse.

Zwischen den Krankenkassen herrscht ein beschränkter Wettbewerb.

Dieser Grundgedanke muss flankiert werden durch eine neue Ordnung des Leistungskataloges, der in solidarische Pflicht- und Gestaltungsleistungen und risikoäquivalent kalkulierte, zusätzlich durch Prämien abzusichernde, Ergänzungsleistungen aufgeteilt wird. Dass die Bürger durchaus bereit sind, mit über den Leistungskatalog zu entscheiden und ein individuelles, auch im Preis differentes Leistungsspektrum für sich selbst zusammenzustellen, hat beispielsweise die von Janssen-Cilag initiierte Bevölkerungsbefragung 2002 gezeigt. Auch aus den Daten des Bertelsmann Gesundheitsmonitors lässt sich diese Bereitschaft ableiten.

Nur Neuordnung auf der Einnahmenseite und Neuordnung auf der Leistungsseite der Krankenversicherung kann den drohenden Kollaps der Krankenversicherung vermeiden.

5. Bürokratieabbau

Im Gesundheitswesen hat es mehr noch als in anderen Bereichen eine regelrechte Bürokratieexplosion gegeben. Die Bürokratie nimmt inzwischen wesentliche Teile der Arbeitsleistung der Gesundheitsberufe in Anspruch und entzieht damit ein erhebliches Zeitkontingent der eigentlichen Patientenversorgung.

Bürokratie bedeutet zudem den Verlust von freiheitlicher Gestaltung im Gesundheitswesen oder sie entsteht umgekehrt aus einem

immer weiter um sich greifenden Regelungswahn.

Entbürokratisierung im Gesundheitswesen ist das am schnellsten zu realisierende Instrument, um eine Kostenreduktion herbeizuführen, welche dem Patienten nutzt, weil sie Zeit für Zuwendungen und Heilbehandlung freisetzt.

6. Stärkung von Qualität und Prävention

Qualität im Gesundheitswesen ist ein wesentliches Ziel, da nur mit einer hohen Qualität die bestmögliche Versorgung der Patienten möglich ist.


Die mit dem Risikostrukturausgleich verknüpften Disease Management-Programme sind kein Beispiel für Qualität, sondern der Beleg dafür, dass eine öko-

nomisch definierte Qualität der Programme nicht die bestverfügbare Qualität darstellt. Qualität erfordert nach der bestverfügbaren Evidenz definierte Qualitätsziele und klar strukturierte Programme, wie diese Qualität erreicht werden kann und wie sie nachgewiesen und überwacht wird. Das Nichteinhalten von Qualitätszielen nach bestverfügbarer Evidenz erfordert Sanktionsmaßnahmen. Qualität darf nicht missbraucht werden, um Leistungssteuerungen im Gesundheitsmarkt vorzunehmen.

Auf der Seite der Kostenträger und der Gesundheitspolitik muss die Erkenntnis gestärkt werden, dass Aufwendungen für Prävention und Gesunderhaltung sich nicht unmittelbar zur Kostensenkung eignen, ►

Anzeige





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


Ultraschall

www.sonoring.de

Vielfalt, Qualität & Sicherheit

TOSHIBA

Sunlight



GE *GE Ultraschall*



SONY



ANALOGIC



Machen Sie den Direktvergleich!

Termine auch abends und am Wochenende

01805/117 117

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

Die 21 Sonotheken bundesweit:

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

sondern sich nur über Generationen hinweg kostenmindernd bemerkbar machen, aber dennoch unabdingbar sind.

7. Versorgungsforschung fördern

Planung und Steuerung der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland leiden erheblich darunter, dass zu

wenig systematische Daten zu den Geschehnissen vorliegen. Daher können einzelne Methoden in Diagnostik und Therapie hinsichtlich ihres Nutzens nicht ausreichend bewertet werden. Somit bedarf es einer systematischen Erhebung und Analyse der Daten aus der gesundheitlichen Versorgung. Ein wesentliches Hilfsmittel

hierbei muss die elektronische Krankenversicherungskarte sein. Die Anforderungsprofile an die Versorgungsforschung müssen paritätisch von den berufsständischen Organisationen der Leistungserbringer und den Kostenträgern im Gesundheitswesen bestimmt werden. Die Daten müssen allen Partnern im Gesundheitswe-

sen zur Überprüfung und gegebenenfalls Adaptierung ihrer Aktionen im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Versorgungsforschung darf andererseits kein Instrument in der Hand des Staates werden, um in die Freiheit medizinischen Verhaltens einzugreifen, um eine Kostenreduktion zu erzielen.

BDI

Was soll die Kasse noch bezahlen, was nicht?

Vor der Wahl wird's wohl keiner laut sagen

Als erste Partei hat die FDP die Gelegenheit genutzt, ihre Vorstellungen über ein zukünftiges Gesundheitswesen detailliert vorzustellen. Herr Dr. Dieter Thomae, der gesundheitspolitische Sprecher hat erläutert, dass das gegenwärtige System der gesetzlichen Krankenversicherung und auch Teile der privaten Krankenversicherung verändert werden müssen. Seine kritische Analyse deckt sich mit den meisten liberal orientierten Vorstellungen in der Politik. Er sieht die Finanzlage

durch die demographische Entwicklung und durch den medizinischen technischen Fortschritt in der GKV massiv gefährdet. Er weiß auch, dass angesichts dieser Altersverteilung auf die arbeitende Bevölkerung immer mehr Beiträge zukommen, ohne dass deshalb ein Mehr an Leistungen für den Betreffenden herauskommt. Die Lohnabhängigkeit wird wie üblich beklagt und es wird festgestellt, dass Krankenversicherungsbeiträge bereits heute fast wie eine Steuer auf die Arbeit wirken.

Wie alle Politiker beklagt auch Herr Thomae den geringen Wettbewerb, über den er glaubt, dass die Kosten gesenkt werden können. Er spricht dabei insbesondere die Arzneimittel aber auch die Krankenhäuser an.

Im Weiteren setzt man sich mit den Finanzierungsvorschlägen der Konkurrenzparteien auseinander. Grundsätzlich abgelehnt wird die Bürgerversicherung, die man als eine Art Gesundheitssteuer entlarvt und als den Weg bezeichnet, der in ein staatliches Gesundheitswesen führt, das die anstehenden Probleme noch verschärfen wird. Man setzt sich aber auch kritisch mit der Kopfpauschale der CDU auseinander, glaubt aber, dass man sich diesem Modell durchaus nähern können. Hier wird die Koalition mit der CDU bereits vorbereitet.

Die inhaltliche Vorstellung der FDP ist klar und einfach. Es besteht in Deutschland eine Versicherungspflicht, die mit einer Art Kopfpauschalfinanzierung abgedeckt wird. Man geht in dem Papier noch davon aus, dass der derzeitige Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten bleiben wird. Alles was darüber hinausgeht, kann dann durch Privatkrankenkassen abgedeckt werden. Der Patient steuert sein Verhalten im Gesundheitswesen

selbst, sodass ein Sachleistungsprinzip mit Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung abgeschafft wird und ein reines Kostenerstattungsprinzip zum Tragen kommt. Zum entscheidenden Punkt sagt aber auch die FDP nichts. Alle wissen in diesem System, dass die Zahl der Leistungen mit dem zur Verfügung stehenden Geld nicht mehr finanziert werden kann. Jeder drückt sich um die Aussage, dass unabhängig von der Finanzierung die Leistungsmenge in der GKV auf ein vernünftiges Maß gedrosselt werden muss.

