

Inhalt

Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus

Kooperation oder Konfrontation

Seit Jahrzehnten gibt es Kooperationsformen zwischen Vertragsarzt und Klinik – und ebenso lange gibt es Missverständnisse und Konfrontationen. Doch bei einem Konfrontationskurs können alle auf lange Sicht nur verlieren.

Seite 7



FA Innere Medizin in der Schweiz

„Ohne Deutsche

könnten wir unsere Spitäler schließen!“

Gute Stellenchancen und eine hervorragende Ausbildung locken viele deutsche Mediziner in die Schweiz. Lesen Sie, wie man den eidgenössischen Facharzt für Innere Medizin erwirbt auf

Seite 8

Sonographie in der Gastroenterologie

Aktueller Stand der Sonographie von Leber und Milz

Der zweite Teil des Artikels widmet sich umschriebenen Lebererkrankungen. Hier ist die Sonographie bildgebende Methode erster Wahl.

Seite 10

Unklar trotz aller Leitlinien

Wann darf man eine Reanimation abbrechen?

Gerade wurden die Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation aktualisiert. Doch auch diesmal bleibt eine wichtige Frage offen: Wann darf man eine erfolglose Reanimation mit gutem Gewissen abbrechen?

Seite 15

Impressum

Seite 16

Persönlicher Brief der BDI-Präsidenten an MdBs

Ein Schreiben, das nicht bei jedem richtig ankam

Der persönliche Brief von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack sowie den BDI-Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer und Prof. Malte Ludwig an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags mit dem dringenden Appell, dem Gesetz zur Gesundheitsreform nicht zuzustimmen, ist von den Parlamentariern aufmerksam zur Kenntnis genommen worden. Kurz zusammengefasst ist die Reaktion bei den Oppositionsparteien voller Verständnis, bei den Koalitionsparteien zurückhaltend bis ablehnend und anmaßend.

FDP, Bündnis90/Die Grünen und die Linksfraktion stehen voll hinter dem Anliegen des BDI: Sie setzen auf Pluralismus, Nachhaltigkeit und Eigenverantwortung



Bild: Deutscher Bundestag/Thomas Deutsch

anstelle von Zentralismus und staatlichem Dirigismus, der den Entwurf des sogenannten Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes prägt. In zahlreichen Schreiben setzen sich die Parlamentarier mit den Argumenten der Ärzte auseinander. Die FDP-Abgeordnete Sibylle Laurischk, von Beruf freiberufliche Rechtsanwältin, bedankt sich für den Brief und kritisiert:

„Mit dem vorgelegten Gesetz beschreitet die Koalition den Weg in ein zentralistisches Einheitsgesundheitsystem, dessen Folgen Mangelverwaltung, Rationierung und Warteschlangen sein werden.“ Sie versichert dem BDI-Präsidium, „dass die FDP-Bundestagsfraktion alles ihr Mögliche unternimmt, um dieses Gesetz zu verhindern“.

... lesen Sie weiter auf Seite 4

Baustelle Gesundheitswesen

Woran krankt die deutsche Gesundheitspolitik?

Die geplante Gesundheitsreform der schwarz-roten Koalition hat große Chancen, sich zum Desaster zu entwickeln. Noch nie ist eine Reform auf eine so entschiedene Ablehnung in der Bevölkerung und bei allen im Gesundheitswesen Beteiligten gestoßen.

Nur die Regierungskoalition sieht in der Reform noch etwas Gutes: ihren Machterhalt. Auch alle neutralen Sachverständigen und sogar das Bundeskartellamt haben sich negativ geäußert. Zentralpunkt der Kritik ist, dass kein bestehendes Problem – wie die Finanzierungsgrundlage der GKV – gelöst wird. Dafür werden neue Probleme wie der geplante Gesundheitsfonds, ein bürokratisches Monster ohnegleichen, geschaffen.

Eine Reform jagt die nächste

Über 200 Kostendämpfungsgesetze und mehr als 10000 Paragraphen haben das ehemals auch im internationalen Vergleich vorbildliche deutsche System einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle Menschen nicht modernisieren, geschweige denn zukunftssicher machen können. In immer kürzeren Zyklen jagt eine Reform die nächste. An das zugrunde liegende Einnahmeproblem bei rasantem medizinischen Fortschritt und einer dramatischen Altersentwicklung hat sich bisher keine Regierung herangetraut. Das Resultat

bleibt immer gleich: die Patienten müssen immer mehr zuzahlen und die Versorgung wird bei chronischer Unterfinanzierung schlechter.

... lesen Sie weiter auf Seite 2



KBV-Vertreterversammlung

Demonstration der eigenen Ohnmacht

Am 1. Dezember 2006 tagte die Vertreterversammlung der Kassenzentralen Bundesvereinigung zum letzten Mal im vergangenen Jahr öffentlich in Berlin. Man konnte sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sich die Körperschaft des öffentlichen Rechts in ihrer Rolle als Interessenvertretung der Vertragsärzte am Ende sieht.

Der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, vermittelte seinen Zuhörern im Berliner Maritim-Hotel den Eindruck, als wisse er nicht, was er wolle. Zunächst pries er den Kollektivvertrag als die einzig akzeptable Lösung, die das Überleben des einzelnen Vertragsarztes sichert, und malte den Selektivvertrag als das Übel schlechthin an die Wand, das den Untergang des Vertragsarztes bedeute. Dann aber beklagte er lauthals, dass die KVen gänzlich aus dem Geschäft mit den Selektivverträgen ausgeschlossen werden sollen. Er forderte von der Politik, auch den KVen die Möglichkeit zur Teilnahme an Selektivverträgen einzuräumen. Gespaltene Persönlichkeit? Jedenfalls zwiespältige Politik! Die Alternative stellt sich so dar: hier Kollektivvertrag mit Honorarverteilung nach dem Gießkannen-Prinzip wahllos über alle, dort Selektivverträge mit einer Vergütung nach Qualität für viele, für manche aber eben nicht. Der immer wieder beschworene Wettbewerb findet unter den Bedingungen des Selektivvertrags statt. Aber will die KBV das wirklich? In Berlin hinterließ Köhler mehr offene Fragen als Antworten.

... lesen Sie weiter auf Seite 5

Kommentar

Ein Kuckucksei

Die CDU/CSU hat schmerzhaft wahrgenommen, dass ihr der Koalitionspartner SPD mit der Gesundheitsreform ein Kuckucksei ins Nest gelegt hat. Der Gesundheitsministerin ist es gelungen, der CDU einen Gesundheitskompromiss abzutrotzen, der ihr noch erhebliche Schwierigkeiten bringen wird.

Dies vor allem deshalb, weil der Kuckuck Gesundheitsfonds erst im Jahre der Bundestagswahl schlüpfen wird. Ulla Schmidt bleiben noch zwei lange Jahre, um dem Wähler zu zeigen, wer auf diesem wahlentscheidenden Thema mit mehr Sachkompetenz unterwegs ist.

... lesen Sie hierzu auch Seite 3

Editorial

Noch bevor die neue Gesundheitsreform in Kraft treten kann...

... werden die Versicherten in einem bisher nicht bekannten Ausmaß zur Kasse gebeten. In Einzelfällen bis zu 1,6 Prozentpunkte mehr zahlen rund 70 Millionen Arbeitnehmer und Rentner ab 1. Januar 2007 an höherem Beitrag. Die durchschnittliche Erhöhung beträgt 0,7 Prozentpunkte auf dann einen durchschnittlichen Beitragssatz von 15%. Im Einzelfall kann dies eine Steigerung von über € 50 bedeuten. Da jedoch gleichzeitig die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von 6,5 auf 4,2% des beitragspflichtigen Einkommens

gesenkt werden, kommt es trotz einer weiteren Steigerung der Beiträge zur Rentenversicherung auf dann 19,9% insgesamt zu einer geringen Senkung der Lohnzusatzkosten.

Das Monstrum Gesundheitsfonds wirft bereits jetzt seine langen Schatten voraus. Auch seine Verschiebung auf das Jahr 2009 (!) nützt nur den Regierungsparteien und nicht dem Beitragszahler. Der wird nämlich weiter zur Kasse gebeten werden. In den jetzt zum Teil saftigen Beitragssatzsteigerungen ist nämlich auch allem Anschein nach eine politische Unsicherheitsprämie enthalten. Die Kassen wappnen sich für eine Reform,

deren Kosten und Umverteilungswirkungen nicht überschaubar sind. Bevor der Wettbewerb der Kassen untereinander durch das sog. „Wettbewerbs-Stärkungsgesetz“ mit einem staatlich festgesetzten einheitlichen Beitragssatz völlig abgeschafft werden wird, nutzen die Kassen ihre Gestaltungsspielräume aus. Dies ist legitim.

Die Reaktion von Ulla Schmidt, die Beitragssatzerhöhungen hätten mit dem geplanten Reformgesetz nichts zu tun, ist unlauter und so falsch wie der Name „Wettbewerbs-Stärkungsgesetz“. Die ganze Wahrheit ist, wie dies sogar ein AOK-Chef formuliert



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

hat, aber noch schlimmer: Die Beiträge werden weiter steigen, während die Leistungen sinken.

Kein Wunder, dass die Bevölkerung der Gesundheitsreform ein vernichtendes Urteil ausstellt, glaubt sie doch den Beteuerungen von Ulla Schmidt und ihrer Mannschaft längst nicht mehr. Nach wie vor vertrauen Versicherte und Kranke „ihrem“ Arzt, mit

Abstrichen auch ihrer Kasse, nicht aber der Politik.

Das Vertrauen unserer Patienten in die Integrität unserer täglichen Arbeit ist und bleibt das wichtigste „Kapital“ in der Patienten-Arzt-Beziehung. Dazu gehören aber inzwischen auch die Informationen über die Auswirkungen einer verfehlten Gesundheitspolitik. Sachinformation statt Ideologie heißt hier die Devise. Ihr Berufsverband wird sie auch weiterhin in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident

Baustelle Gesundheitswesen (Fortsetzung von Seite 1)

Woran krankt die deutsche Gesundheitspolitik?

Um von ihrer eigenen Untätigkeit abzulenken, greifen die verantwortlichen Politiker lieber zu gängigen Schuldzuweisungen. Für die Politik sind die Hauptschuldigen die „Leistungserbringer“ – und dort vor allem die Ärzte, die angeblich falsch und zu viel diagnostizieren und therapieren, dabei immer nur an den eigenen finanziellen Vorteil und nicht an die Gesundheit der Patienten denken usw. Dabei verhalten sich alle Beteiligten einschließlich der Patienten in diesem Gesundheitssystem rational. Ihnen wird von der Gesundheitsministerin immer wieder suggeriert, dass sie als Kassenpatienten Anspruch auf eine Rundumversorgung nach höchstem medizinischen Standard hätten. Wer will es den – oft schwer betroffenen – Menschen verdenken, wenn sie diese Versprechen im Notfall einfordern?

• Der Fehler liegt im System

Der Fehler liegt nicht bei den Menschen, sondern im System. Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen die Leistungen nur aus-

reichend, notwendig und wirtschaftlich sein. Kranke Menschen wollen aber nicht nur ausreichende Leistungen, sondern eine optimale Versorgung mit medizinischen Gütern. Selbst scheinbar unnötige Leistungen, so denken die Betroffenen, könnten ihnen vielleicht helfen oder zumindest ihre Lebensqualität verbessern. Und oft trifft dies ja auch zu. Und was die Wirtschaftlichkeit betrifft, fordern die Patienten diese – verständlicherweise – in erster Linie von anderen und zuletzt von sich selbst. Diese Chimäre konnte in der Vergangenheit und in Zeiten stetigen Wirtschaftswachstums in etwa aufrechterhalten werden. Seit Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts ist diese Epoche jedoch auf absehbare Zeit vorbei.

• Verlässliche Rahmenbedingungen fehlen

„Qualität von Politik“, so sagte Bundespräsident Köhler in seiner Weihnachtsansprache, „muss sich beweisen“. Sie verlange „Stetigkeit und Stimmigkeit im Handeln“. Beides

ist in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik leider weitgehend nur als Negativum vorhanden.

Seit Jahren fehlen verlässliche Rahmenbedingungen nicht nur aber besonders in der Gesundheitspolitik. Gerade bei den Finanzierungsgrundlagen der GKV ist es in der Vergangenheit zu einem Verschiebeparkplatz ohnegleichen gekommen. „Raus aus den Kartoffeln, rein in die Kartoffeln“ scheint z.B. das Motto bei den sogenannten versicherungsfremden Leistungen zu sein.

Politik und ihre Gesetzgebung sollte sich auf das Wesentliche beschränken und nicht alle nur möglichen Ausnahmetatbestände regeln. Weniger ist hier sicher mehr. Das Subsidiaritätsprinzip muss auch im Gesundheitssystem wieder zur Geltung kommen. Das setzt aber Vertrauen in die Hauptakteure, die Krankenkassen und die ärztlichen Organisationen voraus. Krankenkassen und ärztliche Organisationen sind eben keine „Lobbyisten“ wie die Gewerkschaften, sondern dem Allgemeinwohl verpflichtet.

• Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Stetigkeit, Nachhaltigkeit

Gesundheit muss bezahlbar bleiben. Darüber sind sich alle einig. Nur wird in Zukunft nicht jeder Patient mehr

alles bekommen können. Er bekommt es jetzt schon nicht mehr. Doch diese Illusion wird von dieser Regierung und der sie tragenden Parteien weiter aufrechterhalten. Für eine festgelegte Summe Geldes, für ein Budget, kann es jedoch nicht unbegrenzt medizinische Leistungen geben.

Was also ist von einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik zu fordern?

Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Stetigkeit und Nachhaltigkeit. Anstatt immer wieder neue Leistungen einzuführen, muss der Leistungskatalog der GKV eine Grundversorgung garantieren. Neue Leistungen müssen zusätzlich finanziert werden. Der mündige Bürger muss auch in der GKV zusätzliche Wahloptionen

bekommen, für die er dann eine Zusatzversicherung abschließen kann. Verlässlichkeit bedeutet, dass die Politik stabile strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen vorgibt und diese dann auch einhält. Stetigkeit bedeutet die verlässliche kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems mit konkreten Aussagen, was solidarisch zu finanzieren und was jeder Einzelne darüber hinaus auch bezahlen muss. Und Nachhaltigkeit bedingt, dass auch unsere Kinder unser solidarisches Gesundheitssystem noch schultern können, in dem alle eine Mindestversorgung erwarten dürfen. Davon sind wir weit entfernt.

Dr. Wolfgang Wesiack

Personalia

Arbeitsgemeinschaft Radiologie, Nuklearmedizin und MRT im BDI e. V.

Herr Dr. med. Joachim Böhm, Straubing, wurde zum 2. Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft gewählt.

Der BDI gratuliert herzlich und wünscht viel Erfolg!



Der Gesundheitsfonds und seine Folgen

Wer hat Recht und wer hat Unrecht?

Mit großem Erstaunen registriert die Öffentlichkeit eine Diskussion über die finanziellen Folgen des Gesundheitsfonds, wobei gestandene Wissenschaftler bei der Bewertung der Folgen des Gesundheitsfonds zu extrem unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Während nach Ansicht eines Kieler Wissenschaftlers die Folgen für einzelne Bundesländer wie Baden-Württemberg und Bayern die Milliardengrenze überschreiten, kommen die anerkannten Sachverständigen Rürup und Wille zu ganz anderen Zahlen, die sich in der Zehnerpotenz unterscheiden. Nach ihrer Ansicht muss kein Land mehr als die angestrebte Grenze von 100 Mio. Euro zusätzlich aufbringen. Wer hat nun Recht?

Wie ist es möglich, dass zwei Gutachten, die jeweils die Objektivität der Wissenschaft für sich reklamieren, zu solch unterschiedlichen Ergebnissen kommen?

Während bei der Renten- und Arbeitslosenversicherung eine bundeseinheitliche Regelung bezüglich der Beiträge und der Leistungen besteht, gibt es bei der Krankenversicherung noch länderspezifische Unterschiede. Insbesondere bei den Beiträgen wird deutlich, dass die Krankenkassen, wenn sie regional organisiert sind, ganz unterschiedliche Sätze erheben. Ein typisches Beispiel ist hier die Allgemeine Ortskrankenkasse. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen sind hier besonders offensichtlich. Demgegenüber gibt es Ersatzkrankenkassen, die einen bundesweiten Beitragssatz erheben.

• Verschiebeparkplatz Risikostrukturausgleich

Die Leistungserbringung macht demgegenüber an den Landesgrenzen

nicht Halt. Vom Prinzip her haben deshalb die Professoren Wille und Rürup Recht, wenn sie grundsätzlich eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Krankenversicherung einfordern. Um die Finanzmittel gleichmäßig zu verteilen gibt bereits seit Jahren den Risikostrukturausgleich (RSA) durch das Bundesversicherungsamt. In der Öffentlichkeit ist über die Größenordnung des Risikostrukturausgleichs bei der Länderausgleichszahlung bisher aber nichts bekannt gewesen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat übrigens ein ähnliches ordnungspolitisches Prinzip, das sie Fremdkassenausgleich nennt. Auch hier wird bei der internen Diskussion immer wieder deutlich, wie schwer solche Ausgleichszahlungen zu berechnen sind. So verwundert es nicht, wenn die Kieler Analyse und das Gutachten von Rürup und Wille völlig unterschiedliche Ergebnisse haben.

• Gutachten mit und ohne RSA

Das Kieler Gutachten scheint auf alle Arten der Finanzverschiebung zwischen den Ländern abzuheben, d.h. die seither weitgehend unbekanntes Zahlungen über den Risikostrukturausgleich zwischen den Ländern werden genauso in die Diskussion mit einbezogen wie die zusätzlichen Folgen des Gesundheitsfonds mit einer Vereinheitlichung des Beitragssatzes.

Demgegenüber betrachten Rürup und Wille nur die Auswirkungen des Gesundheitsfonds und gehen dabei nicht auf die bereits jetzt bestehenden Ausgleichszahlungen durch den Risikostrukturausgleich ein. Es ist zu vermuten, dass dieser unterschiedliche Denkansatz zu unterschiedlichen Zahlen führt. Damit würde sich die Diskrepanz der beiden Gutachten erklären.

• **Nachhilfe für die Bundesländer**
Verblüffend ist die Reaktion der Politiker auf die beiden Gutachten. Auf

Bundesebene kann man sich locker zurücklehnen. Verweist man doch auf die bereits jetzt bestehende Regelung des Risikostrukturausgleichs und betont, dass die Differenzen, die durch den Gesundheitsfonds zusätzlich eingeführt werden, nicht erheblich sind. Besonders süffisant wird dabei immer wieder darauf hingewiesen, dass man den Ministerpräsidenten des Landes Bayern unterstützt habe, indem man seiner Forderung auf eine Begrenzung dieser zusätzlichen Belastung auf 100 Mio. Euro zugestimmt habe.

In dieser Situation ist das Verhalten der betroffenen Bundesländer schwer zu erklären. Ist diesen Ländern erst durch die Diskussion über den Gesundheitsfonds klar geworden, welche Transferleistungen auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung aus ihren Ländern durch den Risikostrukturausgleich abgewickelt werden? Wenn dies tatsächlich der Fall ist, dann haben der Gesundheitsfonds – so verunglückt er von der Konstruktion auch sein mag – und die Diskussionen über seine finanziellen Folge ein Gutes: Die Landesregierungen haben, was die GKV-Finanzierung betrifft, etwas dazulernen dürfen.

Hans-Friedrich Spies

Info

Was steht in den Gutachten?

Die Analyse von Bert Rürup und Eberhard Wille mit dem Titel „Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer – Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit“ finden Sie im Internet unter www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/gutachten-ruerup-wile,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gutachten-ruerup-wile.pdf

Eine Stellungnahme zum Gutachten von Rürup und Wille durch den Autor der Kieler Analyse, Dr. Thomas Drabinski vom Lehrstuhl für Finanzwissenschaft, Sozialpolitik und Gesundheitsökonomik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, finden Sie auf den Seiten des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) unter www.ifmda.de.