Es ist verständlich, dass abgesehen von versicherungsfremden Leistungen die Politiker sich um die Aussage drücken, was im GKV-Katalog gestrichen werden kann. Sie drücken sich aber einschließlich FDP um die Aussage, wer letzten Endes den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen definiert, macht dies der Staat? Will man den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Kompetenz weiter stärken oder wo siedelt man eine für das Gesundheitswesen entscheidende Kompetenz an?

Ich bin mir sicher, dass vor der vorgezogenen Bundestagswahl von keiner Partei eine schlüssige Antwort auf diese wichtige Frage gegeben wird.

Dr. Hans-Friedrich Spies

Auch das noch!

Karl Lauterbach will das Volk vertreten



Foto: Aevermann

Der bei politisch interessierten Ärzten allgemein bekannte, wenn auch nicht gerade besonders beliebte Gesundheitsökonom und Ulla-Schmidt-Berater Karl Lauterbach strebt nach Höherem: Er möchte als Volksvertreter im nächsten Bundestag sitzen. Jetzt hat ihm die SPD den Wahlkreis Köln IV überlassen – dort haben ihn die Genossen zum Direktkandidaten gewählt. Der Wahlkreis gilt für die SPD als relativ sicher.

BW

Die private Krankenversicherung – ein System mit Zukunft!

Für welche Maßnahmen der Gesetzgeber sich letztendlich auch entscheidet, ein Grundproblem der GKV bleibt bestehen: Die fortschreitende Überalterung unserer Bevölkerung entzieht dem staatlichen Gesundheitssystem mehr und mehr die finanzielle Grundlage. Denn die gesetzliche Krankenversicherung finanziert im so genannten Umlageverfahren mit den heutigen Beiträgen auch nur die heutigen Leistungen Ihrer Versicherten.

Die PKV steht für Generationengerechtigkeit

Zwar werden auch bei der PKV die Menschen älter, aber sie hat ein zukunftsfähiges Finanzierungssystem. In der PKV werden nach dem so genannten Kapitaldeckungsverfahren aus einem erheblichen Teil der Beiträge von Anfang an Alterungsrückstellungen für die Versicherten gebildet. Das so angesammelte Geld kommt dann zum Einsatz, wenn aus natürlichen Gründen höhere Krankheitskosten anfallen – also im Alter.

Als Partner zahlreicher Ärztekammern und Berufsverbände haben wir für Sie alle Tarife der Krankenversicherer miteinander verglichen. Hierbei haben wir besonderen Wert auf gute Leistungen und stabile, bezahlbare Beiträge gelegt. Das Ergebnis: Beitragsunterschiede von bis zu 63%! Manche Gesellschaften haben Ihre Beiträge in den letzten 10 Jahren fast verdoppelt.

Das es auch anders geht, beweist einer unserer Versicherungspartner, dessen Beiträge im Durchschnitt der letzten 10 Jahre nur um ca. 3% angepasst wurden.

Überprüfen auch Sie Ihre Krankenversicherung und nutzen Sie Ihre Vorteile als Mediziner, denn für Sie als Arzt sind die Beiträge unserer privaten Krankenversicherung besonders günstig. Zu Top Konditionen sichern Sie sich und Ihre Familie mit einem leistungsstarken Schutz ab. Vergleichen Sie einfach Ihren derzeitigen Beitrag mit den Beiträgen in der beigefügten Tabelle.

Viele Ihrer Kollegen haben sich bereits für unser Angebot entschieden. Wir helfen auch Ihnen gerne bei der Analyse Ihrer bestehenden Verträge und zeigen Ihnen neue Wege auf. Faxen Sie uns einfach den beigefügten Coupon oder

eine Kopie Ihres Versicherungsscheins zu. Wir beraten Sie in Ihrem Interesse.

Beitragsbeispiele unserer Versicherungspartner:

Unter Berücksichtigung einer jährlichen Selbstbeteiligung (Kinder und Jugendliche zahlen nur den halben Selbstbehalt) werden folgende Leistungen übernommen:

- 100%ige Kostenübernahme der ambulanten Behandlungskosten inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
 - 100%ige Kostenübernahme der stationären Behandlung (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung)
 - 100%ige Kostenerstattung für Zahnbehandlung
 - 80%ige Erstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie
- Der Selbsthalt ist nur einmal pro Kalenderjahr zu zahlen und bezieht sich insgesamt auf alle tariflichen Leistungen.

Männer	Alter	Frauen	Männer	Alter	Frauen
€ 40,69	0 – 15	€ 40,69	€ 132,14	38	€ 206,90
€ 55,36	16 - 20	€ 64,76	€ 136,90	39	€ 211,44
€ 74,46	21	€ 150,77	€ 141,80	40	€ 216,22
€ 76,82	22	€ 154,86	€ 147,06	41	€ 221,24
€ 79,31	23	€ 158,79	€ 152,16	42	€ 226,52
€ 81,92	24	€ 162,49	€ 157,64	43	€ 232,11
€ 84,65	25	€ 166,01	€ 163,34	44	€ 237,99
€ 87,48	26	€ 169,29	€ 169,13	45	€ 244,00
€ 90,44	27	€ 172,37	€ 175,01	46	€ 250,15
€ 93,51	28	€ 175,21	€ 180,98	47	€ 256,47
€ 96,70	29	€ 177,84	€ 187,81	48	€ 262,94
€ 100,03	30	€ 180,51	€ 193,30	49	€ 269,62
€ 103,50	31	€ 183,24	€ 199,61	50	€ 276,39
€ 107,12	32	€ 186,04	€ 206,01	51	€ 283,26
€ 110,90	33	€ 188,94	€ 212,51	52	€ 290,25
€ 114,86	34	€ 191,94	€ 219,12	53	€ 297,34
€ 118,97	35	€ 195,23	€ 225,86	54	€ 311,63
€ 123,20	36	€ 198,81	€ 232,65	55	€ 311,63
€ 127,60	37	€ 202,71			

Aufgeführt sind die monatlichen Beiträge zzgl. Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung

Ehepartner und Kinder können Sie auch zu den gleichen Bedingungen mitversichern lassen. Dies ist – ohne das sonst übliche Gesundheitszeugnis – auch ohne Wartezeiten möglich.

☞ 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. Profitieren auch Sie von dem Know-How und den **Sonderkonditionen** der Assekuranz AG.

- Ja, ich bin an einem Angebot zur **Krankenversicherung** interessiert
- Ja, ich bin an einer **Krankenzusatzversicherung** für folgende Bereiche interessiert:
 - Krankenhaus: Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung
 - Zahnarzt: Zuschuss zu den Restkosten beim Zahnersatz
 - Hausarzt: Erstattung Praxisgebühr/Zuzahlungen für Arznei- & Heilmittel
 - Sonstiges: Kostenzuschuss zu Brillen und Heilpraktikerbehandlung
 - Krankentagegeld: Karenzzeit von ____ Tagen/Tagessatz von _____ €
- Ja, ich habe Interesse an weiteren **Versicherungsprodukten** der Assekuranz AG. Besonders interessiere ich mich für:
 - Berufshaftpflichtversicherung Private Haftpflichtversicherung
 - Private Altersversorgung Praxisinventarversicherung
 - Berufsunfähigkeitsversicherung Unfallversicherung
 - Arzt-Rechtsschutz-Paket Praxisausfallversicherung
 - Kfz-Versicherung Sonstiges: _____

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

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

Ich bin unter folgender Nr.: _____

in der Zeit von _____ bis _____ Uhr am besten zu erreichen.

Absender (ggfls. Praxisstempel) _____

geboren am: _____

...und daran sind wir zum Teil selber schuld!

Auch in Kreisen der Politik wird inzwischen erkannt, dass es in Deutschland in Zukunft einen Ärztemangel geben wird. Dies wird sich nicht nur im hausärztlichen Versorgungsbereich zeigen, in dem selbst finanziell gesunde Praxen inzwischen kaum noch besetzt werden können. Auch im fachärztlichen Bereich zeigen sich die ersten Auflösungserscheinungen. So wird es zunehmend schwieriger, kompetente Assistenten für die Weiterbildungsstellen zu bekommen, da im Ausland, z.B. in Eng-

In unserer Gesellschaft macht sich immer wieder breite Kritik an einzelnen Berufssparten breit, die Ärzte sind hier längst nicht mehr ausgenommen. **Auch wenn der einzelne Arzt in der Bevölkerung immer noch angesehen ist, für die Ärzteschaft als ganzes ist eine rückläufige Tendenz feststellbar. Dies wird letzten Endes auch vor dem einzelnen Arzt nicht halt machen.**

Hauptgrund für die Entwicklung liegt in der Organisation unseres Gesund-

heitswesens. Durch die Kombination von Budget und Sicherstellungsauftrag wird der Vertragsarzt immer mehr zum Verwalter der ökonomischen Interessen der Krankenkassen und bekommt auch Aufgaben übertragen, die seine Möglichkeiten im System glatt überfordern. **Ein typisches Beispiel ist die Verwaltung der Arzneimittelausgaben durch die Vertragsärzteschaft, die keinerlei Einfluss auf die Preisgestaltung der Unternehmen besitzt und**

„
Das System ist so angelegt, dass vor allem die Ärzte für Missstände verantwortlich gemacht werden

„

land, wesentlich bessere Bedingungen herrschen. Die Studentenzahlen sinken, was die beginnenden Probleme sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich verstärken wird. Man muss sich die Frage stellen, warum bereits ausgebildete Ärzte nicht in den Beruf gehen und sich das Image des Arztberufes in der Gesellschaft so verändert hat, dass die Studentenzahlen abnehmen. Wie so oft, sind auch hier die Ursachen vielschichtig.

dennoch die Arzneimittelkosten verantworten muss.

Prügelknaben-Image verdirbt das Ansehen

Das System ist so angelegt, dass vorwiegend die verfasste Ärzteschaft für Missstände verantwortlich gemacht wird, während Krankenkassen und Politik versuchen, positive Ergebnisse bei sich zu verbuchen. Dieses Prügelknabenimage muss automatisch zu einem Ansehensverlust führen.

Bestimmte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung und bestimmte Krankenkassen treiben diese Diskussion auf die Spitze. Typisches Beispiel ist hier die Diskussion über die Abrechnung von Toten. Seit Monaten versucht die Kas-

senärztliche Vereinigung und die verfasste Ärzteschaft klar zu machen, dass hier nicht Tausende von Ärzten Fehler begangen haben, sondern dass es sich tatsächlich um extreme Einzelfälle handelt. Die Öffentlichkeit nimmt aufgrund der Aktivitäten verschiedener Presseabteilungen diese Tatsache nicht zur Kenntnis und treibt quasi jede Woche ein neues Schwein durchs Dorf.

Arzt-Patienten-Beziehung stört die Politik

Dass in dieser Situation der ärztliche Beruf schleichend in Misskredit gerät, ist selbstverständlich. Hinter diesem Vorgang steckt aber eine tiefere gesellschaftspolitische Debatte. Der Arzt ist ein freier Beruf, in dessen Zentrum das Arzt-Patienten-Verhältnis steht. Hier herrscht noch Schweigepflicht, hier kann der Patient sich noch frei äußern, ohne dass er befürchten muss, dass seine Daten irgendwo beim Finanzamt oder bei der Politik erscheinen. **Politik und Staat sind in Deutschland aber auf absolute Transparenz aus, so dass ihnen die Arzt-Patienten-Beziehung zunehmend als eine Art Blackbox vorkommt. In manchen Reden von Politikern wird deshalb diese sensible Beziehung durchaus verglichen mit der Auftragsituation eines Handwerkes auf dem Bau.** Bei dieser Grundeinstellung macht sich der Eindruck breit, dass die ►

Ärztemangel

Wer will professioneller Sündenbock werden?

Für Arzneimittel haben die Krankenkassen in den ersten Monaten dieses Jahres rund 20 Prozent mehr ausgeben müssen als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Die Schuld wird den Ärzten in die Schuhe geschoben: „Die Verordnungen von Arzneimitteln liegen ausschließlich in der Hand von Ärztinnen und Ärzten“, konstatierte Ulla Schmidts Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder. Wenn die Ärzte nicht in der Lage wären, hier zu sparen, dann

müsse man eben deren Selbstverwaltung auflösen und die Ärzte direkt den Kassen unterstellen. Der Mann verschweigt im Auftrag seiner Ministerin wohlweislich, dass es eine Menge Faktoren gibt, auf die wir Ärzte überhaupt keinen Einfluss haben. Dazu gehören Preisänderungen bei Arznei- und Verbandmitteln. Dass die Politik die Herstellerrabatte drastisch reduziert hat, kann man uns ebenfalls nicht in die Schuhe schieben. Allein daraus resultieren schon Kostensteigerun-

gen in Milliardenhöhe. Rechnet man dies und diverse andere Faktoren hoch, so bleibt laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung nur noch eine ganz normale Steigerungsrate übrig. Die Ärzte werden hier wieder einmal grundlos zu Sündenböcken gemacht. Kein Wunder, dass unserem Berufsstand der Nachwuchs ausgeht. Wer möchte schon professioneller Sündenbock werden?

BW

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



Andreas Bohm
Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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



mmi
Der Wissensverlag

Freiberuflichkeit in unserer Art von Demokratie immer weniger Platz hat.

Natürlich spielt auch die Finanzierung der Ärzteschaft eine große Rolle. **Wenn man sich die Gehälter der angestellten Ärzte mit ihren Zeitverträgen ansieht, den kalkulatorischen Arztlohn im EBM und die ausgehandelten Punktwerte für die Niedergelassenen, so entsteht schon der Eindruck, dass die Situation auf allen Betätigungsfeldern ziemlich trübe ist.**

Diese Entwicklung ist nicht ganz neu, die Situation ist bei den angestellten Ärzten im Prinzip schon seit Jahrzehnten so. Es stellt sich deshalb die Frage, warum sich ausgerechnet in der heutigen Zeit eine derartige Depression ausbreitet. **Die mangelnde Perspektive für ausreichend dotierte Dauerstellungen in Klinik und Praxis ist einer der Hauptgründe, warum es in**

Deutschland in Zukunft einen Ärztemangel gibt.

Wenn hier nicht gegengesteuert wird, werden wir in der Gesellschaft unser blaues Wunder erleben.

Auch eigene Fehler nicht übersehen!

Wir sollten von Seiten der Ärzte aber auch so offen sein, dass wir unsere eigenen Fehler im System erkennen und sie nach Möglichkeit abstellen. Auch wir tragen als Ärzte nicht unwesentlich zu der beschriebenen Diskussion in der Öffentlichkeit über Fehler und Missstände und Falschabrechnung bei.

Drei Beispiele dafür, wie sich Ärzte in Körperschaften und in der Öffentlichkeit darstellen und den Gegnern der

Ärzeschaft und des freien Berufes die Diffamierung leichter machen, sollen dies illustrieren.