Bild: Andrea Hartmann

Wer hat in der Gesundheitspolitik die besseren Karten? Noch hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ein leichtes Spiel und hofft, irgendwann die Bürgerversicherung als Ass aus dem Ärmel ziehen zu können. Doch wer weiß, welcher Mitspieler ab 2009 am Zug ist...

Kommentar (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Kuckucksei

• Bessere Karten für Ulla Schmidt

Ulla Schmidt hat eindeutig die besseren Karten im derzeitigen politischen Ränkespiel. Ihre Angriffe auf die sogenannten Leistungserbringer, auf die ach so teuren Krankenkassen und vor allem die angeblich so unsozialen Privatkrankenversicherungen begründet sie mit dem schwammigen Begriff der sozialen Gerechtigkeit. Sie schreckt auch nicht davor zurück, den weit verbreiteten Neidkomplex in unserer Gesellschaft für ihre Ziele einzusetzen. Wer kann schon etwas gegen die Argumente „Gesundheit für alle zu gerechten Preisen“ oder „Abschaffung der Mehrklassenmedizin“ einwenden, ohne gleich als unsozial abgestempelt zu werden?

• Langfristiges Ziel: Bürgerversicherung

Dass sie es geschafft hat, die jetzige Reform als zwangsläufige Vorstufe zu ihrem langfristigen politischen Ziel Bürgerversicherung durchzusetzen,

macht sie nur selten öffentlich. Auch, dass es ihr gelungen ist, massive Geldverschiebungen zuungunsten der wirtschaftlich prosperierenden CDU-regierten Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen, sozusagen eine Art zusätzlichen Landesfinanzausgleich der Sozialkassen auf den Weg zu bringen, auch darüber redet sie eher ungern. Es passt ihr bei anstehenden Landtagswahlen schon ins Geschäft, dass hier überwiegend SPD-regierte Länder profitieren.

• CDU/CSU in der Sackgasse

Die CDU/CSU versucht mit allen Mitteln aus dieser Sackgasse herauszukommen. Die Kanzlerin kann dabei nicht mehr helfen, hat sie doch blauäugig den unglückseligen Kompromiss selbst ausgehandelt und sogar zur Chefsache erklärt. Die CDU-Ministerpräsidenten der betroffenen Länder versuchen noch zu retten, was zu retten ist. Zunächst mit Hilfe eines Kieler Gutachtens über den Finanzausgleich, dem aber prompt von Ulla

Schmidt mit Hilfe der etablierten Sachverständigen Rürup und Wille widersprochen wird (siehe Artikel „Die Folgen des Gesundheitsfonds“). Wem soll man da glauben?

• Auf dem Weg zur staatlich verordneten Einheitsmedizin

Die CSU fordert plakativ den Erhalt der Krankenkassen. Ulla Schmidt muss da nur auf das Eckpunktpapier verweisen, dem die CSU selbst durch ihren bayrischen Ministerpräsidenten zugestimmt hat. Den Vogel schießt Baden-Württemberg ab. Man bietet ein politisches Geschäft an: Zustimmung zur Gesundheitsreform gegen Unterstützung bei Verkehrsprojekten im Ländle.

All diese Aktionen drücken nur die Hilflosigkeit der Union aus. Es wird dabei immer deutlicher, dass ihr in dieser Auseinandersetzung die sachkundigen Gesundheitspolitiker fehlen. Ulla Schmidt hat somit ein leichtes Spiel, ihre staatlich verordnete Einheitsmedizin weiter auf den Weg zu bringen, um sie nach der nächsten Bundestagswahl endgültig zu etablieren.

HFS

Der Gastkommentar

Private Krankenhausträger blicken trotz Gesundheitsreform optimistisch in die Zukunft

Die Gesundheitsreform hat noch bis zum Jahresende alle Beteiligten mit immer neuen Schlagzeilen, Änderungs- und Aufschiebungsforderungen in Atem gehalten. Im Bundesrat wurden in der letzten Sitzung des Jahres 2006 die sehr zwiespältigen Positionen der Bundesländer zum GKV-WSG erkennbar. Schon im Januar diesen Jahres begann der Prozess des Aushandelns gemeinsamer Linien für die Gesundheitsreform zwischen Bund und Ländern. Mit Spannung darf erwartet werden, was zu den unveränderbaren Konstanten und was zu den gestaltungs-fähigen Detailregelungen gehört. Auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass ein nicht nur für die privaten Krankenhausträger zentraler Punkt, die Streichung des von den Krankenhäusern zu zahlenden Sanierungsbeitrages, abgemildert oder gar komplett weggelassen werden könnte, ist noch nicht absehbar, wie die Weichen tatsächlich gestellt werden. Die Initiativen der Bundesländer geben auch für ein Paradebeispiel der integrierten Versorgung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern Hoffnung: den Erhalt der belegärztlichen Versorgung. Lange und intensiv hat der BDPK zusammen mit zahlreichen Belegärzten und deren Verbänden die Neuregelung

der Vergütung belegärztlicher Leistungen im DRG-System gefordert. Neben der Gesundheitsreform entscheiden aber noch weitere Entwicklungen über die Zukunft der heute noch rund 2100 deutschen Krankenhäuser, von denen in den nächsten 20 Jahren nach Aussagen führender Unternehmensberatungen rund 400 werden schließen müssen. So hat die Einführung des DRG-Systems die deutschen Krankenhäuser vor eine der größten Herausforderungen überhaupt gestellt. Die Umstellung auf das neue fallpauschalierte Vergütungssystem erfordert ein völliges Umdenken im Management. Es gilt Rationalisierungspotenziale zu erschließen, Strukturen und Prozesse zu optimieren und Mengeneffekte zu nutzen. Die Flexibilität privater Krankenhausbetreiber ist hierbei sicherlich von großem Vorteil gewesen. Die privaten Träger haben sich überwiegend sehr frühzeitig und intensiv auf das DRG-System vorbereitet und in großer Zahl bereits die Optionsmöglichkeit im Jahr 2003 wahrgenommen. Die finanziellen Gestaltungsspielräume werden aber auch für die privaten Betreiber immer kleiner. Die Kosten-schere zwischen niedrigen Grundlohnzuwächsen auf der einen und überproportional ansteigenden

Kosten, u. a. durch aktuelle Tarifabschlüsse, aber auch gesetzliche Vorgaben wie die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, die Abschaffung des Arztes im Praktikum, Mehrbelastungen durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, etc. auf der anderen Seite wird immer größer. Während die Einführung der DRGs noch nicht abgeschlossen ist, stehen die nächsten gravierenden Entscheidungen über die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser und die Neuordnung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung nach Abschluss der Konvergenzphase auf der Agenda. Wird es die duale Finanzierung der Krankenhäuser 2009 geben oder ist die Scharfstellung des DRG-Systems gleichzeitig der Startschuss für die Monistik? Die Sicherstellung des massiven Investitionsbedarfs drängt zum Handeln. Zumal die öffentliche Hand ihren Verpflichtungen immer weniger nachkommt, bleibt aus Sicht der privaten Klinikträger keine andere Alternative, als die monistische Finanzierung durch die Krankenkassen zu fordern. Gleichwohl müssen auch auf dem Weg dorthin noch zahlreiche offene Fragen geklärt werden. Nicht



Thomas Bublitz ist Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK).

nur die Frage aus welchen Mitteln die Finanzierung sichergestellt werden soll, sondern auch die Organisation der sach- und leistungsgerechten Kalkulation und Zuteilung an die Krankenhäuser sind zu erörtern. In engem Zusammenhang mit der Entscheidung über die zukünftige Form der Krankenhausfinanzierung steht die Frage der Ausgestaltung der Krankenhausbedarfsplanung. Heute schon hat sich die mitunter äußerst detaillierte Krankenhausplanung der Länder überlebt. Ausdifferenzierte Vorgaben bis hin zu einzelnen Subspezialisierungen und Schwerpunkten lassen sich mit den Zielen des DRG-Systems, der zunehmend sektorenübergreifenden Leistungserbringung und einer wettbewerblichen Grundordnung kaum vereinbaren. Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung ist auch ohne stringente Vorgaben nicht gefährdet. Gerade bei den jüngsten Privatisierungen wird deutlich, dass private Anbieter bereit sind, die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung in allen Regionen, in allen Fachbereichen und in allen Versorgungsstufen bis hin zur Maximal- und Universitätsversorgung zu überneh-

men. Durch innovative Konzepte wie z. B. Teleportalkliniken im Klinikverbund bieten Private kreative Lösungen für bedarfsgerechte flächendeckende Versorgungsstrukturen auch in ländlichen Gebieten. Besonders in den Flächenstaaten, in denen die fachärztliche Versorgung zunehmend schwächer wird, zeigt sich die Notwendigkeit, Krankenhäuser stärker zur Erbringung ambulanter Leistungen zuzulassen und die Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung aufzubrechen. Das deutsche Gesundheitswesen muss sich stärker auf die sektorenübergreifenden Behandlungsketten konzentrieren und nicht wie bisher den Fokus auf die Abgrenzung des Leistungsgeschehens in den einzelnen Versorgungsbereichen legen. Für den Patienten kommt es ohnehin nur auf eine nahtlose, effiziente und qualitätsgesicherte Behandlung seiner Erkrankung an. An diesen Herausforderungen müssen sich alle Player im Gesundheitswesen messen lassen. Die Gesetzgebung muss die Organisation und den Zwang zur Schaffung vernetzter Versorgungskonzepte durch entsprechend ausgestaltete Vergütungsstrukturen viel stärker in den Vordergrund rücken. Die Zukunft liegt in der Vernetzung und Kooperation vor allem zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Nutzen wir gemeinsam die sich bietenden Chancen.

Thomas Bublitz

Persönlicher Brief der BDI-Präsidenten an MdBs (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Schreiben, das nicht bei jedem richtig ankam

Die ärztlichen Argumente vermag der Vorsitzende des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestags, Otto Fricke (FDP), gut nachzuvollziehen, da seine Frau selbst Internistin ist. „Aus eigener Anschauung weiß ich gut, zu welchen unerträglichen Folgen das sogenannte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führen wird.“ Die Benennung hält er für einen „offenbaren Zynismus“. Mechthild Dyckmans, justizpolitische Sprecherin der FDP-Fraktion, findet, „die Bürger zahlen einen sehr hohen Preis, damit Union und SPD in der Gesundheitspolitik ihr Gesicht wahren können“. Die stellvertretende Grünen-Vorsitzende Claudia Roth hält den Reformkompromiss der Großen Koalition für „gründlich misslungen“ und kommt zu dem Fazit: „Diese Reform ist nicht zu gebrauchen.“ Der Liberale Dr. Konrad Schily, Arzt und Gründer der privaten Universität Witten-Herdecke, befürchtet wie der BDI, dass entgegen dem Namen „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ mehr staatliche Leistung und weniger Wettbewerb in das Gesundheitssystem Einzug halten sollen. Er hofft, dass die Ärzte in ihren Praxen ausführlich über die dramatischen Auswirkungen informieren.

● **Kein Problem wird gelöst**

Der gesundheitspolitische Sprecher der Linksfraktion, Frank Spieth, lehnt das Gesetzesvorhaben ebenfalls ab und stellt fest, dass das GKV-WSG keines der Probleme löst, die es lösen sollte, sei es die Frage nach der Finanzierung oder die Frage nach den Strukturen im Gesundheitswesen. „Ich werde gegen den Gesetzentwurf stimmen“, verspricht er, „befürchte jedoch, dass in der Regierungskoalition zu viele Abgeordnete die Anliegen der Koalition über die Anliegen der Bevölkerungsmehrheit stellen werden.“ So sieht das auch die Linke Petra Pau, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags. Deshalb spricht sie ein „energisches Nein“ zu dieser „Möchtegernreform“. Die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Biggi Bender, versichert ausdrücklich, dass sie alles in ihrer Macht Stehende tun werde, um diese „Reform“, die diesen Namen nicht verdient habe, zu verhindern.

● **Bedenken der jungen Union**

Sehr differenziert beurteilen die jungen Mitglieder der Koalitionsfraktion das Gesetzesvorhaben. Philipp Missfelder, Bundesvorsitzender der Jungen

Union, identifiziert sich mit den Bedenken des BDI. Besonders die fehlende Demografiefestigkeit und die damit verbundene Belastung der jungen Generation werden von ihm und anderen jungen Abgeordneten als großes Manko angesehen. Falls es nicht zu grundlegenden Änderungen des Gesetzentwurfs komme, werde er nicht zustimmen, versichert Missfelder. Er weist darauf hin, dass die jungen Abgeordneten eigene Vorschläge für eine bessere Reform auf den Tisch gelegt haben, und hat das entsprechende Eckpunkte-Papier der Jungen Union und der jungen Gruppe dem BDI übersandt. Die SPD-Abgeordnete Petra Merkel, nicht verwandt mit der Kanzlerin, lenkt vom eigentlichen Anliegen ab und verweist auf eine Briefaktion, bei der offenbar Standardmassenbriefe aus dem Umfeld der privaten Krankenkassen an die Abgeordneten versandt worden sind. Sie hat ähnlich reagiert und ihr Schreiben als Kopie jeweils einzeln an BDI-Präsident Wesiack, Vizepräsident von Römer und Vizepräsident Ludwig versandt und damit der Deutschen Post immerhin eine Zusatzeinnahme von 0,90 Cent verschafft. In dem vierseitigen

Schreiben verteidigt sie vor allem die Maßnahmen im Gesetzentwurf, die die PKV betreffen. Von „zerschlagen“ könne nicht die Rede sein, meint sie, denn das spezifische Geschäftsmodell der PKV bleibe erhalten. Ansonsten wiederholt sie die bekannten Argumente von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: Mit dem Gesetz werde unser Gesundheitssystem zukunftsfest. Das liefere die Grundlage dafür, auch weiterhin medizinische Versorgung von hoher Qualität für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten. Dass etliche der vorgesehenen Regelungen genau das Gegenteil bewirken werden, scheint ihr entgangen zu sein.

● **Eine Klasse für sich**

Eine Klasse für sich ist die knappe Reaktion des CDU-Abgeordneten Jochen-Konrad Fromme. Er unterstellt erfahrenen Berufspolitikern wie den BDI-Präsidenten, dass sie „das System offensichtlich nicht verstanden haben“, und kommt zu dem überraschenden Schluss, dass durch das Gesetz keineswegs eine Gleichschaltung erfolge, sondern vielmehr der Wettbewerb eingeschaltet werde. Dass Koalitionsraison vor Sachargumenten zählt, lässt der Brief des CDU-Abgeordneten Wolfgang Börnsen erkennen: „Große Koalition bedeutet, dass sich Politik derzeit nicht am politisch Wünschenswerten ausrichten kann, sondern an dem, was im Kon-

sens durchsetzbar ist.“ Die CDU-Parlamentarierin Antje Tillmann hat den Brief der BDI-Präsidenten gleich an die zuständige Arbeitsgruppe im Bundestag weitergeleitet: „Von dort werden Sie dann eine Antwort erhalten.“ Die Rechtsanwältin Ute Granold (CDU) teilt die Befürchtungen des BDI im Hinblick auf die Einführung des Gesundheitsfonds nicht und glaubt gar, dass das Fondsmodell die Position der Versicherten stärken. Sie lässt keinen Zweifel an ihrer Haltung: „Wir werden eine Reform verabschieden, die nicht mit Einschnitten in den Leistungskatalog verbunden ist.“ Sie meint auch, dass mit dem Gesetz der Wettbewerb intensiviert, Eigenverantwortung gestärkt und eine am Bedarf orientierte medizinische Versorgung gefördert werden. Sie geht jedenfalls davon aus, dass es im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens noch zu Änderungen am Gesetzestext kommen wird, die die Akzeptanz bei allen gesellschaftlichen Gruppen verbessern werden. Ziemlich einfach haben es sich die ebenfalls angeschriebenen Ministerpräsidenten der Länder gemacht. Sowohl Jürgen Rüttgers (NRW) als auch Peter Müller (Saarland) bedanken sich für das Schreiben und erklären, dass sie es an das jeweils zuständige Landesministerium weitergeleitet haben. Andere haben gar nicht erst geantwortet.

KBV-Vertreterversammlung (Fortsetzung von Seite 1)

Demonstration der eigenen Ohnmacht

• **Wie auf einer Trauerveranstaltung**
Zahlreiche Teilnehmer der letzten Vertreterversammlung des Jahres 2006, darunter BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, Vizepräsident Dr. Wolf von Römer und BDI-Geschäftsführer RA Helge Rühl, fühlten sich wie auf einer Trauerveranstaltung. Wesiack hatte den Eindruck, dass sich die KBV selbst zu Grabe trägt. Die Körperschaft wickelt sich nach seinem Emp-

dieses Gesetz so kommt, könnte es leider sehr real werden. Und die Gefahr, dass es kommt, ist groß: Koalitionszwänge und Ideologie zählen offensichtlich mehr als begründete Sachargumente.“
Es sei kein Wunder, formulierte er in Berlin, dass sich die Verbände und Sachverständigen bei den Anhörungen zum Gesetz „als Hauptdarsteller einer Farce empfinden“. Nach seinem

cen außerhalb der Körperschaft zu nutzen. Der Hausärzterverband z.B. will die KVen ganz aus dem Vertragsgeschäft nach § 73b SGB V heraus haben.
Für die KVen bedeutet das, dass sie nur noch Restverwaltung machen dürfen, stellte Köhler realistisch fest und konstatierte: „Dafür stehen wir nicht zur Verfügung.“ Geradezu verzweifelt appellierte er an die Adresse des Hausärzterverbands, seine Haltung noch einmal zu überdenken: „Letztlich wollen Sie mit Ihrem Widerstand gegen die Beteiligung der KVen nur eines erreichen: dass ein kompetenter Wettbewerber außen vor bleibt.“

• **Weißer Kittel bekommen Flecken**
An den Tagen danach liefen Protestaktionen im ganzen Land an. Doch die ärztlichen Proteste gegen das GKV-WSG scheinen allmählich ins Leere zu laufen. Die Politik nimmt sie entweder gar nicht erst zur Kenntnis oder, siehe Ulla Schmidt, beschimpft die Ärzteschaft wider besseres Wissen, Patienten „in Geiselhaft“ zu nehmen. Dabei wird die am 4. Dezember beispielhaft vorgestellte Mangelversorgung mit ihrem Gesetzentwurf morgen wahrscheinlich Alltag, falls nicht noch ein Wunder geschieht.
Die KBV als „Mutterhaus“ der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich angesichts der Erfolglosigkeit seriöser Argumente und Proteste auf Mätzchen verlegt: Sie packt Traubenzucker in Blechdöschen mit dem Aufdruck „Geiz macht krank“, schickt Komödianten durchs Land, lässt Abertausende bunter Anti-Postkarten drucken und hängt ein Tuch in der Größe von drei Fußballstadien mit der Aufschrift „Geiz macht krank“ in die Einflugschneise des Frankfurter Flug-

hafens – alles bezahlt von den Beiträgen der Zwangsglieder und ohne irgendwie messbare Wirkung. Enormen Schaden in der Öffentlichkeit hat die Ernsthaftigkeit des Aufgehens gegen diese Fehl-Reform durch einen Bericht in der BILD-Zeitung erlitten: Nicht echte Ärzte hätten bei der Kittel-Aktion – „die längste Garderobe der Welt“ – vor dem Reichstagsgebäude demonstriert, sondern von der KBV angeheuerte Komparasen. Für 30 Euro die Stunde schleppten die Miet-Demonstranten an langen Stangen die von Ärzten gespendeten weißen Kittel auf ihren Schultern, die den Exodus der deutschen Mediziner symbolisieren sollten. Wenigstens die Kittel waren echt. Kollegen in Afrika werden sich über die Spende freuen.
Mit einer Presseerklärung versuchte Köhler, den Schaden zu begrenzen. „Bericht ist von hinten bis vorne falsch“ ließ er per E-Mail „kommunizieren“. Die PR-Fachsprache hat Einzug in die KBV gehalten. Wurde bis vor kurzem noch erklärt, gesagt, mitgeteilt, heißt es heute pseudo-modern „kommuniziert“. Zum Beispiel Originalton Köhler: „Rund 170 Personen haben die 400 Meter lange Garderobe aufgebaut und auf ihren Schultern getragen. Diese Mitarbeiter wurden von einem externen Dienstleister zum

Aufbau der Garderobe engagiert. Auch dies haben wir genau immer so kommuniziert.“ Das ist nicht nur sprachlich daneben gegangen. Nach BILD haben nahezu alle Medien sich über die angebliche Ärzte-Demonstration lustig gemacht.

• **Gute Reise, KBV!**

Eine Woche vor der Vertreterversammlung hatte die KBV eine „leere“ KBV-Consult als Dienstleistungsfirma gegründet. Sie soll künftig die Vertragsgeschäfte übernehmen, die der Körperschaft des öffentlichen Rechts verwehrt sind. Jetzt muss der Rahmen noch mit Inhalt gefüllt werden. Auch sieht Köhler sich gezwungen, nach neuen Geschäftsfeldern Ausschau zu halten. „Die alte Welt des ausschließlichen Kollektivvertrags ist ein für alle Mal vorbei.“ Wohin die Reise geht, ist jedoch noch nicht klar. Nur so viel: „Wir haben uns auf den Weg gemacht, weg von der besitzstandwährenden Körperschaft hin zu einer effizienten Managementorganisation.“ Da kann man nur gute Reise wünschen.

KS



Bild: Reinhold Schilt

Weiß der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler noch, was er will? Sein Lagebericht vermittelte lediglich Hilflosigkeit, Ideenarmut und Resignation.

finden selber ab; der Vorsitzende Köhler hat kein Konzept und erst recht keine Visionen, die seine Mitglieder mitreißen könnten. „Aktiver Widerstand sieht anders aus“, lautet Wesiacks Kommentar.
Zu den geplanten Protestaktionen fand in der Vertreterversammlung keine Diskussion statt. Stattdessen verband sie die meiste Zeit mit der Frage, ob eine künftige bundeseinheitliche Notfalldienst-Rufnummer drei oder sechs Stellen haben sollte. Die KV Brandenburg, unterstützt von der KV Bayerns, ist für sechs Stellen: 116 115.
Der KBV-Vorsitzende gab einen Lagebericht ab, der Hilflosigkeit, Ideenarmut und Resignation vermittelte. Leidenschaftlos wiederholte Köhler die bekannten Argumente gegen den Gesetzentwurf zum GKV-WSG, konnte aber nicht wirklich Ansätze bieten, die die Koalition zur Umkehr bewegen könnten. Es klang wenig mitreißend, als er feststellte: „Wenn

Eindruck handelt es sich hier, auch bei den Gesprächen im Bundeskanzleramt, um reine Alibiveranstaltungen.

• **Die KBV fürchtet um ihre Existenz**
Die KBV sieht offenbar die Grundlage für ihre Existenz in Gefahr. Köhler versuchte, das mit einem bildhaften Vergleich deutlich zu machen: „Einige Vertragsärzte werfen der KBV und den KVen vor, sie seien wie Flugzeugträger, viel zu wenig flexibel, veraltet und für die moderne Kriegsführung nicht geeignet. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass Gummiboote mit einer Ein-Mann-Besatzung in dieser stürmischen See keine Chance haben werden.“ Er vergaß zu erwähnen, dass es auch leistungsfähige Schnellboote mit kleiner Besatzung gibt, die durchaus Stürmen gewachsen sind. Immerhin bereiten sich viele Ärzte und Ärztegruppen darauf vor, im Zuge der Liberalisierung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die neuen unternehmerischen Chan-



Bild: Reinhold Schilt

BDI-Präsident Wolfgang Wesiack (hier mit BDI Geschäftsführer Helge Rühl, rechts, und dessen Stellvertreter Tilo Radau, links) hatte den Eindruck, als ob sich die KBV bei der Vertreterversammlung selbst zu Grabe trage: „Aktiver Widerstand sieht anders aus!“

Anmerkungen zum Lobbyismus

Wer im Glashaus sitzt ...

Der Arzneimittelmarkt steht im Verruf, besonders stark durch die sogenannten Lobbyisten beeinflusst zu werden. In der Öffentlichkeit denkt man dabei vor allem an den Einfluss der Arzneimittelhersteller auf Ärzte. Auch der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Politik wird kritisch beäugt – zumal die Politik angeblich nicht genug unternimmt, um das Geschäftsgebaren der Arzneimittelhersteller zu korrigieren.

Es lohnt sich über diese Vorwürfe wertfrei nachzudenken. Lobbyisten sind – nach Brockhaus – eine nützliche Informationsquelle, können aber in Folge der Tendenz zur einseitigen Unterrichtung eine Gefahr für das Interesse der Allgemeinheit sein. Dies bedeutet, dass Informationen durch Lobbyisten nicht grundsätzlich falsch sein müssen. Man muss nur alle Seiten eines Problems beleuchten und daraus seine Schlüsse ziehen – was für einen Politiker selbstverständlich sein sollte.

● **Eine Lobby ist notwendig**

Die Informationen der Lobby sind für die Wahrheitsfindung vermutlich sogar notwendig, vorausgesetzt man

geht mit ihnen angemessen um. Einseitig und damit gefährlich wird der Lobbyismus dann, wenn nicht alle Seiten ihre Argumente vortragen oder vortragen können. Genau dies haben wir aber beim Arzneimittelmarkt: Da gibt es die Verbände der Pharmaindustrie auf der einen und die Kostenträger auf der anderen Seite. Die Arzneimittelhersteller vertreten ihre berechtigten Interessen als Wirtschaftsunternehmen im Sinne eines Gewinnstrebens, was von Wirtschaftspolitikern zur Förderung des Gesundheitsmarktes regelrecht gewünscht wird: Deutschland soll im internationalen Wettbewerb bestehen.

Die Kostenträger, allen voran die gesetzlichen Krankenkassen, wollen die Arzneimittelkosten eindämmen, um mit ihren Beiträgen auszukommen. Auch sie sind wie Lobbyisten unterwegs. Hier lassen sich auch die Autoren des Arzneimittelverordnungsreport (AVR), Prof. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath, einsortieren, die alljährlich mögliche Milliarden-Einsparungen für die Krankenkassen reklamieren. Erinnern wir uns an die Diskussion über die ACE-Hemmer: Als nur teure Original-Präparate zur Verfügung standen, haben die Protagonisten der Krankenkassen die billigen Kalzium-Antagonisten propagiert. Nach dem Umstellen auf Generika waren die ACE-Hemmer plötzlich das

Mittel der Wahl. Hier liegt ein typisches Beispiel für Lobbyismus vor: Medizinische Argumente werden einseitig zugunsten der gewünschten Kostendämpfung eingesetzt.

● **Keiner ist frei von Lobbyismus**

Im Übrigen lässt sich Lobbyismus auch bei vielen Gesundheitsökonomien bei Begutachtungen zu unserem GKV-System beobachten: Im veröffentlichten Fazit kann man leicht den jeweiligen Auftraggeber erkennen. Frei von Lobbyismus ist somit keiner der Akteure im Gesundheitswesen, gleichgültig, ob Leistungserbringer oder Kostenträger. Wer im Glashaus sitzt, sollte deshalb nicht mit Steinen werfen.

HFS

Nachruf

Nach langer schwerer Krankheit verstarb am Donnerstag, dem 7. Dezember 2006, Prof. Dr. med. Josef Stockhausen in Köln. Prof. Stockhausen hat die Nachkriegsentwicklung der deutschen Ärzteschaft entscheidend mitgeprägt.

Vielen Ärztinnen und Ärzten ist Professor Stockhausen als Begründer und ehrenamtlicher Leiter der Fortbildungs- und Kongressabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten bekannt. „Stocki“, wie ihn seine Freunde und guten Bekannten nennen durften, gründete als ehrenamtlicher Leiter von 1975 bis 1992 die alljährlichen internationalen interdisziplinären ärztlichen Fortbildungskongresse des BDI in Pörttschach, Bad Kleinkirchheim, Ischia, Mallorca und Teneriffa, die damals alle 14 Tage dauerten.

Geboren am 1. Februar 1918 in Elspe/Sauerland besuchte er bis 1937 in Dortmund das Gymnasium und arbeitete anschließend als Praktikant beim Autobahnbau in Dortmund mit, da er zunächst Ingenieur werden wollte. Diesen Plan gab er allerdings bald auf und studierte in Gießen Medizin. 1940 wurde er zum Kriegsdienst als Sanitäter einberufen und nahm am Norwegenfeldzug teil. Zur Fortsetzung des Medizinstudiums kehrte er zurück und legte sein ärztliches Staatsexamen 1943 in Freiburg ab. Ein Jahr später promovierte er in Düsseldorf.



Prof. Dr. med. Josef Stockhausen

1944 wurde er wieder als Truppenarzt eines Infanterieregiments einberufen und nach Ostpreußen abkommandiert. Nach einer schweren Verwundung und verschiedenen hohen Auszeichnungen wurde Professor Stockhausen ins Kriegslazarett Ritterhude/Bremen verlegt, wo er als Sanitätsoffizier im Herbst 1945 in Kriegsgefangenschaft geriet.

Stockhausen verlor nicht nur seine Eltern im Krieg, sondern auch seinen Bruder und seinen Schwager. Nach seiner Entlassung aus der Gefangenschaft arbeitete er als Assistenzarzt in der Inneren Abteilung der Medizinischen Krankenanstalten Dortmund, bis er sich 1951 als frei praktizierender Arzt in Dortmund niederließ.

1951 heiratete er Dr. Anneliese Stockhausen. Fünf Kinder begleiteten ihn auf seiner steilen beruflichen Laufbahn.

Früh schon verscrieb sich Professor Stockhausen der Berufspolitik. 1946 war er Mitbegründer des „Ass. Arztvereinigung Westfalen-Lippe“, die sich dem Marburger Bund anschloss. 1946 folgte die Wahl in die Ärztekam-

mer Westfalen, wo er bis 1951 im Vorstand war. Als Jungarzt-Vertreter wurde er 1947 in den ersten provisorischen Vorstand der „Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern“ (AGDwÄK) berufen, nahm als Vorstand der „Westdeutschen Ärztekammern“ auf dem erstmalig nach dem Krieg nach Hannover einberufenen „Deutschen Ärztetag“ 1949 teil und wurde 1951 zum „geschäftsführenden Arzt“ gewählt.

Ab 1955 war Professor Stockhausen Hauptgeschäftsführer der „Bundesärztekammer“ (BÄK), die sich als gesamtärztliche Standesorganisation nach dem Krieg gebildet hatte, und war an deren organisatorischem Aufbau und Ausbau sowie der Leitung ihrer Verwaltung maßgeblich beteiligt. Als Hauptgeschäftsführer der BÄK vertrat er die deutschen Ärzte in zahlreichen Gremien und half bei der Organisation der „Deutschen Ärztetage“ von 1955 bis 1972 entscheidend mit. Er war Mitglied der deutschen Delegationen bei den alljährlichen Generalversammlungen des „Weltärztebundes“/„World Medical Association“, knüpfte zahlreiche Verbindungen in viele Länder und nahm als BÄK-Vertreter an deren wissenschaftlichen Fortbildungskongressen in Davos, Bad Gastein und Grado teil.

Auf Initiative Stockhausens sind zahlreiche, inzwischen bewährte Einrichtungen und Ausschüsse der BÄK entstanden, wie der „Wissenschaftliche Beirat“, der „Senat für ärztliche Fortbildung“ oder die „Arzneimittelkommission der BÄK“. Der Um- und Ausbau des „Deutschen Ärzteblattes“ zu einer alle Aspekte des ärztlichen Daseins umfassenden Ärztezeitung

sowie der Konferenzen zur Weiterentwicklung des Facharztwesens und der Allgemeinmedizin gehörten ebenfalls zu seinen Aufgaben.

Nach Ausscheiden aus der BÄK 1974 als Hauptgeschäftsführer war Professor Stockhausen bis 1992 ehrenamtlicher Leiter der Kongress- und Fortbildungsabteilung des BDI. In dieser Funktion organisierte und leitete er die alljährlichen internationalen interdisziplinären Seminarkongresse in Pörttschach, Bad Kleinkirchheim, Ischia, Mallorca und Teneriffa. Zur gleichen Zeit, war Stockhausen Mitgründer und Vorstandsmitglied der „Medica“.

Bis zu seinem Tod war Professor Stockhausen Honorarprofessor der Universität Marburg und gab von 1970 bis 1983 Vorlesungen zu den Themenkreisen „Vorsorge-Medizin“ und „Ärztliche Rechts- und Standeskunde“. Viele Auszeichnungen begleiteten den beruflichen Werdegang von Prof. Dr. Josef Stockhausen, wie etwa 1968 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, 1978 das große Bundesverdienstkreuz, das Komturkreuz, der italienische Verdienstorden „Kommandatore“, das Große Ehrenzeichen der Republik Österreich, das Goldene Ehrenzeichen des Landes Kärnten, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, das Ehrenzeichen der deutschen Zahnärzte und der deutschen Apotheker, die Ernst-v.-Bergmann-Plakette, die Budelmann-Medaille des BDI e.V. für Verdienste um die Innere Medizin, die Wilhelm-v.-Humboldt-Plakette des Bundesverbandes Freier Berufe und viele andere.

Wann immer es sein Beruf erlaubte, widmete sich Professor Stockhausen

als passionierter und treffsicherer Jäger der Jagd. Sie führte ihn in viele europäische Länder und bis nach Südafrika, was zahlreiche Trophäen im Hause Stockhausen in Köln dokumentieren. Bis zwei Jahre vor seinem Tod reiste er regelmäßig nach Österreich zur Hochgebirgsjagd, wo er nicht nur die Jagd, sondern auch die Schönheit der Berge und Natur genoss. Sein zweites Hobby war der Fußballverein Borussia Dortmund. Selbst bei Reisen ins Ausland, egal ob im hintersten Winkel der Erde oder auf einem Kongress, der Weltsender war immer dabei und jeder, ob Fußballfreund oder nicht, durfte und musste sich die Ergebnisse der Fußballbundesliga am Montagmorgen vor Beginn der Seminarstunde anhören. Für Professor Stockhausen war die Familie sein Lebenszweck und Lebensinhalt. Trotz vieler Ämter und Verpflichtungen fand er immer Zeit, sich die Sorgen und Nöte seiner Kinder anzuhören und wenn nötig, entscheidend einzugreifen. Temperamentvoll und nicht immer diplomatisch, schaffte er sich nicht nur Freunde, aber nichts und niemand konnte ihn von seiner Überzeugung abbringen, den richtigen Weg eingeschlagen zu haben. Wir alle verlieren mit Prof. Dr. Josef Stockhausen einen guten Freund, einen Streiter und Wegbereiter für die Ärzteschaft nach dem Krieg und den Begründer modern orientierter ärztlicher Fortbildung.

ma

Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem Krankenhaus

Kooperation oder Konfrontation

Hört man die Gesundheitspolitiker, so gewinnt man den Eindruck, dass die Kooperation des Vertragsarztes mit dem Krankenhaus ihre ureigene Erfindung ist. Es gibt aber bereits seit Jahrzehnten Kooperationsformen zwischen dem Vertragsarzt und dem Krankenhaus. Und ebenso gibt es seit Jahrzehnten Missverständnisse und Konfrontationen zwischen Niedergelassenen und Kliniken. Doch auf lange Sicht können bei einem Konfrontationskurs alle nur verlieren.

Kooperation zwischen Niedergelassenen und Kliniken gibt es schon lange: Beim Belegarztsystem handelt es sich um gelebte integrierte Versorgung. Es ist schon ein Treppenwitz, dass die gleichen Politiker, die die Integrationsversorgung auf ihre Fahnen geschrieben haben, nicht dafür sorgen, dass das Belegarztsystem überleben kann (siehe BDI aktuell Januar 2007 „Belegärzte vor dem Abgrund“). Unabhängig davon gibt es schon immer Konsiliarverträge von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern, insbesondere, wenn es sich um spezialisierte Fachärzte handelt. Radiologische Abteilungen wurden ausgegliedert, so dass auch eine gemeinsame Gerätenutzung möglich war. Gleiches gilt für Operationssäle, in denen Vertragsärzte ambulant operativ an Krankenhäusern tätig sind. Vieles wurde individuell vertraglich geregelt, ohne dass man im Gesetz die Integrationsversorgung nach § 140d oder das Ambulante Operieren nach § 115b bzw. die Öffnung der Krankenhäuser nach § 116b eingeführt hatte. Aber all dies wurde nie statistisch erfasst.

● **Missverständnisse und Sprachlosigkeit**

Dennoch muss man zugeben, dass die Kooperation zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus schwierig und kompliziert ist. Das beginnt mit einem unterschiedlichen Leistungsrecht und einer anderen Art der Finanzierung und endet mit einer nicht vergleichbaren Organisationsstruktur. Jeder arbeitet in einem anderen Bereich. Die Welt des anderen ist dabei eine Art Black Box. So etwas führt zwangsläufig zu Missverständnissen und einer zunehmenden Sprachlosigkeit. Jeder glaubt, dass der andere noch freie Ressourcen habe, die ihm bei dem Verteilungskampf zustünden. Auch wird – trotz klarer Gesetzesvorgaben – bei einzelnen Entscheidungen dem jeweils anderen böser Wille unterstellt. Ein typisches Problem ist die Diskussion über Ermächtigungsanträge im Zulassungsausschuss. Dessen Entscheidungen stoßen in der Regel bei den Krankenhausärzten auf totales Unverständnis, obwohl die Vorgaben gesetzlich genau geregelt

sind und sich diese Kommissionen an die Gesetze zu halten haben. Besonders kritisch ist, dass jeder die Qualität der Versorgung des anderen bezweifelt und dies auch noch in der Öffentlichkeit verbreitet. Dabei ist es für die Kostenträger besonders interessant, dass jede Versorgungsebene für sich in Anspruch nimmt, die Leistungen preiswerter erbringen zu können als die andere. So können die Leistungserbringer trefflich gegeneinander ausgespielt werden. So lassen sich beide Gruppen im Verteilungskampf für die Kostenträger instrumentalisieren – immerhin eine Gemeinsamkeit

● **Leistungsinhalte driften auseinander**

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Vertragsarzt immer noch in das Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigung eingebettet. Sie verhandelt für ihn nach einem genau definierten Leistungsinhalt via EBM die Verträge aus. Demgegenüber sind die Entscheidungsmöglichkeiten des einzelnen Krankenhauses immer noch größer als die des einzelnen Vertragsarztes, da mit den Krankenkassen direkt ein Einzelvertrag festgelegt werden muss. Dementsprechend hat es der Vertragsarzt mit einem Globalbudget für die gesamte Kassenärztliche Vereinigung zu tun, während das Krankenhaus ein überschaubares Einzelbudget zu verwalten hat. Eine Mengenbegrenzung gibt es ambulant und stationär. Sie wird aber für den Vertragsarzt im Honorarverteilungsvertrag geregelt. Hier ist eine Leistungsplanung unmöglich. Die Mengensteuerung im Krankenhaus geschieht durch die ausgehandelte Budgetvorgabe und ist damit übersichtlicher. Der entscheidende Unterschied besteht im Leistungsinhalt. Der Leistungsinhalt des Vertragsarztes wird durch den EBM bestimmt. Dieser ändert sich kaum. Hier besteht der sogenannte Erlaubnisvorbehalt. Der Vertragsarzt darf bei der Gesetzlichen Krankenversicherung nur das abrechnen, was ausdrücklich erlaubt ist. Demgegenüber kann das Krankenhaus im Rahmen seines Einzelbudgets alle Leistungen erbringen, es sei denn, sie sind vom Bundesausschuss direkt verboten worden. Durch diese unterschiedliche Definition von ambulanter und stationärer Leistung driften die Leistungsinhalte immer weiter auseinander. Dem Zulassungsrecht des Vertragsarztes, das ausgesprochen restriktiv definiert ist und auch so gehandhabt wird, steht ein

recht offener Krankenhausbedarfsplan gegenüber, der von der jeweiligen Landesregierung erstellt wird.