Als ehemaliger KV-Vorsitzender hat man mit der Kontrollwut der eigenen Kollegen Erfahrung sammeln dürfen. Wird ein neues Qualitätssicherungssystem eingeführt, so gibt es zahlreiche Mandatsträger, die dies zunächst ablehnen, weil sie mit einer gewissen Berech-

tigung eine erneute Bürokratisierung der Medizin fürchten. Diese Mandatsträger gehen gegen die dennoch notwendigen Beschlüsse vor.

Setzt man sie später in die Kontrollkommissionen ein, sind sie die schärfsten Kommissare in der Umsetzung von den vorher bekämpften Richtlinien. Wir sollten in Zukunft versuchen, mit unserer eigenen Kollegen-schaft etwas objektiver umzugehen, ohne deshalb gänzlich auf eine Kritik zu verzichten.

Das hinderliche Helfersyndrom

Das berühmte Helfersyndrom zeichnet den Arzt im Prinzip im Umgang mit seinen Patienten aus. Kommt es jedoch zu einer Übertragung des Helfersyndroms auf nahezu sämtliche Lebensbereiche, kann dies durchaus für die Umgangsform kritisch werden. Besonders deutlich wird dies innerhalb der Körperschaften, wie z.B. einer Kassenärztlichen Vereinigung.

Ärztliche Hilfe für die Krankenkassen

Zumindest in der Vergangenheit **hat es sehr viele Vorsitzende in der Kassenärztlichen Vereini-**

gung gegeben, die das Helfersyndrom bei den Honorarverhandlungen gegenüber den Krankenkassen nicht abgelegt haben.

Wenn der Krankenkassenvertreter besonders laut und eindrucksvoll über die finanzielle Misere seiner Krankenkasse berichtet hat, hatte er dabei aufgrund des Helfersyndroms durchaus bei seinem Gegenüber von der KV offene Ohren gefunden, so dass böse Zungen behaupten, dass professionelle Verhandler, die nicht dem ärztlichen Beruf angehören, bessere Verhandlungsergebnisse hätten erreichen können. So wird eine Eigenschaft, die durchaus beim einzelnen Patienten den guten Arzt ausmacht, in der Selbstverwaltung eher zu einem Hindernis.

In der Öffentlichkeit schadet uns sehr häufig ein falsches Menschenbild, das durch den permanenten Umgang mit Patienten verursacht wird. Patienten sind Bittsteller und möchten sich mit ihrem Arzt besonders gut stellen. **Der Umgang des Patienten mit seinem Arzt entspricht aber nicht den üblichen zwischenmenschlichen Geflogenheiten, sodass manche Ärzte außerhalb ihrer Praxis über manche Umgangsformen sehr verwundert sind. Die Reaktion darauf ist für Außenstehende oft unverständlich, und fördert dabei nicht das Verständnis für den ärztlichen Beruf.**

Insofern spielt auch das Verhalten des ärztlichen Berufsstandes selbst in der derzeitigen Gemengelage eine nicht unwichtige Rolle. **Wir werden den Zeitgeist nicht ändern können und uns deshalb anpassen müssen. Wir sollten aber aufhören, durch eigene Fehler die Situation in der Öffentlichkeit noch zu verschärfen.**

Dr. med. Hans-Friedrich Spies



Merkwürdige Vorschläge

Wo ist Seehofers Sachverstand geblieben?

Horst Seehofer hat sich wieder einmal zur Krankenversicherung geäußert. In seiner Zeit als Gesundheits- und Sozialminister war er durch seine detaillierten Kenntnisse des Gesundheitssystems berühmt. Die Meldung, die er kürzlich zu der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gestreut hat, lässt aber Zweifel aufkommen, ob dies auch jetzt noch so ist. So fordert er schlank weg eine freie Wechsellmöglichkeit von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung, um dann festzustellen, dass auch die Privatkassen in einem Risikostrukturausgleich eingebunden werden müssten. Wie stellt sich Horst See-

hofer in den völlig unterschiedlichen Systemen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung mit dem Sachleistungsprinzip einerseits und der Kostenerstattung andererseits einen Risikostrukturausgleich vor? Wie will er die für eine Kostenerstattung notwendige Vertragsvielfalt in einem solchen Gebilde darstellen?

Es entsteht immer mehr der Eindruck, dass auch Horst Seehofer mehr auf populistische als auf sachliche Aussagen aus ist. Übrigens: Im Kompetenzteam der Unionsparteien für die Bundestagswahl ist der ehemalige sozialpolitische Star auch nicht mehr vertreten. HFS

Gießen und Marburg

Zwei Unikliniken endgültig zusammengelegt

Die beiden Universitätskliniken Gießen und Marburg sind nun endgültig zusammengelegt, wie dies der hessische Landtag schon vor Wochen beschlossen hat. Doppelte Kapazitäten sollen nun beseitigt werden. Mit anderen Worten: Eine Reihe von Spezialitäten wird es entweder nur in Gießen oder nur in Marburg geben – und nicht mehr wie bisher an beiden Standorten.

Einerseits erscheint es nicht unlogisch, die doppelte Hochleistungsversorgung innerhalb eines Radius von gerade mal 30 Kilometer neu zu organisieren. Auf der anderen Seite haben die beiden Universitätskliniken bisher aber völlig unterschiedliche Einzugsgebiete. Ob sich hier die neuen Pfade zu den jeweiligen neuen Standorten des fusionierten Klinikums etablieren werden oder ob nicht doch ein beachtlicher Teil der Patienten bzw. Zuweiser verloren geht, muss sich erst noch zeigen. Interessant dürften solche Überlegungen allemal für den zukünftigen Besitzer sein, den das Land Hessen im Rahmen der Privatisierung sucht. Denn für den muss sich das Uniklinikum schließlich rechnen.

BW

Anzeige

DSD-201

Wirtschaftliche und vollautomatische Endoskopaufbereitung

Die Medivators DSD-201 ist ein vollautomatisches und hochwertiges Endoskopaufbereitungsgerät, das über 2 getrennte und unabhängig voneinander arbeitende Stationen verfügt. Insbesondere mit Adaspor®, eine neue, peressigsäurehaltige Desinfektionsmittelgeneration, wird in 5 Minuten bei Raumtemperatur eine schonende High-Level-Desinfektion flexibler Endoskope erzielt und somit eine effiziente, sichere und umweltfreundliche Aufbereitung ermöglicht.