● **Unterschiedliche Kompetenzen**

Dabei werden heute immer mehr Leistungen in der Praxis angeboten, die früher nur stationär erbracht werden konnten – der medizinische Fortschritt mit verbesserten Techniken macht es möglich. Ob ambulant oder stationär behandelt wird, bestimmt allein der Zustand des Patienten und nicht die Versorgungsebene. Auf diesem Geschäftsfeld sind die ambulant tätigen Fachärzte und die Krankenhäuser gemeinsam unterwegs. Die entscheidende Frage lautet deshalb: Kooperation oder Konfrontation? Dabei hat jeder – Vertragsarzt und Krankenhaus – unterschiedliche Kompetenzen (siehe Abbildung). Es gibt nur wenige Punkte, in denen beide gleich kompetent sind: Die Flexibilität in der täglichen Arbeit ist beim Vertragsarzt sicher höher angesiedelt. Aufgrund seiner Erfahrung kann er die ambulante Versorgung auch wesentlich besser organisieren. Demgegenüber ist das Krankenhaus leichter in der Lage, eine Versorgung rund um die Uhr zu gewährleisten. Im Krankenhaus gibt es keine freie Arztwahl, außer für den Privatversicherten. Dieses Recht hat aber der gesetzlich Versicherte in der Praxis des Vertragsarztes. Das Tarifrecht beim Vertragsarzt ist wesentlich flexibler gestaltet als im Krankenhaus. Besonders unterschiedlich ist das Finanzvolumen. Ein Krankenhaus verwaltet wesentlich mehr Finanz-

mittel als in einer Praxis erwirtschaftet werden. Deshalb sind Krankenhäuser für Einzelverträge auch für Krankenkassen interessanter als Vertragsärzte, weil hier mehr Geld bewegt wird. Der Vertragsarzt muss auch zugeben, dass er in der Verwaltungstechnik allein schon durch die Übernahme der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht so gut aufgestellt ist wie das Krankenhaus, das eine wesentlich bessere Kostenanalyse abbilden kann.

Der Vertragsarzt muss auch zugeben, dass er in der Verwaltungstechnik allein schon durch die Übernahme der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht so gut aufgestellt ist wie das Krankenhaus, das eine wesentlich bessere Kostenanalyse abbilden kann.

● **Synergien überwiegen**

Bei genauer Betrachtung sieht man, dass offensichtlich die Synergien überwiegen. Dies ist eine gute Basis für eine Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern, die politischen Chancen dazu sollten deshalb genutzt werden. Beide Partner sollten hinterfragen, wer bei einer Konfrontation die besseren Überlebenschancen hat. Hochrechnungen gehen davon aus, dass 20 bis 30 Prozent der Krankenhäuser im Jahre 2009 und später nicht überleben werden. Eine Kooperation mit ambulanten Strukturen wird ihre Überlebenschancen entscheidend verbessern. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die Krankenhäuser es nicht schaffen, sich selbst ambulante Strukturen unter den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben aufzubauen. Dies ist eine Chance für die Vertragsärzte, da sie für solche Strukturen zurzeit noch benötigt werden. Wir alle aber wissen, dass die Tendenz

der Politik eher in Richtung Öffnung der Krankenhäuser auch für ambulante Leistungen geht, so dass die Gefahr besteht, dass dieser Vorteil im Laufe der Zeit aufgebraucht wird.

● **Vorfahrt für die Kooperation**

Eine Kooperation zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus setzt eine offene Diskussion über das Leistungsgeschehen voraus. Es müssen Win-win-Situationen herausgearbeitet werden. Beide Partner sollten bereit sein, eine Kooperation auf Augenhöhe einzugehen. Dies ist bei vielen derzeitigen Verträgen leider nicht der Fall. Als Kooperationsfelder bietet sich das Belegarztsystem oder ein vergleichbares Konsiliararztsystem an. Das Medizinische Versorgungszentrum ist im Vergleich zur fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zur Kooperation deshalb besonders geeignet, weil man das Krankenhaus in der Gründerebene einbinden kann. Auch Integrationsverträge mit unterschiedlichen Finanzierungsansätzen fordern die gemeinsame Arbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern. Betrachtet man die derzeitigen Strukturen und die Zukunftsperspektiven, so sind Vertragsärzte und Krankenhäuser aufeinander angewiesen, wenn sie in einem zukünftigen GKV-System überleben wollen. Die Antwort auf die Frage „Kooperation oder Konfrontation“ ist deshalb eindeutig: die Kooperation sollte Vorfahrt haben!

Hans-Friedrich Spies

Kompetenzen von Vertragsärzten und Krankenhäusern

Vertragsarzt		Krankenhaus
+	Flexibilität	(+)
+	Organisation ambulanter Versorgung	-
-	Versorgung rund um die Uhr	+
+	freie Arztwahl	-
+	Tarifrecht	-
-	Finanzvolumen	+
-	Verwaltungstechnik	+
+	ärztliche Kooperationsmodelle	(+)

Vertragsärzte und Kliniken haben unterschiedliche Kompetenzen. So ist der Vertragsarzt flexibler und eher in der Lage, die ambulante Versorgung zu organisieren. Krankenhäuser haben hingegen im Bereich Finanzen und Verwaltung die Nase vorn. Außerdem können sie eine Versorgung rund um die Uhr gewährleisten. Vertragsärzte punkten jedoch im Bereich der freien Arztwahl. Eindeutiges Fazit ist daher: Es ergeben sich zahlreiche Synergien, von denen beide Seiten profitieren können.

- Anzeige -

Notfall-Defibrillator
 AED + Monitoring Kombisystem
 statt 4460 € nur 1799 € + MWST.
 Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
 www.herzmedica.de

Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin in der Schweiz

„Ohne Deutsche könnten wir unsere Spitäler schließen!“

Seit auf den Deutschen Ärztetagen in Rostock 2002 und in Köln 2003 der „Facharzt für Innere Medizin“ de facto abgeschafft wurde, geht ein Aufschrei durch die medizinische Fachwelt in Deutschland. Die Verschmelzung der Inneren Medizin mit der Allgemeinmedizin ist für viele keine angemessene Lösung. Umso interessanter wird es für viele angehende Internisten, die Facharztausbildung im Ausland zu absolvieren. Nicht nur aus sprachlichen Gründen ist die Schweiz als Weiterbildungsort besonders attraktiv. BDI aktuell zeigt, wie die Ausbildung dort konzipiert ist und welche Voraussetzungen Weiterbildungswillige erfüllen müssen.

„Jeder Medizinstudent kann sich nach dem Staatsexamen in einem Spital in der Schweiz bewerben“, sagt Professor Dr. Rolf Streuli, Chefarzt der Medizinischen Klinik im SRO Spital im Schweizerischen Langenthal. Fünf Jahre dauert die Ausbildung insgesamt. Alle Kliniken in der Schweiz sind je nach Größe und Bedeutung in A-, B-, C- oder D-Kliniken eingeteilt. Zu den

Onkologie, Nephrologie und Allergologie. Allerdings müsse ein Auszubildender keine festgelegte Zeit mit diesen jeweiligen Subspezialitäten verbringen, sagt Streuli. Es werde aber erwartet, dass er oder sie innerhalb einer Klinik rotiert und so mit allen Fachgebieten in Berührung kommt. Im Gegensatz zu Deutschland ist in der Schweiz nicht vorgeschrieben, wie

viele „Procedures“, etwa Lumbalpunktionen, ein Facharzt vornehmen muss, um den Titel zu erlangen. Verschiedene Untersuchungsmethoden aus dem deutschen Standardprogramm für angehende Internisten gehören in der Schweiz nicht zum Kanon, so etwa die Gastroskopie, die Koloskopie oder die Bronchoskopie.

Zusätzlich zum Facharzt für Innere Medizin machen nach Angaben Streulis viele noch eine zusätzliche Ausbildung in einer der Subspezialitäten. Dann kämen je nach Fachgebiet noch zwei bis drei weitere Jahre dazu. Es sei aber auch möglich, etwa nur den Facharzt für Kardiologie ohne den

Facharzt für Innere Medizin zu erwerben. Dann verkürze sich die Ausbildung entsprechend. In der Praxis komme dies jedoch nicht häufig vor. „Die meisten können praktisch nicht überleben, wenn sie nicht den Facharzt für Innere Medizin haben“, sagt der Schweizer Chefarzt.

Medizin zu erwerben. Dann verkürze sich die Ausbildung entsprechend. In der Praxis komme dies jedoch nicht häufig vor. „Die meisten können praktisch nicht überleben, wenn sie nicht den Facharzt für Innere Medizin haben“, sagt der Schweizer Chefarzt.

• 30% Durchfallquote

Außer den vorgeschriebenen Jahren gibt es kaum Voraussetzungen für den Erwerb des Facharztstitels für Innere Medizin. Die Schweizer Staatsbürgerschaft beispielsweise ist nicht erforderlich. Im Rahmen der Ausbildung stehen eine schriftliche und eine mündliche Prüfung auf dem Programm. Den Prüfungszeitpunkt kann der oder die Ausbildungswillige selbst bestimmen. Laut Streuli melden sich viele bereits vor Abschluss der Ausbildung zur Prüfung an. Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin

(SGIM) empfiehlt aber, frühestens nach einer dreijährigen klinischen Ausbildung in Innerer Medizin ins Examen zu gehen. Auch der Langenthaler Chefarzt legt nahe, die Prüfungen durchaus ernst zu nehmen: „Bei der schriftlichen Prüfung fallen etwa 30 Prozent durch, bei der mündlichen um die 10 Prozent“. Je nach Muttersprache des Prüflings werde das Examen in der gesamten Schweiz zentral an einem Tag auf Deutsch oder Französisch abgelegt. Einige Fachgesellschaften führen die Prüfungen auch auf Englisch durch, weiß Streuli. Wer durchfällt, kann beliebig oft wiederholen, allerdings ist dies eine teure Angelegenheit, denn pro Prüfung verlangt die SGIM 700 Franken.

• Bessere Supervision und flachere Hierarchien

Die deutsche Medizinerin Doreen Brodmann hat ihren Facharzt für Innere Medizin in der Schweiz soeben abgeschlossen. Sie arbeitet am Kantonsspital in Luzern. Eine Assistenzarztstelle in der Schweiz zu finden, war für sie nicht schwer: „Ein Bekannter hat mir die Stellenausschreibungen gefaxt, und mit einer von zwei Bewerbungen hat es gleich geklappt. Allerdings musste ich dann auch innerhalb von drei Wochen anfangen“, berichtet sie. Der Facharztstitel sei in der Schweiz oft schneller zu erwerben als in Deutschland.

Die Internistin schätzt an der Schweiz die bessere Supervision und die flacheren Hierarchien: „Der Oberarzt kommt jeden Tag vorbei. Ich habe den Eindruck, den Oberärzten, Fachärzten und Leitenden Ärzten ist hier viel mehr daran gelegen, gut auszubilden“. Auch die Arbeitsbedingungen hält sie für besser. In der Schweiz darf jeder Arzt höchstens 50 Stunden pro Woche arbeiten, was in Luzern gleichzeitig der Sollarbeitszeit entspricht. Doch im Gegensatz zu Deutschland gibt es keine 24-Stunden-Dienste: „Hier arbeitet man maximal zwölf Stunden am Tag und sechs Tage pro Woche. Das liegt mir mehr als die 24-Stunden-Dienste“. Das Verhältnis unter den Kollegen empfindet Doreen Brodmann als sehr angenehm: „Hier redet man mehr miteinander. Viele Entscheidungen werden untereinander besprochen. In Deutschland arbeitet man dagegen eher als Einzelkämpfer“. Ein Team, bestehend aus Assistenzarzt, Oberarzt, Spezialist und oft auch aus einem Studenten gehe die Fälle gemeinsam durch.



Bild: MEV

(etwa einer arteriellen Blutgasanalyse oder einer Lumbalpunktion).

• **Keine Verständigungsschwierigkeiten**
Hatte die Wahlschweizerin Probleme mit dem Dialekt? „Man hört sich schnell

rein“, erklärt Doreen Brodmann, „und wenn die Schweizer einem gegenüberstehen, bemühen sie sich meistens“. Schwieriger werde es nur, wenn sie sich untereinander unterhielten. Anfangs habe sie auch am Telefon Probleme gehabt. Die meisten Schweizer verstünden auch Hochdeutsch, nur bei älteren Menschen in kleineren Dörfern gebe es manchmal Verständigungsschwierigkeiten, etwa bei der Anamnese. Durch die gute Teamarbeit helfe der Chefarzt oder der Oberarzt jedoch meist gerne aus. Auch mit Patienten aus den französisch- oder italienischsprachigen Teilen der Schweiz gebe es wenig Probleme, selbst wenn man die Sprache nicht spreche. „In den meisten Spitälern gibt es eine Liste, wenn man in solchen Fällen anrufen kann“. Professor Streuli stimmt der Einschätzung seiner deutschen Kollegin zu: „Das Wallis ist natürlich immer der große Schrecken“, lacht der Schweizer Chefarzt, „doch die meisten sagen, dass sie nach drei Monaten fast alles verstehen“.

• Gute Stellenchancen

Die Stellenchancen in der Schweiz hält Brodmann nach wie vor für gut. Vor allem in den ländlichen Gebieten sei es recht leicht, eine Assistenzarztstelle zu finden. „Viele Schweizer möchten selbst nicht dorthin. Außerdem werden auch durch die vorgeschriebene Rotation während der Ausbildung immer wieder Stellen frei.“ Wer einmal in der Schweiz eine Stelle bekommen habe, brauche sich meist keine Sorgen mehr über den Fortgang der Ausbildung zu machen, denn viele Stellen würden über persönliche Empfehlungen und Referenzen weitergegeben. Allerdings sei es auch üblich, vor der Neueinstellung eines Bewerbers dessen früheren Chef anzurufen und über die bisherige Arbeit zu befragen.

Die Facharztprüfungen seien mit einer gründlichen Vorbereitung gut zu bestehen, so Brodmann. Für das schriftliche Examen empfiehlt sie potenziellen Bewerbern allerdings, sich darauf einzustellen, dass die Literatur meist nur auf Englisch vorliege, da die meisten Fragen aus dem amerikanischen Sprachraum stammten, etwa aus den Medical Knowledge Self Assessment Programs (MKSAP) des American College of Physicians. Etwa 120 Multiple-Choice-Fragen muss der Prüfling beantworten. In der mündlichen Prüfung sei ein „großer“ Fall zu lösen: Hier steht eine 45-minütige Untersuchung eines Patienten mit Fallvorstellung, Diagnose, Differenzialdiagnose, Befunden und Beurteilen der durchgeführten Untersuchungen, Therapieempfehlung und Prognose auf dem Programm. Drei weitere „kleine“ Fälle behandelten Teilaspekte entweder anhand eines Patienten, eines Röntgenbefundes, eines Fallbeispiels, eines EKGs oder eines Laborbefunds (beispielsweise Urinstatus oder Blutbild) beziehungsweise einer Fertigkeit

rein“, erklärt Doreen Brodmann, „und wenn die Schweizer einem gegenüberstehen, bemühen sie sich meistens“. Schwieriger werde es nur, wenn sie sich untereinander unterhielten. Anfangs habe sie auch am Telefon Probleme gehabt. Die meisten Schweizer verstünden auch Hochdeutsch, nur bei älteren Menschen in kleineren Dörfern gebe es manchmal Verständigungsschwierigkeiten, etwa bei der Anamnese. Durch die gute Teamarbeit helfe der Chefarzt oder der Oberarzt jedoch meist gerne aus. Auch mit Patienten aus den französisch- oder italienischsprachigen Teilen der Schweiz gebe es wenig Probleme, selbst wenn man die Sprache nicht spreche. „In den meisten Spitälern gibt es eine Liste, wenn man in solchen Fällen anrufen kann“. Professor Streuli stimmt der Einschätzung seiner deutschen Kollegin zu: „Das Wallis ist natürlich immer der große Schrecken“, lacht der Schweizer Chefarzt, „doch die meisten sagen, dass sie nach drei Monaten fast alles verstehen“.

• Exzellente Niederlassungsmöglichkeiten

Die Niederlassungsmöglichkeiten in der Schweiz sind nach Meinung von Professor Streuli exzellent, auch hier vor allem im ländlichen Raum. Viele Praxen seien verwaist, daher gebe es zunehmend Deutsche, die sich dort niederließen. Insgesamt sei es für einen Deutschen nicht schwerer als für einen Schweizer, eine Praxis zu eröffnen. Der Arzt müsse allerdings ein Leumundszeugnis, ein polizeiliches Führungszeugnis, vorlegen. Es sei auch nicht obligatorisch, die Facharztausbildung in der Schweiz gemacht zu haben. Der deutsche Facharzt werde ohne Probleme anerkannt, wenn derselbe Titel in der Schweiz existiere. Eine Spitalkarriere sei ebenso leicht möglich, denn es gebe genügend Oberarztstellen. Für eine Stelle als Leitender Arzt an einer Universitätsklinik, so Streuli, ist jedoch meist die Habilitation Voraussetzung. Streuli selbst arbeitet sehr gern mit Deutschen zusammen, denn sie seien meist gut ausgebildet. Er lädt interessierte Bewerber ein, in die Schweiz zu kommen: „Ohne die Deutschen könnten wir unsere Spitäler schließen“, meint der Chefarzt.

Stephanie Hügl



Bild: Corel Stock

Zwar gilt in der Schweiz eine 50-Stunden-Woche, doch an den freien Tagen kann man das Land der Eidgenossen kennen lernen – im Winter auf Skiern und im Sommer mit Wanderstiefeln.

A-Kliniken zählen in der deutschsprachigen Schweiz die drei großen Universitätskliniken in den Städten Zürich, Basel und Bern. Mindestens ein Jahr muss der künftige Facharzt in einer solchen A-Klinik verbringen, den Rest kann er sich beliebig in den anderen Kliniken „zusammenstückeln“. Vier Jahre sollte er in Krankenhäusern arbeiten, insgesamt ein Jahr kann er mit anderen Tätigkeiten, etwa in Forschung und Lehre, füllen. Ein halbes Jahr davon sollte er in einer niedergelassenen Praxis arbeiten. Auch die Veröffentlichung eines Artikels in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift ist Teil der Ausbildung.

• Zwölf Subspezialitäten

Die Innere Medizin in der Schweiz umfasst insgesamt zwölf Fachgebiete, sogenannte Subspezialitäten. Dazu zählen etwa Kardiologie, Hämatologie,

Weitere Informationen

- **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte:**
www.fmh.ch
- **Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin:**
www.sgim.ch
- **Zur Facharztprüfung für Innere Medizin in der Schweiz:**
www.sgim.ch/formation/wb_pruefung.las



E. Bucka-Lassen
Das schwere Gespräch
 Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln
 Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005, 19,95 €

Mit dem Patienten im Gespräch

Häufig, wenn ich einem meiner Patienten das Ergebnis unserer diagnostischen Bemühungen mitteilen muss, wird mir bewusst, dass dies zu den vielen praktischen Dingen gehört, von denen man im Studium nicht viel gelernt hat. Das Vermitteln von Diagnosen (die für den Patienten in fast jedem Fall einschneidend, wenn auch nicht immer lebensbedrohlich sind) gehört zu unseren täglichen Aufgaben. Wenn man sich zudem vor Augen hält, dass für den Patienten nicht nur die Diagnose selbst, sondern auch die Art der Überbringung den weiteren Behandlungsverlauf und somit auch den Therapieerfolg beein-

flusst, ist guter Rat teuer. Die Art der Vermittlung macht häufig den Unterschied zwischen Mut und Hoffnungslosigkeit, zwischen Vertrauen und Angst oder Misstrauen. Muss guter Rat immer teuer sein? Im deutschen Ärzteverlag ist im Jahr 2005 für den Preis von 19,95 Euro ein knapp 160 Seiten umfassendes Buch erschienen, welches sich genau diesem Thema widmet. Der dänische Allgemeinarzt Edlef Bucka-Lassen bringt dem Leser in den drei Buchteilen „Grundlagen der Kommunikation“, „Gespräche“ und „schwierige Gespräche“ das Thema in angenehmem, gut lesbaren Stil nahe. Zu Anfang werden Grundlagen der Kommunikation vermittelt. Hier lernt der Leser, wie Informationen von einem Menschen (dem Sender) zu einem anderen Menschen (dem Empfänger) transportiert werden und welchen „Gefahren“ sie auf dem Weg dorthin ausgesetzt sind. Nicht immer erscheint die vermittelte Botschaft für Sender und Empfänger gleich. Warum das so ist? Nachlesen lohnt sich! Im letzten Teil kommt der Autor zum Kern der Sache. Der Leser erfährt, warum das Übermitteln ernster Nachrichten beim Arzt unangenehme Gefühle verursacht und wo bestimmte Reaktionsformen seitens der Patienten ihren Ursprung haben. Der Leser wird angehalten, sich in die Situation des Patienten zu versetzen und bekommt Tipps für die Planung von Lokalität und Timing des Gespräches. Besonders haben mir aber die immer wieder eingestreuten Erfahrungsberichte des Autors gefallen. Denn auch mit sämtlicher Theorie im Hinterkopf fehlen im Gespräch doch immer wieder die richtigen Worte. Das Buch passt mit seiner Größe von ca. 20x15 cm in die meisten Handta-

schen, und ist so auch eine geeignete Lektüre für die Zugfahrt. Markierungen mit Leuchtstift scheinen aufgrund des stabilen Papiers nicht durch. Die Schrift ist gut lesbar. Der Schreibstil lässt trotz der Menge an Theorie ein flüssiges Lesen zu. Die zweifarbige Gestaltung und Comiczeichnungen lockern das Gesamtbild auf und die Stichworte in den Randspalten werden den Querleser freuen. Leider spiegeln die Seiten schräg einfallendes Licht einer Schreibtischlampe und blenden ein wenig. Da sich das Buch aber sicher nicht als Fachbuch zum „Büffeln“ am Schreibtisch versteht spricht nichts dagegen, die Lektüre in einem Sessel am Kamin fortzusetzen. Nicht zuletzt findet man auch noch ein gut sortiertes Sachregister und ein umfangreiches Literaturverzeichnis mit Buch- und Zeitungsartikeln sowie zahlreichen Internetverweisen. Der Preis von knapp 20 Euro kommt dem Fachliteratur gewohnten Mediziner normal vor. Nach Lektüre des Buches (oder meist auch schon vorher) weiss man aber, dass die Kunst des Überbringens schlechter Nachrichten unbezahlbar ist.

Fazit: „Das schwere Gespräch“ wird aufgrund der enthaltenen Botschaft immer schwer sein. Nach Lektüre dieses Buches sieht man aber sehr wahrscheinlich zurückliegende Situationen mit anderen Augen und fühlt sich für zukünftige Gespräche besser vorbereitet.



Doreen Brodmann
 Doreen Brodmann hat die Schweizer Facharzt-Ausbildung Innere Medizin abgeschlossen und arbeitet als Stationsärztin im Kantonsspital Luzern



Innere Medizin essentials
 Intensivkurs zur Weiterbildung
 Hrsg. von Hendrik Lehnert und Karl Werdan
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2006 99,95 €

Für Prüfung und Klinik

Das vorliegende Buch ist aus den Erfahrungen der Autoren entstanden, die sie als Referenten bei zahlreichen internistischen Intensivkursen zur

Vorbereitung auf die Facharztprüfung sammeln konnten. So eignet es sich für Assistenzärzte, die sich auf die Facharztprüfung vorbereiten. Doch auch die von den Autoren abgehaltenen Refresherkurse zur Fortbildung internistischer Fachärzte haben Einfluss auf das Werk genommen. So ist es für erfahrene Internisten, die kurz und bündig etwas nachschlagen möchten, ebenfalls eine sinnvolle Anschaffung. Auf knapp 1000 Seiten wird das gesamte Spektrum der Inneren Medizin klar und übersichtlich aufgearbeitet. Der Inhalt unterteilt sich in mehrere große Themenkapitel, angefangen von der Endokrinologie über die Gastroenterologie/Hepatology bis hin zur Hämatologie/Onkologie. Neben den gängigen Themenkomplexen gibt es einen zusätzlichen Abschnitt, in dem auf spezielle Aspekte der Intensivmedizin und auf akute Vergiftungen eingegangen wird. Kurz und knapp werden übersichtlich gegliedert jeweils die Grundlagen, Ätiologien, pathophysiologische Aspekte, klinische Symptome, Diagnostikstandards, Differenzialdiagnosen und Therapieoptionen der verschiedenen Krankheitsbilder dargestellt. Die ein-

zelnen Kapitel sind in ihrem Umfang begrenzt, gut strukturiert und flüssig zu lesen. Besonders positiv hervorzuheben sind die farblich abgehobenen Therapieabschnitte sowie eine Vielzahl an anschaulichen Tabellen und Schaubildern. Natürlich sind auch in diesem umfassenden Buch kleinere Schwächen zu finden. So sind Abschnitte teils sehr kurz gefasst und Therapieangaben scheinen manchmal etwas oberflächlich. Dies wird von den Autoren damit begründet, dass man ein gewisses Grundwissen voraussetzen können sollte.

Fazit: Insgesamt kann der „Intensivkurs Innere Medizin“ jedem Arzt in der Vorbereitung auf die Facharztprüfung empfohlen werden. Es ist aber auch als schnelles Nachschlagewerk im klinischen Alltag eine zusätzlich Bereicherung.

Sven Bedau



Sven Bedau ist in der Medizinischen Klinik II (Schwerpunkt Gastroenterologie) im Klinikum Wetzlar Braunfels tätig und wird demnächst seine Facharztprüfung ablegen.



Sascha Weilemann, Joachim Lorenz, Thomas Voigtländer
Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
 Springer Verlag, Heidelberg, 2006 59,95 €

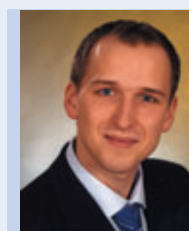
Praktische und übersichtliche Hilfe

Auf 392 Seiten mit 108 Tabellen und 65 Abbildungen präsentieren die Autoren den aktuellen Stand der internistischen Intensivmedizin. Das Buch schließt eine Lücke im deutschsprachigen Markt, in dem für diesen Themenschwerpunkt nur wenig fachspezifische Literatur existiert. Es ist in drei Abschnitte gegliedert wobei sich die beiden ersten Teile mit allgemeinen Methoden der Intensivtherapie wie Monitoring und Diagnostik sowie den Bereichen Ernährung, Beatmung, Pharmakotherapie, etc. beschäftigen. Der letzte und größte Buchabschnitt behandelt die wichtigsten Krankheitsbilder. Die Kapitel sind einheitlich gegliedert. Es finden jeweils Epidemiologie, Definition, Diagnostik, Therapie und Prognose Beachtung. Wichtige Aussagen sind im Text farbig unterlegt. Die einzelnen Erkrankungen und Problemlö-

sungen sind dank einer übersichtlichen Ordnung schnell zu finden. Aktuelle Therapiestandards und Behandlungsleitlinien der wesentlichen Krankheitsbilder sowie die neuen Richtlinien zur Reanimation des „European Resuscitation Council“ von Ende 2005 sind integriert. Besonders erfreulich ist die leicht verständliche, praxisnahe Darstellung mit zahlreichen Tipps aus der klinischen Erfahrung der Autoren. Farbig unterlegte Anleitungen zeigen schrittweise das konkrete Vorgehen in bestimmten Situationen (z.B. Durchführung der nichtinvasiven Beatmung, Beatmung bei Obstruktion). Dosierungsanweisungen für Medikamente sind regelmäßig angegeben, der Leser findet Hilfestellungen zur Interpretation von Laborbefunden und zur Wertigkeit bestimmter Therapiemodalitäten. Lediglich an wenigen Stellen sind die Praxisempfehlungen knapp gehalten, z.B. bei der Therapie des kardiogenen Schocks. So fehlen beispielsweise Informationen zum erweiterten Monitoring mit dem PiCCO-System. Weiterhin wäre für eine kommende Auflage die bessere Integration evidenzbasierter Medizin mit der Angabe von Evidenzgraden wünschenswert.

Fazit: Das Buch ist ein umfassender Leitfaden und eine sehr gute Praxisanleitung zum Erwerb intensivmedizinischer Kenntnisse, weniger ein ausführliches Nachschlagewerk. Es ist primär mehr für die klinische als für die präklinische Therapie geschrieben und hilfreich für alle Ärzte auf konservativen und operativen Intensivstationen.

Dr. med. Michael Metzke



Dr. Michael Metzke ist in der Einheit für Multidisziplinäre Intensivmedizin am Uniklinikum Leipzig tätig.



Werden Sie Rezensent!

Möchten Sie in einer der nächsten Ausgaben von BDI aktuell für uns Bücher besprechen? Wir suchen neue Rezensenten für medizinische Fachbücher! Wenn Sie Interesse haben, melden Sie sich bitte (mit Angabe von Ausbildung, Tätigkeitsgebiet und Interessen) unter BDI-aktuell@thieme.de



Sonographie in der Gastroenterologie – Teil 2

Aktueller Stand der Sonographie von Leber und Milz

In der letzten Ausgabe von BDI aktuell haben PD Dr. Dieter Nürnberg, Dr. André Ignee und Prof. Dr. Christoph F. Dietrich bereits über die Bedeutung der Sonographie bei diffusen Lebererkrankungen berichtet. Der zweite Teil des Artikels (der erstmals in der „Zeitschrift für Gastroenterologie“ unter dem Titel „Aktueller Stand der Sonographie in der Gastroenterologie – Leber und Milz“ erschienen ist) widmet sich nun benignen und malignen umschriebenen Lebererkrankungen. Hier ist die Sonographie die bildgebende Methode erster Wahl: Die sonographische Charakterisierung von Leberläsionen ist bei typischen Befunden ausreichend. Durch Ultraschallkontrastmittel ist die Differenzierungsrate noch höher. Dies kann den unkritischen Einsatz weiterer radiologischer Bildgebung wie Computertomographie oder Magnetresonanztomographie vermeiden. Bei Zweifeln an der Dignität bleibt die histologische Sicherung allerdings unabdingbar. Die Beurteilung der Milz und der versorgenden Gefäße erfolgt regelhaft bei diffusen Leberparenchymschäden unter der Frage einer portalen Hypertension. Fokale Milzläsionen sind insbesondere im Zusammenhang mit Lymphomkrankungen (Lymphominfiltrate) und anderen Knochenmarkserkrankungen zu beobachten. Durch die Anwendung der Kontrastmittelsonographie werden auch die Vaskularisationsstörungen (Infarkte) sichtbar und traumatische Läsionen sind besser diagnostizierbar.

Benigne umschriebene Leberveränderungen

• Zystische Veränderungen

Zysten gehören mit einer Prävalenz von 3–5 % zu den häufigen umschriebenen Veränderungen der Leber. Sie sind charakterisiert durch typische Kriterien: rund, echofrei, glatt begrenzt, Randschatten und distale Schallverstärkung sowie ein betontes Ein- und Austrittscho. Atypische

Zysten weichen in einem Merkmal oder mehreren Charakteristika ab. Beim Vorliegen der typischen Zystenkriterien sind anderweitige Folgeuntersuchungen nicht notwendig. Kleine Zysten werden nicht selten computertomographisch fehlgedeutet, lassen sich aber B-Bild-sonographisch sicher erkennen. Die Farbduplex-Sonographie erlaubt den Ausschluss von Gefäßanomalien [42]. Zysten ab einer Größe von 5–10 cm

können Beschwerden durch Druck hervorrufen. Komplikationen sind Einblutung und Infektion. Eine ultraschallgezielte Punktion mit Katheter-einlage (5 F) ist die Therapie der Wahl. Die Verödung erfolgt mit Alkohol (96 %), wobei ein Viertel des geschätzten Zystenvolumens injiziert wird. Der Echinococcus cysticus kommt in Deutschland selten vor, lediglich in Süddeutschland wird endemisches

Die Literatur zum Artikel finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell.

Auftreten registriert. Bei Einwanderern und Reisenden wird das Krankheitsbild allerdings häufiger beobachtet und imponiert zunächst als atypische Zyste, zeigt dabei eine betonte Berandung, Lamellierung und Septenbildung. Es findet sich eine typische stadienhafte Entwicklung mit Wandunregelmäßigkeiten, Bildung von Tochterzysten mit Doppelkontur der Wand („Zysten-in-der-Zyste“) und Waben- oder Radspeichenstrukturen. Die WHO-IWGE Classification of Ultrasound Images of Cystic Echinococcosis Cysts teilt ein in die aktiven Stadien CE 1 und 2 sowie die inaktiven Stadien CE 4 und 5 mit dem Bild eines soliden Tumors mit Verkalkungen und eng aufeinanderliegenden Zystenanteilen, die wie ein Wollknäuel imponieren können. In der Therapie hat sich besonders in den Entwicklungsländern mit der PAIR (Perkutane Alkohol-Injektion und Re-Aspiration) ein leicht durchführbares und effizientes interventionelles Verfahren durchgesetzt. Der Erfolg liegt bei 95 %, die Kombination mit einer oralen Chemotherapie ist obligat. Vor interventionellen Eingriffen sollte eine ERC(P) zum Ausschluss einer biliären Infiltration erfolgen, da diese eine Kontraindikation lokal ablativer Verfahren darstellt. Differenzialdiagnostisch müssen umschriebene Gallengangserweiterungen mit

oder ohne Verkalkungen [43], das biliäre Zystadenom und seltene Krankheitsbilder bei immunsupprimierten Patienten erwogen werden. Verkalkungen können isoliert und bei allen Formen von Lebererkrankungen vorkommen und sind meistens unspezifisch [44].

• Hämangiom

Das typische Hämangiom (70–80 %) ist kleiner als 3 cm, rundlich-oval oder lobuliert, glatt begrenzt, homogen, stärker echogen als das umgebende (normale) Lebergewebe und zeigt farbduplexsonographisch ein oder mehrere zu- und abführende Gefäße im Randbereich (korrespondierend zu der hämangiomentypischen peripher-nodulären Kontrastmittelanreicherung). In den Hämangiomen selbst sind ohne Einsatz von Kontrastverstärker meist keine Gefäße darzustellen. Bei insbesondere kleinen Hämangiomen werden arterioportale Shunts mit hohem Flussvolumen beobachtet („Shunt-Hämangiom“, 10–15 %), die auch farbdopplersonographisch gefäßreich dargestellt werden können [45]. Bei asymptomatischen (gesunden) Patienten und typischem B-Bild-sonographischem und farbduplexsonographischem Befund sind keine weiteren Untersuchungen notwendig. Sonographische Kontrolluntersuchungen nach 3, 6 und 12 Monaten wurden bei unklaren Befunden und leerer Anamnese empfohlen. Atypische (kavernöse) Hämangiome (20 %) sind häufig größer, lobuliert, scharf begrenzt und variabel echogen. Als weitere typische Merkmale dieser größeren Hämangiome finden sich umschriebene Thrombosen und Verkalkungen. Als hilfreich haben sich kontrastverstärkte bildgebende Verfahren erwiesen (Ultraschall, Computertomographie, Magnetresonanztomographie) [45]. Typisch ist der Nachweis zuführender Gefäße im Sinne eines peripher nodulären Kontrastmittelenhancements mit konsekutivem „Zulaufen“ und „Irisblendenphänomen“. Hämangiome, die innerhalb von Sekunden „zulaufen“, werden als Shunt-Hämangiome bezeichnet und in der Differenzialdiagnose hypervaskularisierter Lebertumoren häufiger als fokale noduläre Hyperplasien und manchmal auch als Adenome fehl-diagnostiziert, insbesondere bei einer Größe unter 30 mm.

• Fokal noduläre Hyperplasie (FNH) und hepatozelluläres Adenom (HZA)

Die fokale noduläre Hyperplasie (FNH) ist eine mutmaßlich von Gefäßmissbildungen ausgehende lokale Reaktionsform aller Leberbestandteile (Arterien, Sinusoide sowie atypische [portal-]venöse Gefäße und Gallengänge). Typisch sind die Isoechogenität zum normalen umgebenden Lebergewebe und die farbduplexsonographische Darstellung der zuführenden zentralen bzw. parazentral (exzentrisch) gelegenen Arterie mit einer davon ausgehenden intraläsio-

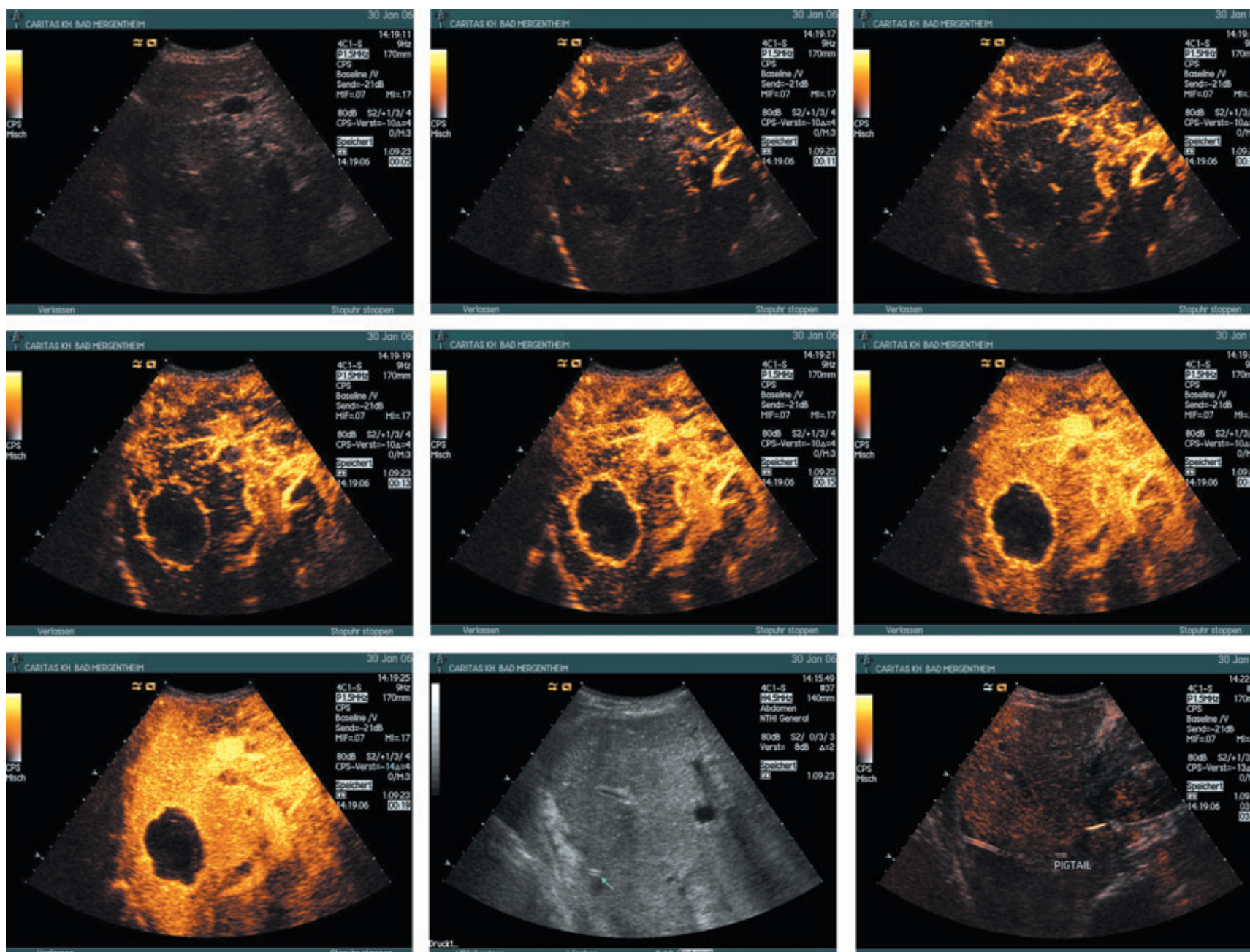


Abb. 1 Darstellung von Leberabszessen. Bei der sicheren Abgrenzung des Abszessareals hat sich die kontrastverstärkte Sonographie als hilfreich erwiesen (a–g). Der Pigtail-Katheter ist ebenfalls dargestellt (h, i).

nalen Gefäßarchitektur. Ein korrespondierender Narbenstrang mit regressiven Veränderungen (Verkalkungen) findet sich bei zirka 50–70 %. Zur Diagnosesicherung sind die Farbduplex-Sonographie und eine kontrastmittelunterstützte Untersuchungstechnik bei typischem Befund ausreichend. Differenzialdiagnostisch muss das Adenom (das keine Pfortaderäste enthält) und das nicht so seltene Hämangiom mit arteriportovenösen Shunts abgegrenzt werden. Im Zweifel sollte die sonographisch gezielte Punktion mit histologischer Verifizierung erfolgen, auch zur Erkennung einer dem hepatozellulären Adenom häufig zugrunde liegenden Speicherkrankheit, z. B. bei Glykogenosen [46, 47]. Das epitheliale Adenom ist seltener als die FNH. Sektionen zeigen eine Prävalenz von weniger als 0,5 % der Fälle. Das typische (kleine) hepatozelluläre Adenom < 5 cm ist isoechogen und enthält keine Gallengänge und Pfortaderäste. Es kann in der portalvenösen und sinusoidalen Phase nach Applikation eines Echosignalverstärkers von der FNH abgegrenzt werden [48]. In Abhängigkeit von der Größe zeigt das Adenom regressiv Veränderungen beispielsweise als Folge von Einblutungen. Große oberflächlich gelegene Adenome sind gefürchtet und stellen eine OP-Indikation dar, da sie peritoneal einbluten und letal enden können.