- 2 unabhängig voneinander laufende Stationen
- Schnelle Aufbereitung (ca. 20 Min.)
- Kanaltrocknung mit Alkohol und Luft
- Gedruckte Dokumentation
- Automatischer Dichtigkeitstest während der Aufbereitung
- Desinfektion mit aldehydischen Produkten oder Adaspor® (Peressigsäure)



Minntech B.V.
Sourethweg 11
6422 PC Heerlen
Niederlande

Tel: +31 45 5471 471
Fax: +31 45 5429 695
www.minntech.com



Endoskopie + Hygiene GmbH
Brückenweg 6
64665 Alsbach

Tel: 06257/ 93 18 - 0
Fax: 06257/ 93 18 42
www.endomed.de

Der Facharzt kostet bis zu 250 000 Dollar

Die schlechten Arbeitsbedingungen der Kliniker geraten hierzulande immer stärker in den Fokus und treiben viele junge Kollegen zu Demonstrationen. Grund genug, mal einen Blick über den großen Teich zu werfen, wo derartige Proteste gegen die Arbeitsbedingungen der Ärzte unbekannt sind. Der Grund dürfte klar

Die Weiterbildung in den USA (häufig allgemein als residency bezeichnet) besteht aus drei Abschnitten. Erstens, dem Internship, das ein Jahr dauert und mit dem ehemaligen deutschen „Arzt im Praktikum“ zu vergleichen ist. Dem Internship folgt die eigentliche Residency, die abhängig

vom Fach unterschiedlich lang ist. In den größeren Fächern, wie Innere Medizin und Allgemeinchirurgie, ist das Internship direkt mit der Residency verkoppelt. Kleinere Fächer hingegen, wie z.B. Anästhesie, HNO oder Neurochirurgie haben eigenständige Residencies, die ein vorheriges Internship

sein: Das Assistenten-Dasein in den USA ist zwar eher noch härter als in Deutschland, doch dafür haben die Kollegen dort Perspektiven, die es bei uns praktisch nicht mehr gibt. Ein Kollege, der seit geraumer Zeit in den USA arbeitet, beschreibt, wie es dort an den Kliniken zugeht und was die Kollegen verdienen.

in einem der größeren Fächer voraussetzt. Inclusive Internship können die Residencies drei bis fünf Jahre dauern.

Nach einer abgeschlossenen Residency und entsprechender Prüfung ist man Facharzt und kann, wenn gewünscht, eine weitere Sub-Spezialisierung in Form ei-

nes Fellowships anstreben. Beispiele hierfür im Bereich der Inneren Medizin sind Kardiologie, Gastroenterologie etc. Innerhalb der Chirurgie ist dies z.B. Gefäßchirurgie oder plastische Chirurgie. In Abhängigkeit von dem gewählten Fellowship kann dies nochmals ein bis fünf Jahre dauern.

Weiterbildung ist stark strukturiert und verschult

Die universitäre Ausbildung zum Arzt sowie die folgende Weiterbildung sind recht verschult in den USA. Alle Medizinstudenten graduieren im Mai/Juni eines jeden Jahres und das Internship beginnt landesweit mit dem Juli. Da das Internship, alle Residencies und Fellowships eine klar definierte Dauer von mindestens einem Jahr haben, beginnt das akademische Jahr dementsprechend für alle in der Weiterbildung befindlichen Ärzte ebenfalls zum 1. Juli. Jedes Internship, Residency oder Fellowship hat klare Monatspläne, nach denen rotiert wird, so dass jeder Arzt in der Weiterbildung die gleichen Aufgaben im Laufe eines Jahres zu erfüllen hat.

Der Arzt in der Weiterbildung (Resident) ist nicht von einer spezifischen medizinischen Abteilung des Krankenhauses angestellt, sondern von einem eigens für weiterzubildende Ärzte geformten „Weiterbildungsabteilung“. Die Verteilung der Arbeitspläne (Rotationen) geschieht jedoch von den entsprechenden Fachabteilungen. ▶

Kollegen protestieren in ganz Deutschland

10 Euro netto pro Stunde – das ist zu wenig!

Dieser Streik ist gut und richtig! So ermutigte Dr. Ursula Stüwe, Präsidentin der Landesärztekammer Hessen die über 1000 Ärzte, die aus den hessischen Universitätskliniken mit Plakaten und Trillerpfeifen bewaffnet vor die hessische Staatskanzlei in Wiesbaden gezogen waren (unser Bild). Es war längst nicht die einzige Aktion, in allen Teilen Deutschlands sind Kliniker in den letzten Wochen auf die Straßen gegangen. Die Demonstrationen sollen Politik und Patienten auf die mittlerweile unzumutbaren Arbeitsbedingungen der Ärzte in Kliniken aufmerksam machen. Zu viel Bürokratie, immer mehr Arbeit für immer weniger Geld, immer weniger Zeit für Patienten – die Rahmenbedingungen der Ärzte müssen verbessert werden, damit nicht noch mehr Ärzte in andere Staaten abwandern, lautete eine zentrale Forderung der Ärzte an die Politik. Ein 28-Jähriger, alleinstehender Arzt an einer Universitätsklinik verdient gerade mal 10 Euro netto pro Stunde, kritisierten die Ärzte. Das kann keine angemessene Vergütung für einen Hochleistungsberuf mit enormer Verantwortung sein.

AT



Foto: Thomas

Am Anfang müssen 35.000 Dollar reichen

Das Einkommen der Residents ist vergleichsweise mager. Es beginnt mit ca. 35 000 Dollar jährlich im ersten Jahr der Weiterbildung (Internship) bis zu 54 000 Dollar im Fellowship. In diesen Bruttobeträgen sind noch keine Beiträge für Altersversorgung oder Krankenversicherung enthalten, wobei letztere traditionsgemäß

sehr gering ausfällt für Residents.

140 000 Dollar für Allgemein-Internisten

Wenn die Weiterbildung abgeschlossen ist, ist das Anfangsgehalt als „niedergelassener“ oder besser „nicht-akademisch tätiger“ Arzt auch recht klar definiert, und in offensichtlicher Abhängigkeit von der Dauer der Weiterbildung. So verdient beispielsweise ein Internist

rund 140 000 Dollar brutto (drei Jahre Weiterbildung), ein interventioneller Kardiologe, Neurochirurg oder Orthopäde (sieben Jahre Weiterbildung) hingegen verdient etwa 250 000 bis 350 000 Dollar im ersten Jahr nach seiner abgeschlossenen Weiterbildung.

Endlich Facharzt – aber 250 000 Dollar Schulden...

Zu berücksichtigen ist jedoch in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass Jungmediziner oft hohe Kredite für ihre Ausbildung an der Universität aufnehmen mussten. Die unmittelbaren Kosten für Studiengebühren liegen in-

ital 50 000 bis 250 000 Dollar, jedoch erhöht sich dieser Betrag aufgrund der Verzinsung über die Jahre, da das initiale Gehalt nicht ausreicht, um die Kredite abzubezahlen.

Wochenarbeitszeit auf 80 Stunden begrenzt

Arbeitszeiten sind traditionell lang in den USA, jedoch haben entsprechende Regelungen in den letzten Jahren zu einer sichtbaren Entschärfung der Arbeitszeitbelastung geführt. Dienste in jeder zweiten Nacht, wie sie in gewissen Rotationen, z.B. auf Intensivstationen, üblich waren, gehören der Vergangenheit an. ▶

BDI stellt sich hinter streikende Kollegen

Der Berufsverband Deutscher Internisten stellt sich voll und ganz auf die Seite der überall im Land streikenden Kollegen. Die Arbeitsbedingungen der Ärzte, so der BDI, müssen umgehend verbessert werden, wenn das deutsche Gesundheitssystem nicht in eine Katastrophe manövriert werden soll.