● Abszess und Hämatom

Der sekundär biliär, portalvenös oder selten auch ischämisch entstandene Leberabszess imponiert im B-Bild sehr variabel und zeigt einen typischen Wandel seiner Morphologie. Initial isoechogen zum umgebenden Lebergewebe sind verwirrende schwächer echogene und echoreiche Bilder auch mit Gaseinschlüssen möglich. Phlegmonöse Frühstadien sind unscharf begrenzt und führen zu diagnostischen Schwierigkeiten. Die sekundär entzündlichen Umgebungsreaktionen können so ausgeprägt sein, dass sie histologisch als pseudotumoröse Veränderungen erscheinen. Die kontrastverstärkte Sonographie erlaubt die sichere Abgrenzung des Abszesses durch Ausschluss einer Durchblutung und Darstellung eines variabel ausgeprägten hyperperfundierten Randsaums (Abb. 1). Die Punktion des Amöbenabszesses ergibt eine geruchlose sardellenpastenähnliche Flüssigkeit. Candidaabszesse imponieren durch kleine, disseminierte, schwächer echogene Zonen < 1 cm, ähnlich wie sie in der Milz gefunden werden können. Die Indikation zur Drainage erfolgt in Abhängigkeit von der Genese, der Größe und Anzahl der Abszesse, Prädisposition des Patienten und alternativen medikamentösen Möglichkeiten [49]. Kleinere und mittelgroße Abszesse < 5–7 cm können einmalig oder mehrfach punktiert oder mehrtägig drainiert werden. Beide Metho-

den werden in Abhängigkeit der persönlichen Neigung und Perfektion praktiziert und weiterhin als ähnlich erfolgreich publiziert. Größere Abszesse dagegen bedürfen in der Regel einer über Tage gehenden Spüldrainage mit einem ausreichend großen Kathetersystem. Auch für das Hämatom ist die Änderung der Morphologie im Zeitverlauf typisch. Initial imponiert es zum Zeitpunkt der Diagnostik meistens schwächer echogen (bei der aktuellen Einblutung allerdings stärker echogen), typisch sind in der Folge Mischbilder. Insofern kann es durchaus dem Bild des Abszesses ähneln. Entscheidend in der differenzialdiagnostischen Abgrenzung ist die (traumatische) Anamnese. Fieber und Entzündungsparameter im Labor erschweren beim älteren und infizierten Hämatom die Abgrenzung. Bei Verdacht auf Leberhämatom sollte das ganze Abdomen nach freier Flüssigkeit abgesucht werden. Gleiches gilt für die Milz (Ausschluss Milzhämatom) und auch den Thorax (abhängig von Art des Traumas). Spontane (und schmerzhaft) Einblutungen finden sich typischerweise bei der Amyloidose der Leber, aber auch Leberzysten und große Adenome können spontan einbluten und symptomatisch werden.

Maligne umschriebene Leberveränderungen

● Primäre Leberzelltumoren

Der häufigste primäre Lebertumor ist das hepatozelluläre Karzinom (HCC), dessen Sonomorphologie von vielfältigen Faktoren (Größe, Differenzierungsgrad, Grunderkrankung, Fettgehalt, sekundär regressiv Veränderungen) abhängt und der meistens, aber nicht immer in einer zirrhotisch umgebauten Leber auftritt (90 %) [50, 51]. In einem gewissen Prozentsatz (70 %) geht es mit einer Erhöhung des α -Fetoproteins (AFP) im Serum einher. Das AFP im Serum hat einen relativ hohen positiven, aber einen niedrigen negativen prädiktiven Wert. Es konnte gezeigt werden, dass bei Patienten mit zirrhotischem Umbau und chronischer Virushepatitis C eine halbjährliche Sonographie und Bestimmung des AFP im Screening effektiv sind [52]. Typisch ist die Mehrvaskularisation im Vergleich zum umgebenden Lebergewebe. Diese Hypervaskularisation (90 %) ist insbesondere in der Tumorperipherie ausgeprägt, was im B-Bild als Halo erscheinen kann. Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose können ein multilokuläres Wachstum (50 %), eine Pfortaderthrombose (25 %) und eine Infiltration in die Lebervenen und die Vena cava inferior (10 %) beobachtet werden. Das fibrolamelläre hepatozelluläre Karzinom ist eine sehr seltene Tumorentität bei jungen Frauen in der nichtzirrhotischen Leber. Auch hier sind lediglich in frühen Stadien kurative Therapiemaßnahmen (Resektion) möglich [53]. Das cholangiozelluläre Karzinom (CCC) kommt als peripherer oder als hilärer Typ vor. Der periphere Typ

Praxistipps

Die Sonographie ist das erste und meist auch das einzige bildgebende Verfahren an der Milz. Klinik und Labor sind entscheidend für die Differenzialdiagnostik (hepatologisch, hämatologisch oder onkologisch) [80–83, 89–92]

Die Sonographie der Leber ...

... ist die erste und wichtigste Bildgebung bei dem Verdacht auf Lebererkrankungen.

Sie ist vorrangig indiziert und sensitiv

- bei der Abklärung erhöhter Leberwerte,
- zur Differenzialdiagnose des Ikterus (Detektion erweiterter Gallenwege),
- im Monitoring der Komplikationen einer Leberzirrhose (Aszites, portale Hypertension, HCC),
- zum Tumorauschluss (allgemeine Tumorsuche und Tumorstaging).
- Der Einsatz von Ultraschallkontrastmitteln ist hilfreich, insbesondere bei der Tumordetektion und der Tumordifferenzierung und „spart“ weitere Bildgebung ein.
- Für die Leitung einer diagnostischen oder therapeutischen Intervention der Leber (Punktion und Drainage) ist die Sonographie unabdingbar.
- Sie ist das häufigste angewandte Verfahren in der onkologischen Nachsorge.

Sie ist begrenzt aussagefähig

- bei der Größenbeurteilung der Leber (die allerdings auch eine nur geringe Bedeutung in der klinischen Routine hat),
- in der Diagnostik der beginnenden Zirrhose und Differenzialdiagnostik anderer diffuser Leberparenchymerkrankungen.

Die Sonographie der Milz ...

... ist ebenfalls die erste Bildgebung.

Sie ist vorrangig indiziert und hochsensitiv bei

- der Größenbeurteilung (Frage der Splenomegalie), Verlaufsbeurteilung,
- dem Lymphomstaging (Suche nach Infiltraten),
- der allgemeinen Abszesssuche und
- der Suche nach einer Milzläsion beim stumpfen Bauchtrauma.

Eine normal große Milz schließt einen Pfortaderhochdruck nicht aus. Der Einsatz von Signalverstärkern verbessert die Diagnostik von Tumorinfiltrationen und von Infarkten.

liegt häufig subkapsulär und wächst infiltrierend entlang den Gallenwegen, wohingegen der hiläre Typ häufiger umschrieben hilusnah imponiert. Im B-Bild imponiert das CCC iso- oder schwächer echogen und ist manchmal nur durch die Aufweitung der Gallengänge zu ahnen; auch Farbduplexsonographisch ist das Bild sehr variabel. Für die manchmal schwierige Diagnose des CCC hat sich die echosignalverstärkte Ultraschalltechnik als hilfreich erwiesen. Meist reichern die Tumoren arteriell schwächer an und demarkieren sich in der portalvenösen Zone scharf.

● Sekundäre Lebertumoren

Die sonomorphologische Vielfalt von Metastasen ist beeindruckend. So finden sich insbesondere bei neuroendokrinen Tumoren, aber auch bei kolorektalen Karzinomen Metastasen, die an Hämangiome erinnern. Ein hypo-echogener Ring um die Läsion (Halo) ist typisch, aber nicht beweisend. Bezüglich des positiven und negativen prädiktiven Wertes dieses Zeichens existieren unterschiedliche Mitteilungen. In Abhängigkeit von der Größe und Therapie (Chemotherapie) kommt es zu sekundären regressiven Veränderungen. Winzige oberflächennahe Metastasen können mittels Computertomographie, Magnetresonanztomographie, aber auch sonographisch übersehen werden. Typische Regionen, in welchen Metastasen

übersehen werden, sind dicht am Ligamentum teres hepatis oder subphrenisch. Bei der gezielten Suche nach Lebermetastasen sollten deshalb höher frequente Schallköpfe (7,5 MHz oder höher) für die oberflächennahen Leberanteile eingesetzt werden [10, 54, 55]. Durch die Applikation von Echosignalverstärkern kann in der (leberspezifischen) portalvenösen bzw. sinusoidalen Phase lebereigenes von leberfremdem Gewebe differenziert werden, da nur benigne Lebertumoren mit portalvenösen/sinusoidalen Gefäßen auch eine korrespondierende Anreicherungs kinetik zeigen [54, 56–59]. Dies gilt, soweit keine Leberparenchymveränderungen vorliegen. Die Differenzialdiagnose ist vielfältig und beinhaltet diffuse Lebererkrankungen mit Strukturveränderungen der Leber sowie Arealen unterschiedlicher Verfettungs- und Fibrosegrade bei konsumierenden Erkrankungen. Besonders schwierig ist die Differenzialdiagnose beim immunsupprimierten Patienten, da neben entzündlichen Veränderungen, wie mykotischen Abszessen, Hämophagozytose-Syndromen und anderen selteneren Entitäten, auch maligne Lymphominfiltrationen ausgeschlossen werden müssen. Die eventuell notwendige sonographisch gezielte Punktion kann auch kontrastverstärkt unter Real-time-Technik durchgeführt werden [60].

Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphom-infiltrate können diffus, aber auch umschrieben imponieren, typisch sind eine unscharfe Begrenzung und vergrößerte perihepatische Lymphknoten. Infiltrate in der Leber werden als extranodale Organmanifestationen bei 20–28 % der malignen Lymphome beobachtet (zweithäufigste Organmanifestation). Es kommen aber auch solitäre umschriebene Lymphome vor, die eine Metastase oder einen anderen hypervaskularisierten Tumor vortäuschen. Im Zweifel führt erst die histologische Verifizierung zur Diagnosesicherung. Eine diffuse (granuläre) Infiltration der Leber durch ein Non-Hodgkin-Lymphom kann im B-Bild besser darstellbar sein als mit Kontrastmittelgabe.

Bei unauffälliger Anamnese ohne Hinweis auf eine maligne Grunderkrankung kann bei einem typischen sonographischen Befund auf weitere diagnostische Maßnahmen verzichtet werden. Bei atypischen Befunden oder maligner Grunderkrankung sollte die ultraschallgezielte Punktion und histologische Untersuchung nach einer kontrastverstärkten bildgebenden Technik erfolgen. Der unkritische und konsekutive Einsatz aller bildgebender Verfahren sollte vermieden werden. Im onkologischen Metastasenstaging kann die kontrastverstärkte Sonographie (vorrangig) eingesetzt werden [54, 59, 61–65]. Zu bedenken ist allerdings, dass die abdominellen Lymphknotenstationen sonographisch nicht vollständig einzusehen sind, das gilt insbesondere für das Rektumkarzinom. Die kontrastverstärkte Sonographie

hat ihre besondere Bedeutung bei der Therapiekontrolle lokal ablativer Verfahren [66–71].

Milz

Die Milzgröße wird im Interkostalschnitt mit dem größten Polabstand unabhängig zum Hilus gemessen. Die Bestimmung des Querdurchmessers erfolgt senkrecht dazu im Milzhilus. Die Bestimmung der dritten Ebene (auch im Hilus gemessen) ist zur Volumenbestimmung hilfreich, wird aber selten durchgeführt. Die Milzlänge beträgt $10,9 \pm 1,4$ cm (7,0–14,3 cm), die Milzbreite $4,0 \pm 0,45$ cm (3,0–5,1 cm) und die Milzdicke $6,8 \pm 0,71$ cm (5,2–8,2 cm) [72]. Eine Probandenselektionsbias und Untersucherabhängigkeit sind anzunehmen [73–75]. Die Milzgröße nimmt mit dem Alter ab. Milzformvarianten sind häufig und vielfältig. Das Echomuster der normalen Milz ähnelt dem der Leber, ist aber etwas stärker echogen. Die Architektur der Milz wird durch den Verlauf der Arterien und Venen geprägt.

Nebemilzen sind häufig und werden in Autopsiestudien mit 20 % angegeben, multipel werden sie bei bis zu 5 % detektiert. In der routinemäßig durchgeführten Sonographie werden sie etwas seltener beobachtet; Nebemilzen fanden sich bei 11/80 gesunden Probanden (14 %) [72]. Sie sind rund oder oval und gut abgrenzbar [76]. Typisch sind die Isoechogenität zur Milz und ein Gefäßstiel. Differenzialdiagnostisch sind Lymphknoten, Nebennierentumoren und Pankreaschwanzprozesse abzugrenzen.

● Diffuse Milzveränderungen

Die Splenomegalie und Milzinshomogenitäten haben viele Ursachen und sind unspezifisch [77]. Zu bedenken sind neben vielen anderen Ursachen akute und chronische Infektionskrankheiten, hämatologisch-onkologische Krankheitsbilder, Speicher- und Stoffwechselerkrankungen sowie die portale Hypertension und kardiale Dekompensation. Die vergrößerte Milz bei portaler Hypertension ist durch Kollateralfäße im portalvenösen Stromgebiet identifizierbar. Die kleine Milz ist häufiger durch Konstitution und höheres Lebensalter bedingt, wird aber auch bei der einheimischen Sprue [78], Sichelzellenanämie und nach Milzbestrahlung beobachtet.

● Umschriebene Milzveränderungen

Umschriebene Milzveränderungen werden viel seltener als in der Leber beobachtet, umfassen aber ein ähnliches ätiologisches Spektrum, auch wenn es Unterschiede gibt. Dysontogenetische Zysten zeigen die typischen Zystenkriterien. Milzverkalkungen werden nach Infektionen, Abszessen und Blutungen beobachtet. Die häufigsten benignen Tumoren der Milz sind die meist echogenen kapillären und kavernen Hämangiome. Differenzialdiagnostisch sind Splenome, andere mesenchymale und weitere seltene Tumorentitäten abzugrenzen, aber auch Metastasen. Klinisch bedeutsame isolierte Milzmetastasen sind eine Rarität und treten, ähnlich wie Nierenmetastasen, insbesondere in fortgeschrittenen Tumorstadien ohne klinisch relevante Konsequenzen

auf. Die definitive Diagnose ist nur histologisch zu stellen, jedoch wird die Dignität in praxi meist über den sonographischen Verlauf gesichert. Im Zweifelsfall ist eine Diagnosesicherung über eine sonographisch gezielte Punktion oder Splenektomie anzustreben. Die Milzpunktion wird zwar oft abgelehnt, Komplikationen sind jedoch selten beschrieben und langfristig ist die Punktion wesentlich komplikationsärmer als eine operative Klärung mit Organentfernung [79]. Aneurysmen der Milzarterien sind oval oder tubulär. Sie treten insbesondere im Milzhilus auf. Wegweisend ist die Farbdoppler-Sonographie mit arteriellen turbulenten Flusssignalen. Milzinfarkte sind relativ häufige Zufallsbefunde und imponieren keilförmig, echoarm und sind farbduplexsonographisch nicht durchblutet. Die Kontrastmittelsonographie lässt die Infarkte und deren Ausdehnung wesentlich besser erkennen [65, 80–84]. Sie heilen meist folgenlos oder auch als Narbe aus. Selten werden Komplikationen beobachtet (Blutung, Pseudoaneurysma). Lymphome kommen insbesondere als indolente Non-Hodgkin-Lymphome diffus oder kleinodulär vor oder imponieren durch aggressives Wachstum, umschrieben als variabel große echoarme Tumormassen. Lymphominfiltrate stellen die häufigsten umschriebenen malignen Läsionen in der Milz dar [85–88]. Milzabszesse imponieren ähnlich wie bei der Leber beschrieben. Es werden Makro- von Mikroabszessen unterschieden, Letztere insbesondere bei immunsupprimierten Patienten im Rahmen einer Pilzinfektion.

Bei den Milzverletzungen wird die häufiger schwächer echogene parenchymatöse von der subkapsulären Hämatombildung mit oder ohne Milzkapselverletzung unterschieden. Entscheidend ist die Klinik. Die Farbduplex-Sonographie und vor allem kontrastverstärkte Real-time-Techniken haben sich bei der Differenzialdiagnostik als hilfreich erwiesen und perisplenische vaskuläre Komplikationen sind ebenso gut wie in der Computertomographie zu erkennen.

PD Dr. Dieter Nürnberg,

Dr. André Ignee,

Prof. Dr. Christoph F. Dietrich

PD Dr. Dieter Nürnberg ist Chefarzt der Medizinischen Klinik B der Neuruppiner Kliniken. Prof. Dr. Christoph F. Dietrich leitet die Abteilung Innere Medizin 2 des Caritas Krankenhauses Bad Mergentheim, an der auch Dr. André Ignee tätig ist.

Der erste Teil des Artikels über den aktuellen Stand der Sonographie bei benignen und malignen umschriebenen Erkrankungen der Leber sowie zur Sonographie der Milz ist in der BDI aktuell 1/2007 erschienen.

Der Artikel ist erstmals erschienen in Z Gastroenterol 2006; 44: 991-1000. Alle Rechte vorbehalten.

DRG-System – Teil 2

Was gibt es Neues im Jahr 2007?

Der zweite Teil des Artikels zum DRG-System berichtet über die Neuerungen im ICD-10-GM sowie im OPS-Katalog. Der ICD-10-GM bietet für Internisten wenige wesentliche Änderungen. Diese resultieren überwiegend aus der Notwendigkeit, den ICD-10-GM an den Behandlungsmehraufwand anzupassen. Im OPS-Katalog gab es hingegen für das Jahr 2007 einige relevante Umstrukturierungen und Neuaufnahmen.

Neuerungen im ICD-10-GM

Kapitel I

Unter A31.- wurde der Schlüssel A31.8 sonstige Infektionen durch Mykobakterien ergänzt durch A31.80 disseminierte atypische Mykobakteriose und A31.88 sonstige Infektionen durch Mykobakterien. Grund für die Änderung war die Notwendigkeit der Darstellung des sich daraus ergebenden Behandlungsmehraufwandes. Unter A31.80 wurde der Hinweis aufgenommen, dass der Erreger in mindestens einem sterilen Kompartiment nachweisbar ist.

Unter A92.3 wurde neu eingeführt der Begriff „West-Nil-Virusinfektion“.

Unter B34.2 Infektion durch Koronaviren, nicht näher bezeichnet wurde das Exklusivum schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS) (U04.9) eingefügt.

Kapitel II

Unter C78.2 sekundäre bösartige Neubildung der Pleura wurde der Zusatz „maligner Pleuraerguss ohne nähere Angaben“ gestrichen, unter C78.6 sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums wurde der Zusatz „Aszites durch bösartige Neubildung ohne nähere Angaben“ gestrichen. Analog wurde unter C79.83 sekundäre bösartige Neubildung des Perikards der

Zusatz „maligner Perikarderguss“ entfernt.

Analog der DKR D012f wird neu der maligne Pleuraerguss mit dem Code J91* Pleuraerguss bei andernorts klassifizierten Krankheiten, für den sich kein Hinweis auf einen entsprechenden Kreuz-Code findet, mit einer Schlüsselnummer, die die Ätiologie des Pleuraergusses darstellt, kodiert. Diese Schlüsselnummer wird dann mit einem Kreuz gekennzeichnet. Die Streichung der genannten Schlüsselnummern beruhte darauf, dass in der Vergangenheit verschiedene Fallkonstellationen zu Schwierigkeiten bei der Abbildung der Fälle im DRG-System führten.

Neu eingeführt wurde unter C79.3 der Zusatz „Meningeosis bei Neoplasien des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes“. Analog der DKR 0215f kann jetzt zusätzlich zu C79.5 neu die C79.3 bei Lymphomen verschlüsselt werden. Damit kann der zusätzliche Behandlungsaufwand besser dargestellt werden.

Kapitel III

Unter D75.1 wurde der Zusatz „Erythrozytose ohne nähere Angaben“ eingefügt.

Kapitel V

Unter F62.80 wird analog dem Code F62.8.- die Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom als „andauernd“ angepasst.

In der Einleitung zu den genannten Codes wurde der Begriff der Intelligenzminderung gegen den der Intelligenzminderung ausgetauscht. Der Begriff Intelligenzminderung bleibt unverändert stehen bei den Codes F70.- bis F79.-.

Unter F80.- wird der Begriff der Intelligenzminderung gegen den der Intelligenzstörung ausgetauscht.

Die F80.2 rezepptive Sprachstörung wird weiter differenziert in F80.20 auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS) und F80.28 sonstige rezepptive Sprachstörung. Die auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung wurde neu aufgenommen, um den sich daraus ergebenden Behandlungsaufwand besser darstellen zu können.

Unter F82.- und F84.- wurde ebenfalls der Begriff der Intelligenzminderung gegen den der Intelligenzstörung ausgetauscht.

Kapitel VI

Unter G11.- hereditäre Ataxie wurde im Exklusivum statt Zerebralparese die infantile Zerebralparese eingefügt.

Die Schlüssel unter G30.- Alzheimer-Krankheit wurden in die Kreuz-Sternsymptomatik aufgenommen, d.h. mit einem Kreuz gekennzeichnet.

Unter G47.1 wurde der Begriff Hypersomnie durch idiopathisch ergänzt, unter G47.3 die Zusätze obstruktive und zentrale Schlafapnoe gestrichen, stattdessen wurde der Schlüssel weiter differenziert mit G47.30 zentrales

Schlafapnoe-Syndrom, G47.31 obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, G47.32 schlafbezogenes Hyperventilations-Syndrom, G47.38 sonstige Schlafapnoe und G47.39 Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet. Mit dieser Differenzierung kann der unterschiedliche Behandlungsaufwand besser abgebildet werden.

Kapitel IX

Unter I12.- und I13.- hypertensive Herz- bzw./und Nierenkrankheit wurde in den Hinweisen die N08.-* glomeruläre Krankheiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten gestrichen und kann somit nicht mehr zu den Codes aus I12.- bzw. I13.- verschlüsselt werden.

Die atherosklerotische Herzkrankheit mit stenosierte Stents kann jetzt neu mit I25.16 verschlüsselt werden. Auch hier liegt der Grund für die weitere Differenzierung in der Möglichkeit der Abbildung eines erhöhten Behandlungsaufwandes.

Unter I41.1* wurde die Möglichkeit der Differenzierung der Ätiologie durch J09* Vogelgrippevirus nachgewiesen bzw. J10.8+ sonstiges Virus nachgewiesen erweitert.

Unter I61.- kann als Ursache der intrazerebralen Blutung neu angegeben werden die I67.0 Dissektion zerebraler Arterien und nicht mehr die I67.2 zerebrale Atherosklerose. Die I67.1 zerebrales Aneurysma und zerebrale arteriovenöse Fistel bleibt unverändert kodierbar.

Unter I72.- wurde im Inklusivum der Begriff „falsum“ gegen „spurium“ ausgetauscht.

Kapitel X

Unter J09 wurde das Inklusivum Grippe durch Influenzaviren, die normalerweise nur Vögel infizieren und, weniger häufig, sonstige Tiere eingefügt.

Unter J39.8 wurde eine weitere Differenzierung in J39.80 erworbene Stenose der Trachea und in J39.88 sonstige näher bezeichnete Krankheiten der oberen Atemwege durchgeführt. Auch hier soll der unterschiedliche therapeutische Aufwand adäquat erfasst werden können.

Unter J95.8 wurde mit J95.81 Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen eine Abgrenzung zu den erworbenen bzw. im Exklusivum genannten Stenosen geschaffen werden.

Kapitel XI

Unter K22.1 wurde die ulzerative Ösophagitis neu eingefügt, unter K92.1 das Exklusivum okkultes Blut im Stuhl (R19.5).

Kapitel XIV

Unter N39.3 bzw. N39.4 wird neu darauf hingewiesen, dass, falls eine mit Stress- oder Harninkontinenz ver-

bundene hyperaktive Blase oder Detrusorüberaktivität angegeben werden soll, eine zusätzliche Schlüsselnummer (N32.8) zu benutzen ist.

Kapitel XVIII

Der Kode R19.5 sonstige Stuhlveränderungen wird um den Begriff des okkulten Blutes im Stuhl erweitert.

Der Kode R29.6 Sturzneigung, andernorts nicht klassifiziert wird durch die Zusätze Sturzneigung aufgrund sonstiger unklarer Krankheitszustände und Sturzneigung älterer Menschen ergänzt.

Kapitel XIX

Im Kapitel XIX wird der Kode T08.- Fraktur der Wirbelsäule nicht näher bezeichnet weiter differenziert, ebenso können jetzt Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet (T20-T25) weiter differenziert werden. Grund für die Differenzierung des 2. Grades in Grad 2a und b liegt ebenfalls in der Möglichkeit der Erfassung des unterschiedlichen Behandlungsaufwandes.

Unter T86.0.- wird der Verweis auf die Grundlage der Einteilung der Stadien und Grade der akuten Graft-versus-host-Krankheit, der Meeting-report der Konsensuskonferenz, aktualisiert.

Kapitel XXI

Im Kapitel XXI wurde unter Z45.8 ein neuer Schlüssel eingeführt, um den sich daraus ergebenden Behandlungsaufwand besser darstellen zu können: Z45.85 Anpassung und Handhabung eines Trachealstents. Im gleichen Kapitel wurde unter Z75.- Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung die erfolgte Registrierung zur Herz- bzw. Herz-Lungen- bzw. Lungen-Transplantation herausgenommen und unter dem neu geschaffenen Kode U55 erfolgte Registrierung zur Organtransplantation (Kapitel XXII) nach Dringlichkeitsstufen differenziert dargestellt. Unter Z75.- ist weiterhin die Registrierung zur Leber-, Nieren-, Nieren-Pankreas-, Pankreas-, Dünndarm-, sonstigen Organe-, nicht näher bezeichneten Organ-Transplantation kodierbar.

Unter Z92.1 findet sich neu das Exklusivum Blutung bei Dauertherapie mit Antikoagulanzen (D68.3) zur Klarstellung der unterschiedlichen Kodierung der komplikationslosen Dauertherapie mit Antikoagulanzen gegenüber der Blutung bei Dauertherapie.

Unter Z96.8- wurde zur Erfassung des Behandlungsmehraufwandes neu der Schlüssel Z96.81 Vorhandensein eines Trachealstents eingeführt.

Kapitel XXII

Im Kapitel XXII wurde unter U04.-/schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS) der Hinweis wie auch die Schlüsselnummern U04.0! bis einschließlich U04.8! gestrichen. Das schwere akute respiratorische Syndrom, nicht näher bezeichnet wurde vom obligat anzuwendenden Sekundärschlüssel (Ausrufezeichenkode) in einen Primärschlüssel, kodierbar mit U04.9, umgewandelt.

Analog dem Schlüssel U99.-/nicht belegte Schlüsselnummern für ein schnelles Reagieren auf aktuelle Anforderungen wurde neu der Kode U05.-/nicht belegte Schlüsselnummern für ein schnelles Reagieren auf aktuelle epidemiologische Phänomene geschaffen. Diese Schlüsselnummern dürfen nur über das DIMDI mit Inhalten belegt werden, eine Anwendung für andere Zwecke ist nicht erlaubt. Das DIMDI wird den Anwendungszeitraum bei Bedarf bekannt geben.

Unter U61.-/Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit wird darauf hingewiesen, dass bei der Einteilung nach der Anzahl der T-Helferzellen pro Mikroliter Blut hier der niedrigste, je gemessene Wert (Nadir) heranzuziehen ist.

Neuerungen im OPS-Katalog

Zur Anpassung des OPS-Kataloges 2007 wurden insgesamt 240 Vorschläge eingereicht und bearbeitet sowie 47 Anträge aus dem NUB-Verfahren. Ein Teil dieser Vorschläge wurde in den nicht amtlichen Katalog eingearbeitet, um das Kalkulationsverfahren durch die Möglichkeit zur differenzierten Prozedurenverschlüsselung weiter zu verbessern.

Aus dem nicht amtlichen Erweiterungskatalog wurden neu 2007 in den amtlichen OPS Katalog folgende Schlüssel übernommen:
1-930.0-4 Infektiologisches Monitoring
5-339.50-54 Implantation und Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch
5-422.20-2x Lokale und endoskopische Exzision von erkranktem Gewebe des Ösophagus
5-433.20-2x Lokale endoskopische Exzision von erkranktem Gewebe des Magens
5-451.0-7x Einfache lokale endoskopische Exzision von erkranktem Gewebe des Dünndarms
5-452.20-2x Lokale endoskopische Exzision von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
8-83a.0-y Minimal-invasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)

Im Rahmen der Darstellung der Änderungen im OPS 2007 im Vergleich zum Jahr 2006 wird nur auf die für den Fachbereich Innere Medizin „interessanten“ OPS-Schlüssel eingegangen.

Kapitel 1

Diagnostische Maßnahmen

Unter dem Kode 1-27 wurde neu der Schlüssel 1-279.a Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung aufgenommen und im Kapitel 3 bildgebende Diagnostik unter 3-05 Endosonographie gestrichen. Bei den Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes wurde neu die Dünndarmmanometrie (1-318) hinzugefügt.

Zur Klarstellung erfolgte die Hinzunahme des Inklusivums Stanzbiopsie unter 1-424 Biopsie ohne Inzision am Knochenmark.

Die Biopsieverfahren der Lunge mit Steuerung durch bildgebende Verfahren wurden unter 1-432.0 weiter differenziert.

Der nicht amtliche Katalog wurde unter 1-71 pneumologische Funktionsuntersuchungen durch den 6-Minuten-Gehtest nach Guyatt ergänzt, ebenso der nicht amtliche Katalog unter 1-77 geriatrische Funktionsuntersuchung durch das Sturzrisikoassessment und Sturzevaluation.

Die komplexe Diagnostik (1-94) wurde durch Codes für die komplexe Diagnostik bei Leukämien bei Erwachsenen mit und ohne HLA-Typisierung ergänzt.

Unter 1-99 andere diagnostische Maßnahmen findet sich neu der Kode 1-999.0 Anwendung eines bronchopulmonalen elektromagnetischen Navigationssystems mit dem Hinweis, dass diese Position ausschließlich zur Kodierung von Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen zu benutzen ist, sofern sie nicht schon im Kode selbst enthalten ist, die Verwendung erfolgt nur im Sinne einer Zusatzkodierung.

Kapitel 5 Operationen

Im Abschnitt 5-31 andere Larynxoperationen und Operationen an der Trachea wird der Kode 5-319.b endoskopische Injektion in die Trachea (inklusive Injektion von Fibrinkleber) ergänzt.

Der bis jetzt nicht amtliche Kode 5-319.8 Einlegen eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch wird in 5-339.5 umbenannt und weiter differenziert dem Abschnitt 5-33 andere Operationen an Lunge und Bronchus zugeführt.

In Übereinstimmung der DKR 0908f „Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen“ werden die Codes unter 5-35 bzw. 5-36 Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznahe Gefäße bzw. an den Koronargefäßen mit dem Hinweis versehen, dass bei Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie der Kode 8-851.2 zusätzlich anzugeben ist. Analog gilt dies für die Codes 5-374 bzw. 5-375.

Unter 5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimal invasive Technik werden weiter differenzierte Codes eingeführt, um eine Bypassanzahl größer drei verschlüsseln zu können.

Im Abschnitt Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard wurde unter 5-371 der nicht amtliche Katalog in amtliche Codes übergeführt und der Abschnitt chirurgische ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie neu strukturiert. Im Abschnitt Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen wurde neu unter 5-385 als Behandlungsverfahren die lokale Lasertherapie (5-385.a) aufgenommen.

Im Abschnitt andere Operationen an Blutgefäßen (5-39) wird unter 5-399.9 Anwendung eines Nahtsystems der Hinweis angeführt, dass die Anwendung eines Nahtsystems bei diagnostischem oder interventionellem Einsatz eines Katheters gesondert zu kodieren ist. Analog wird der Hinweis auch unter 5-399.a Verschluss eines Stichkanals mit Kollagen eingefügt.

Die Codes 5-406 regionale Lymphadenektomie bzw. 5-407 radikale systematische Lymphadenektomie mit Hinweisen, Inklusiva und Exklusiva sowie weiteren Differenzierungsmöglichkeiten nach der Lokalisation werden vollständig neu eingefügt.

Unter 5-408.2 Drainage einer Lymphozele sind neu die OP-Techniken zu verschlüsseln.

In den Abschnitten lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus (5-422) bzw. des Magens (5-433) bzw. des Dünndarmes (5-451) bzw. des Dickdarmes (5-452) wurden die Verfahren nach Anzahl bzw. Art gegliedert einschließlich Inklusiva aus dem nicht-amtlichen Katalog in den amtlichen Katalog übernommen bzw. dafür neue Codes gebildet.

Der Kode 5-449.5 Umstechung eines Ulcus ventriculi wird durch die Übernäherung ergänzt.

Die Hemikolektomie rechts (5-455.4) bzw. totale Kolektomie und Proktokolektomie (5-456) wird durch den Hinweis ergänzt, dass die aus operationstechnischen Gründen erforderliche Mitresektion einer Ileummanschette im Kode enthalten ist.

Der Kode 5-458 wird umbenannt in erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen, auf die gesonderte Kodierung einer regionalen bzw. radikalen Lymphadenektomie wird hingewiesen.

Bei den endoskopischen Operationen an den Gallengängen kann unter dem Kode 5-513.4 Destruktion neu die Art des Eingriffes verschlüsselt werden.

Für die Pankreassegmentresektion und die parietale Peritonektomie wurden

neue Kodes eingeführt (5-524.4 bzw. 5-543.4).

Im Abschnitt Operationen an der Harnblase wurde neu der Kode 5-572.5 *operative Dilatation eines Zystostomiekanals mit Anlegen eines dicklumigen suprapubischen Katheters* eingeführt, die Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin der *Injektionsbehandlung* 5-579.6 zugeordnet, die *paraurethrale Injektionsbehandlung* 5-596.0 weiter differenziert, ebenso die *transvaginale Suspensionsoperation mit alloplastischem Material* (5-593.2) und die *adjustierbare Kontinenztherapie* mit 5-596.7 neu eingeführt.

Kapitel 8 Nichtoperative therapeutische Maßnahmen

Die 2006 unter 8-012 *Applikation von Medikamenten Liste 1* aufgeführten Medikamente wurden neu komplett alphanumerisch aufgelistet und die Mengenangaben neu gesplittet bzw. erweitert und an die Dosierungen für Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren angepasst. Analog gilt dies für die Medikamentenliste unter 8-013 *Applikation von Medikamenten Liste 2*.

Therapeutisch relevante Medikamente wurden neu unter 8-014 *Applikation von Medikamentenliste 3* eingefügt (Posaconazol, Amphotericin-B-Lipidkomplex, Palifermin, Carmustin, Dibotermis, Eptotermis alfa). Unter diesem Kode neu eingeführt wurden ebenfalls die Radioimmuntherapie und die Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten.

Unter 8-12 wurde neu die *transanale Irrigation* (8-126) eingefügt.

Unter 8-13 *Manipulation am Harntrakt* wurde der Kode 8-136 *Einlegen, Wechsel und Entfernung eines Ureterkatheters* gestrichen, dafür unter 8-137 *Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife* der Ureterkatheter ergänzt. Unter 8-14 *therapeutische Drainage der Pleurahöhle* wurde das Inklusivum Spülung, Zugang durch Minithorakotomie neu eingefügt.

Der Kode 8-522.9 *Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie* wurde unter 8-522 *Hochvoltstrahltherapie* neu eingefügt. Im Hinweis wurde das Zielvolumen in seiner Definition weiter differenziert. Unter 8-530 *Therapie mit offenen Radionukliden* wurden die Möglichkeiten der nuklearmedizinischen Therapie differenzierter durch neue Schlüssel erfasst.

Unter 8-54 *zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie* wurden die Erläuterungen der Kodes 8-542 *nicht komplexe Chemotherapie* wie auch 8-543 *mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* wie auch 8-544 *hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* aktualisiert und ergänzt.

Der Kode 8-546 *hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC)* wurde neu eingefügt.

Die personellen Voraussetzungen, festgelegt in den Mindestmerkmalen der OPS-Schlüssel 8-550 *geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* bzw. 8-552 *neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation* wurden modifiziert. Im Bereich der Geriatrie ist entweder die Zusatzweiterbildung oder jetzt neu die Schwerpunktbezeichnung im Bereich klinische Geriatrie erforderlich. Im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation wird besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation gefordert.

Der Kode 8-552 *neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation* sowie der Kode 8-559 *fachübergreifende und andere Frührehabilitation* wird neu mit dem Hinweis versehen, dass eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung gesondert zu kodieren ist.