Die Proteste der Kollegen sind in den Augen von Professor Malte Ludwig, Vizepräsident des BDI, die absolut verständliche und sogar überfällige Reaktion auf die jahrelange und immer stärker werdende Unterfinanzierung der Kliniken: „Bei einem steigenden Bedarf steht den Krankenhäusern längst nicht mehr das Finanzvolumen zur Verfügung, das sie für die Versorgung ihrer Patienten brauchen. Hinzu kommt die wuchernde Bürokratie, die immer mehr ärztliche Arbeitskraft bindet und die Patientenversorgung beeinträchtigt.“

Dies werde, so Ludwig, bisher durch eine immer stärkere Arbeitsbelastung der Ärzte kompensiert, die für ihre verantwortungsvolle Arbeit nicht einmal angemessen bezahlt würden. Ludwig sieht die Grenze des Erträglichen längst überschritten: „Die Entwicklung wirkt sich inzwischen auch immer bedrohlicher auf die Versorgung der Patienten aus. So kann es nicht weitergehen, sonst wandern immer mehr junge Kollegen ins Ausland ab, wo sie deutlich bessere Arbeitsbedingungen vorfinden.“

BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack weist zudem darauf hin, dass das Problem nicht nur die stationäre Versorgung, sondern sämtliche Sektoren des Gesundheitswesens betrifft: „Die Kollegen arbeiten inzwischen fast überall unter kaum zumutbaren Bedingungen und die Quittung sehen wir doch schon längst: Viele Krankenhäuser können frei gewordene Assistentenstellen nur mit großer Verzögerung oder gar nicht mehr besetzen, auch in der ambulanten Versorgung gibt es schon seit geraumer Zeit Engpässe. Wenn dies so weitergeht und den Ärzten überall die Perspektiven wegbrechen, werden in ein paar Jahren auch die Patienten ins Ausland gehen müssen, wenn sie vernünftig versorgt werden wollen.“

BDI

Anzeige

VOLVO
for life



ABB. ZEIGT SONDERAUSSTATTUNG.

XC90

DER VOLVO XC90 D5.

SPRENGEN SIE DIE GRENZEN DES GEWOHNTEIN. MIT DER UNBÄNDIGEN DURCHZUGSKRAFT UND DYNAMIK DES VOLVO XC90 D5. DER TURBODIESEL MIT 136 KW (185 PS) UMWELTSCHONEND MIT RUSSPARTIKELFILTER.

RUFEN SIE UNS AN.

*LEASINGANGEBOT FÜR DEN VOLVO XC90 D5 136KW (185PS)	
GESAMTPREIS	43.000,- EUR
ANZAHLUNG	7.900,- EUR
LAUFZEIT	36 MONATE
GESAMTFAHRLEISTUNG	45.000 KM
MONATLICHE LEASINGRATE	279,- EUR
ZZGL. ÜBERFÜHRUNGS- UND ZULASSUNGSKOSTEN.	
EIN LEASINGANGEBOT DER VOLVO AUTO BANK.	
GÜLTIG BIS 31.12.05	

Kraftstoffverbrauch (in l/100km) 10,6 (innerorts) 6,8 (außerorts) 8,2 (kombiniert) CO₂ Emissionen: 217 g/km (kombiniert). Die Angaben wurden ermittelt nach den vorgeschriebenen Messverfahren (RL 80/1268/EWG).

Auto Haas GmbH
In der Weide 15, 55411 Bingen
Telefon 06721 / 49428 Fax 49437
www.auto-haas.de

Im Jahre 2003 hat die US-Amerikanische Zulassungsbehörde für Weiterbildungsprogramme die Arbeitsbedingungen für Residents weiter reglementiert. **So darf die maximale wöchentliche Arbeitszeit (durchschnittlich über 4 Wochen)**

nicht 80 Stunden überschreiten. Weiterhin darf man nicht häufiger als jede dritte Nacht Dienst haben und muss mindestens einen Tag pro Woche im Schnitt frei haben. Des Weiteren darf nicht länger als 30 Stunden am Stück gear-

beitet werden, wobei die letzten 6 Stunden nicht für Tätigkeiten am Krankenbett, wie z.B. Eingriffe oder ähnliches, genutzt werden dürfen, sondern lediglich für „Papierarbeit“ oder ähnliches. Diese Reglementierungen werden größ-

tenteils auch befolgt, da regelmäßige Kontrollen entsprechende Verstöße aufgedeckt haben, die zum vorübergehenden Entzug der Weiterbildungsgenehmigung führten (z.B. Innere Medizin an der John Hopkins Universität).

Dr. med. Christian Spies

Wenn die DRG scharf geschaltet werden

Rosige Zukunft für die Niedergelassenen?

Bis zum heutigen Tag haben es die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Verhandlungsführer ausgesprochen schwer, den Krankenkassen den Verlagerungseffekt von der stationären auf die ambulante Versorgungsebene klar zu machen. Mangels ausreichender Daten aus dem stationären Bereich – so wird es zumindest von den Krankenkassen behauptet – ist eine Vergleichbarkeit mit der Vergangenheit nicht möglich, so dass man die offensichtliche Mehrbelastung in den Praxen durch vorzeitige Entlassung insbesondere bei bildgeben-

den Verfahren nicht belegen kann.

Ist es dennoch mit geschickter Berechnung möglich, den Krankenkassen plausibel zu machen, dass hier erhebliche Verschiebungen zustande gekommen sind, die man finanziell bedienen muss, so erntet man plötzlich Verständnis für diese Forderung. In gleichem Atemzug wird aber klargestellt, dass man das hier benötigte Geld bei den Krankenhäusern eben nicht bekommen kann, da diese weiter mit Budgets arbeiten und eine entsprechende Ausga-

benminderung zum Ausgleich nicht umsetzbar ist.

Solange dies so ist, wird dann klargestellt, könne man leider die durchaus berechtigten Forderungen der Vertragsärzte nicht erfüllen.

Jetzt stehen rosige Zeiten bevor. Im Jahre 2009 werden DRG scharf geschaltet und die Krankenhäuser von ihren Budgets befreit. Derzeit ist davon auszugehen, dass unter den DRG mit entsprechender knapp bemessener Landes-Baserate die Kassen erheblich weniger für die stationäre Behandlung ausgeben werden. Handelt es sich bei

diesen Einsparungen vielleicht um die Beträge, die man bisher der ambulanten Versorgung vorenthalten hat?

Wir empfehlen den Kassenärztlichen Vereinigungen, dass im Vorgriff auf 2009 dieses Geld schon für die ambulante Versorgung reklamiert wird, damit die Forderungen aus der Vergangenheit endlich beglichen werden können. Wir sollten dem Gesetzgeber dankbar sein, dass er den Krankenkassen durch die Scharfschaltung der DRG die Möglichkeit gibt, hier endlich tätig zu werden. HFS

Überraschende Variante dank neuer Versorgungsformen

Uniklinik macht Hausärzten Konkurrenz

Das Universitätsklinikum Dresden hat vor wenigen Wochen ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eröffnet. **Das neue Zentrum bietet allgemeinmedizinische und internistisch-hausärztliche sowie laborfachärztlichen Leistungen an.**

Die Patienten, so wirbt das universitäre Versorgungszentrum, profitieren hier vor allem von der noch engeren Verzahnung zwischen Krankenhaus, niedergelassenem Arzt und Diagnostik. Mit dem MVZ nutzt das Universitätsklinikum den durch das Gesundheitsmodernisie-

rungsgesetz erweiterten Spielraum und ist damit Vorreiter unter den ostdeutschen Universitätsklinikern.

Damit erweitert aber auch erstmals ein Uniklinikum sein Leistungsspektrum in den hausärztlichen Bereich hinein. Ob dies im Raum Dresden eine echte Konkurrenz für die dort niedergelassenen Hausärzte ist, steht auf einem anderen Blatt – in den neuen Bundesländern herrscht ja eher ein Mangel an Hausärzten.

Allerdings reichen die Pläne der Dresdener Uniklinik durchaus noch weiter. Derzeit

betreuen zwei hausärztlich tätige Ärztinnen die Patienten und bieten dabei auch IGeL wie die Akupunktur und „spezielle Diagnosemöglichkeiten“ an. Schon bald soll das neue Zentrum um einige andere Fachrichtungen erweitert werden. Wie die Münchener Medizinische Wochenschrift in ihrer Ausgabe Nr. 31/32 berichtet, **denkt der Klinikvorstand auch daran, auf dem Land Zweigsprechstunden einzurichten.** Die letzte Novelle der Berufsordnung hat den Weg hierfür prinzipiell geebnet.

Damit zeichnet sich ab, wohin der Weg gehen könn-

te: Große Zentren steigen in die ambulante Versorgung ein und dehnen ihren Einfluss immer weiter aus. Sie bieten – was ja ein Vorteil ist – eine enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Allerdings wird dadurch **der klassische freiberufliche Arzt in eigener Praxis langsam verdrängt.** Ob dies unterm Strich ein Vorteil und ebenso kostengünstig ist, muss sich erst noch zeigen. **Für innovative Zentren ist es allerdings eine Chance, die sich zuvor noch nie geboten hat.**

BW

Alle Kinder gegen Varizellen impfen – was bringt's?

Deutschland ist im vergangenen Jahr durch eine entsprechende Empfehlung der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) der Auffassung der Weltgesundheitsorganisation gefolgt, allen Ländern, die sich das leisten können, eine Kinderimpfung gegen Varizellen anzuraten (1, 2). In der Regel führen solche Empfehlungen der STIKO dazu, dass die Kassen die empfohlenen Impfungen bezahlen. Diesmal haben

sich die Krankenkassen allerdings zunächst geweigert, die Kosten für die generelle Impfung der Kinder gegen Varizellen zu übernehmen. Inzwischen hat eine Reihe von Kassen diese Linie aufgegeben, doch unseres Wissens gibt es immer noch entsprechende Lücken. Grund genug, einmal die Erfahrungen in den USA zu referieren. Dort werden bereits seit 1995 alle Kinder gegen Varizellen geimpft (3).

Krankenhausbehandlungen zurückgegangen

(...) Die Studie basiert auf Daten, die zwischen 1993 und 2001 im Rahmen eines USA-weiten Programms (12) erhoben wurden. Die Auswertung beinhaltet drei Jahre bevor die Impfung generell in den USA eingeführt wurde. In die Studie gingen Daten von 6,4 bis 7,5 Mio. Krankenhausaufenthalten/Jahr ein; dies entspricht ca. einem Fünftel aller Krankenhausaufenthalte in den USA. Die Studie zeigt, dass die durch Varizellen bedingten Krankenhausbehandlungen, die in den Jahren 1993 bis 1995 bei > 0,5 pro 10.000 Einwohnern lag, auf 0,26 im Jahr 1999 und auf 0,13 im Jahr 2001 zurückgegangen ist (11). Der Rückgang war in allen Altersgruppen signifikant. (...)

Letalität reduziert

In einer kürzlich veröffentlichten Studie wurden die

durch Varizellen bedingten Todesfälle in den USA vor und nach Einführung der generellen Varizellenimpfung untersucht (4). In den Jahren 1990 bis 1994 wurden im Mittel 105 Varizellenbedingte Todesfälle/Jahr registriert. Hinzu kamen noch 40 Todesfälle/Jahr, bei denen die Varizelleninfektion zum letalen Verlauf einer anderen Erkrankung beigetragen hat. Die Mortalität von Varizelleninfektionen in den USA vor Einführung der Impfung lag bei 0,41 pro einer Mio. Einwohner (1990 bis 1994). In den Jahren 1999 bis 2001 wurde eine Mortalität von 0,14 pro Million Einwohner registriert; dies entspricht einem Rückgang von 66% ($p < 0,001$). Der Rückgang war in allen Altersgruppen bis 50 Jahre signifikant. Die größte Reduktion der Mortalität fand sich in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre (92%; 4).

(...)

Die generelle Kinderimpfung gegen Varizellen in

den USA hat zu geringerer Letalität und selteneren Krankenhauseinweisungen geführt. Dies unterstreicht die Richtigkeit der STIKO-Empfehlung, alle Kinder in Deutschland gegen Varizellen impfen zu lassen.

Auszüge aus einem ausführlichen Artikel in:
Der Arzneimittelbrief Berlin, 06/2005,
Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066,
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

(Vorspann von der Redaktion modifiziert)

1. Ziebold, C., et al.: Pediatrics 2001, 108, E79. Erratum: Pediatrics 2004, 113, 1470
2. STIKO Epidemiol. Bulletin 30/2004, 235
3. American Academy of Pediatrics. Recommendations for the use of live attenuated varicella vaccine. Pediatrics 1995, 95, 791
4. Nguyen, H.Q., et al.: N. Engl. J. Med. 2005, 352, 450
11. Davis, M.M., et al.: Pediatrics 2004, 114, 786
12. Nationwide Inpatient Sample (NIS). Healthcare Cost and Utilization in Project (HCUP).

Anzeige

screen-telegramm

Lungenembolie und Palpation

Le Gal G, Testuz A, Righini M et al. Reproduction of chest pain by palpation: diagnostic accuracy in suspected pulmonary embolism. BMJ 2005 (26. Februar); 330: 452-53 (andere Studienart)

Bei Verdacht auf eine Lungenembolie dürfen durch Palpation reproduzierbare Brustschmerzen nicht dazu verleiten, eine Lungenembolie auszuschließen. Eine Lungenembolie war bei Personen mit reproduzierbaren Brustschmerzen nicht seltener als bei solchen mit „typischen“ atmungsabhängigen Brustschmerzen.

Karin Huwiler und Etzel Gysling, CH-Wil

Aus: infomed-screen, 05-06/2005, Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877, E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Ihre Arrhythmiepatienten brauchen Langzeit-Perspektiven. Genau wie Sie.



0 89 / 32 301-300
www.elamedical.de
iz-ekg@elamedical.de

Mit dem problemlosen Einsatz des ELA Langzeit-EKGs können Sie Ihren Patienten ein Optimum an sicherer Diagnostik bieten: Unabhängig vom jeweils aktuellen Reformstatus verfügen Sie mit ELA über ein komplettes Erfassungs- und Auswertungssystem auf dem aktuellsten Stand der Technik. Es erlaubt Ihnen die PC-unabhängige EKG-Kontrolle bei der Anlage, mit anschließender umfassender Holter-Analyse, die Sie komfortabel an jedem gängigen Office-PC vornehmen können.

ela medical
A SORIN GROUP COMPANY

SORIN GROUP
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

Der Patient, der jeden Fehler überlebt

„Sie glauben also, dass Sie ein interventioneller Kardiologe sind – lassen Sie die Simulatoren entscheiden.“ So war es kürzlich in einem Essay auf „www.theheart.org“ zu lesen. Ob wir dahin kommen werden, dass unter Verwendung von Simulatoren die Fähigkeiten von interventionell tätigen Kardiologen geprüft werden, ist bisher noch unklar.

In der Tat dürfen wir uns in der Kardiologie aber erfreulicherweise von vielleicht etwas verkrusteten Ausbildungsstrukturen verabschieden und uns neuen Lernmethoden zuwenden, nämlich dem Training mit Simulatoren für interventionelle kardiologische Prozeduren.

Wie realitätsnah ist so ein Simulator?

Doch sind die Simulatoren wirklich das, was sie vorgeben und sind sie wirklich so gut, wie es die Simulatorfirmen versprechen? Die Technik ist weit fortgeschritten, aber dennoch haben wir es mit „dummen Maschinen“ zu tun, die überlistet werden können und immer nur eine dem derzeitigen Stand der Technik entsprechende Annäherung an das „real life“ sein können.

Was nicht heißen soll, dass sie unbrauchbar wären. Nein, ganz im Gegenteil. Simulatoren sind eine Bereicherung für den Ausbildungsalltag. Als Ergänzung zur klinischen Ausbildung der Ärzte am Patienten erlauben es uns die Simulatoren insbesondere praktische Fertigkeiten sehr zeiteffizient, für jeden Arzt individualisiert zu erlernen. Und dies alles, ohne dabei einen Patienten zu gefährden oder zu belasten. Nie darf man jedoch den Lernenden mit seinem Simulator allein lassen, immer sollte ein erfahrener Kardiologe zur Supervision



Ein Puppenspielzeug ist der Simulator nicht – hier kann sich der interventionelle Kardiologe wie im richtigen Leben fühlen.

und aktiven Hilfe zugegen sein, damit nicht Manöver oder Prozeduren falsch erlernt werden.

Simulatoren sind teuer, die Entwicklung der Hardware und das ständige Aktualisieren der Software bedeuten einen immensen Zeitaufwand und es ist immer noch Pionierarbeit, die von den verschiedenen Simulatorfirmen derzeit geleistet wird.

Es macht daher Sinn, die Bemühungen um die Ausbildung unserer jungen Kollegen zu bündeln und Simulatortrainings in spezialisierten Trainingszentren durchzuführen, die sowohl über eine geeignete apparative Ausstattung verfügen als auch fachlich ein entsprechend solides Fundament mitbringen. Insbesondere ist es auch wünschenswert, dass im Rahmen der Trainings verschiedene Simulatortypen zur Anwendung kommen, da es derzeit kein System gibt, das allen Ansprüchen an ein modernes kardiologisches Trainingsgerät gerecht werden kann. Sei es das Fehlen guter Aortenmodelle zum

Führungskathetermanagement, das Fehlen alltäglicher Komplikationen, wie Backup-Probleme des Katheters oder Dissektionen, Spasmen oder Perforationen, oder auch die fehlende Anbindungsmöglichkeit an Patientensimulatoren – keines der Geräte ist derzeit perfekt.

Auch erfahrene Kardiologen kommen ins Schwitzen

Seit nunmehr 6 Monaten trainieren die Kardiologen des Simulationszentrums Frankfurt am Main am Cardio-angiologischen Centrum Bethanien mit sehr großem Erfolg Ärzte aller Ausbildungsstufen in Interventioneller Kardiologie und im Umgang mit kritischen Situationen im Herzkatheterlabor, die auch altgediente Kardiologen trotz ihrer Erfahrung ins Schwitzen bringen können. Rund 500 Teilnehmer aus ganz Deutschland werden es in diesem Jahr sein, die einen der mittlerweile sieben unterschiedlichen, eineinhalbtägi-

gen Kurse für interventionelle Kardiologie wahrnehmen.

Das Training im Simulationszentrum Frankfurt am Main findet unter Verwendung verschiedener Simulatoren unter anderem auch im echten Herzkatheterlabor statt, um den Teilnehmern eine so realistische Trainingsumgebung wie möglich für das Training anzubieten. Neben Fachvorträgen und Skilltrainings an verschiedenen Simulatoren ist insbesondere auch das Trainieren von Zwischenfällen im Herzkatheterlabor im Rahmen von koronaren Interventionen ein wichtiger Bestandteil des Ausbildungskonzepts von Cardio-Skills. Koronarangiographie, PTCA und Stentimplantationen können genauso wie Carotisinterventionen unter Zuhilfenahme von Simulatoren und Anleitung erfahrener Kardiologen trainiert werden.

Jeder interventionell tätige Kardiologe hat es schon erlebt: Der Patient im akuten Myokardinfarkt liegt auf dem Untersuchungstisch ►

und macht im kardiogenen Schock dann zum Teil erhebliche Schwierigkeiten – eine scheinbar routinemäßig ablaufende Arbeitssituation im Katheterlabor wird plötzlich zu einer Notfallsituation.

Simulator trainiert auch den Umgang mit Fehlern

Für den Patienten oft lebenswichtige Maßnahmen und Therapien wie medikamentöses Kreislaufmanagement, Airway-Management und Analgosedierung laufen dann nicht wie gewünscht scheinbar wie von selber ab. Vielmehr lässt die Brisanz der Situation oft Hektik aufkommen, es entstehen gelegentlich Fehler, die eigentlich vermeidbar gewesen wären. Erschwerend kommt noch hinzu, dass wir es in der Medizin auch heute noch mit einer so genannten „blame-culture“ zu tun haben. Fehler werden gemacht und vielleicht vertuscht. Den konstruktiven Umgang mit den Fehlern, um daraus auch zu lernen, müssen wir uns erst aneignen. Hierfür ist die Simulation nahezu perfekt geeignet.

Im Rahmen von Zwischenfallszenarien bieten sich im Rahmen von Simulatortrainings förmlich ideale Bedingungen, um solche kritische und Stress bringende Situationen mit Herzkatheterlabor-Teams zu trainieren.

Im Simulationszentrum Frankfurt am Main werden im Rahmen solcher Zwischenfallszenarien unter Verwendung eines Patientensimulators Ärzte und Pflegekräfte geschult, wobei hierbei ein inhaltlicher Schwerpunkt zum Beispiel auch auf Stressbewältigung, Kommunikation und Nutzung von Ressourcen gesetzt wird. Durch die Integration von speziell geschulten Fachkräften aus der zivilen Luftfahrt können Inhalte aus Piloten- und Crewtrainings in die Medizin übertragen werden. Aber nicht nur Kardiologen profitieren von diesem Trainingskonzept. Auch Internisten können im Simulationszentrum Frankfurt geschult werden, denn die Inhalte des Trainings sind durchaus übertragbar.

Eine gute Übersicht über die Idee des Simulatortrainings gibt die Internetseite www.cardioskills.com des Simulationszentrums Frankfurt am Main. Hier können sich interessierte Ärzte Hintergrundinformationen einholen und sich für die unterschiedlichen Simulationskurse am Simulationszentrum Frankfurt am Main anmelden.

Dr. med. E. Kaiser

infomed-screen

Viele sind 15 Jahre nach Hepatitis-B-Impfung noch geschützt

McMahon BJ, Bruden DL, Petersen KM et al. Antibody levels and protection after hepatitis B vaccination: results of a 15-year follow-up. *Ann Intern Med* 2005 (1. März); 142: 333-41 (Kohortenstudie)

Gut die Hälfte der Bevölkerung von 15 Dörfern in Alaska (n=1.500), die Anfang der Achtzigerjahre drei Dosen eines aus Blutprodukten gewonnenen Hepatitis-B-Impfstoffs erhalten hatten, konnten nach 15 Jahren nachkontrolliert werden. Bei 84% zeigten die HBs-Titer einen noch genügenden Schutz an. Am stärksten

abgefallen waren die Werte bei denjenigen, die als Kleinkinder geimpft worden waren. Gemäß der serologischen Untersuchung hatten 16 Personen eine HBV-Infektion durchgemacht (0,8 Infektionen pro 1.000 Personen und Jahr). Deutlich höher war die Infektionsrate bei denjenigen, die initial keinen signifikanten HBs-Titeranstieg gezeigt hatten.

Aus: infomed-screen, 05-06/2005
Infomed-Verlags-AG, Berglieweg 17
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Anzeige





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)

- Faltdach, 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, CO₂-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