Der OPS-Kode 8-553 *teilstationäre geriatrische frührehabilitative Behandlung* wird komplett gestrichen und im Abschnitt 8-98 *sonstige multimodale Komplexbehandlung* unter OPS 8-98a *teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung* neu formuliert und durch neu eingeführte Kodes nach Basisbehandlung bzw. umfassende Behandlung, letztere gesplittet nach Therapiedauer pro Tag, weiter differenziert. Neu in den Hinweisen ist die Forderung nach einer aktuellen Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein eines standardisierten geriatrischen Assessments in 4 Bereichen bzw. eines sozialen Assessments in mindestens 5 Bereichen. Gestrichen wurde die orientierende Teambesprechung unter ärztlicher Leitung unter Mitbeteiligung aller Bereiche. Neu eingefügt wurde auch die Schwerpunktbezeichnung im Bereich klinische Geriatrie als Alternative zur Zusatzweiterbildung.

Unter 8-810 *Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen* erfolgte neu eine Alterssplittung der Substanzen mit Überführung in neue OPS-Schlüssel. Unter 8-812 kann neu differenziert nach Art und Menge des Medikaments die Transfusion von anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen verschlüsselt werden.

Unter 8-821 *Immunadsorption* kann nach Art der Säule weiter differenziert verschlüsselt werden. Unter 8-825 *spezielle Zellaphereseverfahren* wurde der Kode 8-825.1 *Zellapherese mit Adsorption von Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten in einem Polypropylen-Adsorptionsfilter* eingeführt.

Unter 8-835 *ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* wird neu der Hinweis eingefügt, dass eine durchgeführte kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens gesondert zu kodieren ist. Der Absatz 8-835.7 *epikardiale Ablation* wurde einschließlich dem nichtamtlichen Katalog gestrichen.

Unter 8-836 *perkutan-transluminale Gefäßintervention* erfolgten ebenso wie unter 8-837 *perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz- und Koronargefäßen*, 8-838 *perkutan-transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungen-Kreislaufes*, 8-839 *andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz- und Blutgefäße* umfangreiche Änderungen mit Einfügung von Hinweisen bzw. von Hinzufügung von weiter differenzierten Kodes. Unter den genannten Kodes kann jetzt neu die Art der Stents bzw. deren Anzahl verschlüsselt werden, wie auch die unter 8-838 neu formulierten Zusatzinformationen zu Materialien (Art der medikamentenfreisetzen Stents, der Partikel bzw. Flüssigkeiten, Metallspiralen zur selektiven Embolisation, die Verwendung eines hydrodynamischen Thromboektomiesystems bzw. eines Modellierballons bzw. eines ablösbaren Ballons bzw. von Mikrokathetersystemen). Neu eingefügt wurde ein Schlüssel zur Kodierung der *Rotationsthrombektomie* (8-838.d).

Neu eingefügt wurden Kodes für die *perkutane Implantation oder perkutanen Wechsel eines Katheterverweilsystems in Leberarterie oder Pfortader* (8-839.5), *für die Entfernung eines Katheterverweilsystems aus Leberarterie oder Pfortader* (8-839.6) bzw. *perkutane Entfernung eines Antiembolie-Schirmes* (8-839.7) bzw. für den *portosystemischen Shunt (TIPSS)* (8-839.8). Gestrichen wurden die Kodes für den Einsatz eines *distalen Embolieprotektionssystems* (8-837.r) und *perkutanes Anlegen eines portosystemischen Shuntes* (8-839.2). Unter 8-83c wurden andere perkutane transluminale Gefäßinterventionen wie Einlegen eines Cheatham-Platinum-Stents oder intraarterielle Spasmodolyse, auch nach Lokalisation differenziert, erfasst.

Unter dem Schlüssel 8-852 *extrakorporale Membranoxygenation* wurde der Kode für die *Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine* (8-852.3) nach der Dauer der Behandlung differenziert eingefügt. Aus dem Hinweis geht hervor, dass der Anschluss der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine zur Oxygenierung im Kode enthalten ist. Dieser Kode ist nur bei der postoperativen Kreislaufunterstützung oder der Kreislaufunterstützung kreislaufstabiler Patienten mit der minimalisierten Herz-Lungen-Maschine anzuwenden. Bei der Anwendung zur intraoperativen Herz-Lungenunterstützung und geforderter zusätzlicher Kodierung der Herz-Lungen-Maschine ist ein Kode aus 8-851 anzugeben.

Unter 8-853 *Hämodialyse* wurden ebenso wie unter 8-854 *Hämodialyse* und 8-855 *Hämodiafiltration* die Kodes für die intermittierende und für die kontinuierliche venovenöse pumpengetriebene Form gestrichen. Neu wurde bei allen drei Kodes die Möglichkeit der differenzierten Verschlüsselung nach Art (intermittierend/verlängernd intermittierend/kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben), Dauer und Art der Antikoagulation eingeführt. Unter 8-853 bzw. 8-855 bleibt die kontinuierliche arteriovenöse Form der Hämodialyse bzw. Hämodiafiltration im ursprünglichen Schlüssel erhalten, jetzt aber neu statt nach Tagen nach Stunden differenziert. Die *Peritonealdialyse* (8-857) und *Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates* (8-85a) werden ebenfalls neu nicht nach Tagen sondern nach Stunden verschlüsselt.

Neu eingefügt wurde unter 8-86 die autogene Stammzelltherapie und lokale Therapie mit Blutbestandteilen und Hepatozyten, differenziert verschlüsselbar nach der Lokalisation bei der *autogenen Stammzelltherapie* (8-860) bzw. nach der Zellart bei der *Entnahmeaufbereitung und Applikation von Blutbestandteilen zur lokalen Anwendung* (8-861). Der Schlüssel (8-862) *allogene Hepatozytentransplantation* wurde neu eingeführt.

Unter 8-92 *neurologisches Monitoring* erfolgt für das EEG-Monitoring bzw. Monitoring mittels evozierter Potenziale bzw. der hirnenvenösen Sauerstoffsättigung bzw. für das invasive neurologische Monitoring der Hinweis, dass dieser Kode nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben ist.

Umfangreiche Änderungen und Ergänzungen erfolgten auch im Kapitel *Komplexbehandlung* (8-97 bis 8-98).

Neu eingefügt wurden die Kodes unter 8-97a *multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen* mit umfangreichen Hinweisen und Differenzierungsmöglichkeiten nach Dauer der Behandlung. Neu eingefügt ebenfalls der Kode 8-97b *multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei neuromuskulären Erkrankungen* mit umfangreichen Hinweisen und ebenfalls der Möglichkeit zur Differenzierung nach Behandlungsdauer. Auch neu der Schlüssel 8-97c *stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation*, anzugeben von Transplantationszentren bzw. von Krankenhäusern, die Kooperationspartner eines Transplantationszentrums sind. Dieser Schlüssel kann ebenfalls weiter differenziert werden nach der Dauer der Behandlung bzw. nach der Art des Organs.

Unter 8-981 *neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* erfolgte eine Modifizierung der Min-

destmerkmale. Die von 2006 stammende 24-Stunden-Arztpräsenz unter Leitung eines in der Schlaganfallbehandlung erfahrenen Facharztes für Neurologie wurde wesentlich moderater formuliert und an die Realität der Krankenhaussituation angepasst.

Unter 8-988 wurde die *spezielle Komplexbehandlung der Hand* ebenfalls mit umfangreichen Hinweisen bzw. dargestellten Mindestmerkmalen eingeführt, weiter differenzierbar nach Dauer der Behandlung. Neu auch der Kode 8-989 *chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen* mit differenzierten Hinweisen und Mindestmerkmalen, auflösbar nach Behandlungsdauer.

Unter 8-98b findet sich neu die *andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* mit umfangreichen Hinweisen zu den Mindestmerkmalen und der Differenzierungsmöglichkeit nach Behandlungsdauer.

Unter dem Schlüssel 9-401 *psychosoziale Intervention* kann die sozialrechtliche Beratung wie auch die Familien-, Paar- und Erziehungsberatung, die Nachsorgeorganisation, die supportive Therapie und die künstliche Therapie nach der Dauer verschlüsselt werden. Der Hinweis „Dauer mindestens 120 Minuten“, der für die einzelnen bereits vorhandenen Schlüssel galt, wurde gestrichen. Neu eingefügt und für alle Punkte gültig der Hinweis, dass bei Durchführung mehrerer Beratungen, organisatorischer und therapeutischer Maßnahmen die Zeiten jeweils zu addieren sind.

Dr. med. Christine Kopf-Schiller,
Dr. med. Martin Zeuner,
Dr. med. Michael Kulzer

Dr. Christine Kopf-Schiller ist im Team für Sonderaufgaben Versorgungsstrukturen im Beratungszentrum München-Ost des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bayern tätig.

Dr. Martin Zeuner ist Ressortleiter Versorgungsstrukturen des MDK Bayern, Dr. Michael Kulzer ist Oberarzt in der Kardiologie und DRG-Beauftragter im Krankenhaus München Harlaching.

Der erste Teil des Artikels zum DRG-System ist in der Januarausgabe von BDI aktuell erschienen.

Unklar trotz aller Leitlinien

Wann darf man eine Reanimation abbrechen?

Gerade wurden die Leitlinien zur Durchführung der kardio-pulmonalen Reanimation aktualisiert. Doch auch diesmal bleibt eine wichtige Frage weitgehend offen: Wann darf man eigentlich eine erfolglose Reanimation mit gutem Gewissen abbrechen?

Ein Aspekt, der nicht nur Berufsanfänger verunsichert. Auch erfahrene Notfallmediziner wie der Berliner Notarzt Prof. Dr. med. Hans-Richard Arntz kommen ins Schlingern, wenn es um



Prof. Dr. med. H.-R. Arntz, Berlin

diese scheinbar simple Frage geht. Der Grund: Es gibt einfach zu wenig empirisch abgesichertes Datenmaterial. Arntz stellt deshalb fest, „dass man im

Grunde genommen nur ein paar Bauregeln zum Abbruch einer Reanimation benennen kann. Viele Notärzte entscheiden sich zum Abbruch deshalb notgedrungen auch eher aus dem Bauch heraus.“

Nur zwei größere Untersuchungen haben bisher zu der Frage Stellung bezogen. Zwar wurden hierbei teilweise recht hohe Fallzahlen analy-

siert, aber dies nur retrospektiv. Aussagekräftige, prospektive Studien müssen aber, schon aus ethischen Gründen, unterbleiben.

Einige wichtige Hinweise ergaben sich allerdings trotzdem. So fanden amerikanische Notärzte (C. Walraven et al. *JAMA* 2001; 285: 1602–1606) bei der Analyse von 2181 Reanimationsversuchen heraus, dass eine Wiederbelebung Erwachsener nur dann gelingt, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind:

1. Das Kollapsereignis muss etwa durch Passanten oder Angehörige beobachtet worden sein.
2. Initial lag Kammerflimmern oder Kammerflattern vor.
3. Innerhalb der ersten 10 Minuten der Herz-Druckmassage konnte ein Puls wiederhergestellt werden.

Wenn eines der Kriterien fehlt, wäre nach Meinung der Autoren ein Abbruch der Wiederbelebung schon nach zehn Minuten gerechtfertigt. Das Fehlen von Augenzeugen, Asystolie und kein sofortiger Reanimations-

erfolg berechtigen im Allgemeinen ebenfalls zum Abbruch des Reanimationsversuchs (L. J. Morrison. *N Engl J Med* 2006; 355: 478–487).

Arntz sieht die Problematik ähnlich, warnt aber vor zu schematischen Handlungsweisen. „Jeden Patienten, den man mit Kammerflimmern oder -flattern vorfindet, sollte man so lange reanimieren, bis man im EKG eine sichere Null-Linie sieht. Bei Herzinfarkt-Patienten besteht nämlich oft über lange Zeit eine elektrische Instabilität des Herzens. Immer wieder kommt es erneut zu Kammerflattern oder -flimmern. In einer solchen Situation darf man auch nicht auf die Uhr schauen und einfach nach zehn Minuten abbrechen. Solange noch Flimmeraktivität besteht, muss weiter reanimiert werden. Die Chance eines halbstündigen Reanimationsversuchs sollte jeder haben.“

Es gibt aber auch Situationen in denen viel länger reanimiert werden muss. Bei Patienten mit einer Lungenembolie etwa ist eine lange Wiederbelebung durchaus sinnvoll. „Solche

Patienten muss man unter Umständen länger als eine Stunde reanimieren. Wir wissen heute, dass bei der Lungenembolie durchaus auch nach solch langen Wiederbelebungszeiten, zum Beispiel in Kombination mit einer Lyse, eine echte Überlebenschance besteht“, so Arntz. Auch bei stark unterkühlten Patienten, etwa Lawinenopfern, aber auch bei Kindern („Sturz in kaltes Wasser“), sind lange Reanimationsversuche zwingend.

Allerdings gibt es zu diesen Situationen praktisch keine größeren Studiendaten. Der Notarzt ist hier beim Abbruch einfach auf seine klinische Erfahrung angewiesen.

Einige wenige objektive Abbruchparameter stehen auf der Intensivstation zur Verfügung. Hier sind meist eine zentral-venöse und eine arterielle Druckmessung vorhanden. Ist die Druckdifferenz zwischen arteriellem Druck und zentralem Venendruck (entsprechend dem koronaren Perfusionsdruck = Differenz aus Aortendruck und Druck im rechten Vorhof) < 15 mmHg ist eine Wiederbelebung nicht möglich (N. A. Paradise et al. *JAMA* 1991; 265: 1139–1144).

Für die Praxis der Notfallmedizin relevanter ist die Messung der endexpiratorischen CO₂-Konzentration. Diese ist ein zuverlässiger Parameter zur Beurteilung der Kreislauffunktion. Solche CO₂-Messgeräte sind mittlerweile klein und transportabel. Viele Notarztwagen setzen sie bereits ein. Je geringer die abgeatmete CO₂-Menge, umso schlechter ist die Kreis-

lauffunktion des reanimierten Patienten. Eine Studie belegt, dass das während einer Reanimation gemessene CO₂ in der Ausatemluft einen guten Prognoseparameter darstellt. Wenn nach 30 Minuten Wiederbelebung immer noch Werte < 10 mmHg gemessen werden, war der Versuch frustant. Ein Abbruch ist gerechtfertigt (P. D. Levin et al. *N Engl J Med* 1997; 337: 1694–1695).

Wer aber ohne CO₂-Messung reanimiert, der kann sich an folgende Faustformel halten: „Ein Kreislaufstillstand unklarer Dauer, das Vorliegen einer Asystolie, eine pulslose elektrische Aktivität des Herzens und das fehlende Ansprechen auf die Reanimationsversuche stellen im Grunde schon ein primäres Abbruchkriterium für die Reanimation dar. In den neuen Richtlinien wird, meines Erachtens auch vernünftigerweise, festgehalten, dass eine 20-minütige Reanimationsdauer bei fortbestehender Asystolie den Abbruch der Reanimation rechtfertigt“, so Arntz.

Darüber hinaus weiß Arntz aus seiner langjährigen Praxis, dass es Situationen gibt, in denen man am besten gar nicht erst anfängt. „Wenn wir einen Patienten in Asystolie vorfinden, der Vorgang nicht beobachtet wurde und es sich um einen hochbetagten Menschen mit Hinweisen auf eine chronische Erkrankung handelt, dann starten wir im Allgemeinen erst gar keinen Reanimationsversuch.“

Dr. med. Horst Gross

Myokardinfarkt

„Open-Artery-Hypothese“ nicht haltbar?

Ob stabile Hochrisikopatienten, die nach Ablauf des Zeitfensters einen persistierenden Koronararterienverschluss im Infarktgebiet aufweisen, zur Rettung von Myokard zusätzlich zur medikamentösen Therapie eine perkutane Koronarintervention (PCI) erhalten sollten, ist unklar. Befürworter argumentieren mit Verbesserungen von linksventrikulärer Funktion und elektrischer Stabilität, Gegner mit eingriffsbedingten Komplikationen und Embolierisiken. Nun wurde untersucht ob eine PCI das Risiko für spätere Ereignisse reduzieren kann.

N Engl J Med 2006; 355: 2395–2407

J. S. Hochman et al. randomisierten in der OAT- („Occluded Artery Trial“) Studie 2166 stabile Hochrisikopatienten (Ejektionsfraktion < 50% und/oder proximaler Verschluss), die 3 bis 28 Tage nach einem Infarkt einen angiographisch nachgewiesenen Verschluss der relevanten Koronararterie hatten, auf eine PCI mit Stenteinlage plus optimale medikamentöse Therapie oder auf eine alleinige Pharmakotherapie. Primärer Endpunkt war eine Kombination aus Tod, Reinfarkt oder Herzinsuffizienz NYHA-Klasse IV. Die Einzelkomponenten bildeten sekundäre Endpunkte.

161 Patienten der PCI- und 140 der Pharmakotherapiegruppe erreichten

den primären Endpunkt. Die kumulative 4-Jahres-Rate der primären Ereignisse betrug 17,2% bzw. 15,6% (Hazard Ratio [HR] 1,16). Die Rate für nichttödliche Reinfarkte (6,9% vs. 5,0%; HR 1,44) sowie die kombinierte Rate für tödliche und nichttödliche Reinfarkte (7,0% vs. 5,3%; HR 1,36) war in der PCI-Gruppe tendenziell höher, verfehlte aber das Signifikanzniveau. Die Raten für Tod jeglicher Ursache (9,1% vs. 9,4%; HR 1,03) und Herzinsuffizienz NYHA-Klasse IV (4,4% vs. 4,5%, HR 0,98) waren vergleichbar. Es bestanden keine signifikanten Interaktionen zwischen Therapieeffekt und verschiedenen Untergruppenvariablen wie Alter,

Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Zeit zwischen Infarkt und Randomisierung, infarktrelevante Arterie, Ejektionsfraktion, Diabetes oder Killip-Klasse.

Fazit

PCI plus Medikamente führen im Vergleich zur alleinigen Pharmakotherapie nicht zu einer Reduzierung der Sterblichkeits-, Reinfarkt- oder Herzinsuffizienzrate. Es zeigt sich eine Tendenz zu häufigeren Reinfarkten, trotz einer hohen Erfolgsquote der PCI von 87% und einer 1-Jahres-Offenheitsrate von 83% gegenüber 25% in der Medikamentengruppe, so die Autoren.

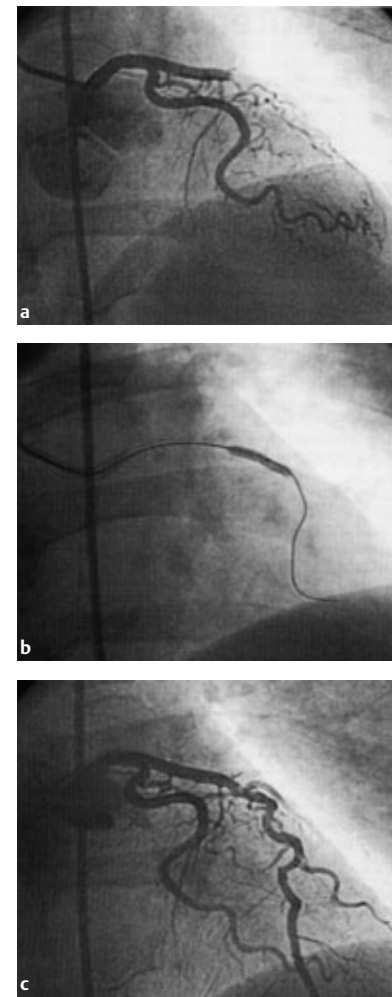
Die Artikel zur Reanimation und zur „Open-Artery-Hypothese“ sind erstmals in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift erschienen (*Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131, 45 bzw. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132, 5). Alle Rechte vorbehalten.

Kommentar zur Studie

Hochmans Studie zeigt, dass Patienten, deren okkludierte infarktbezogene Koronararterie mechanisch wiedereröffnet wurde, keine besseren Ergebnisse haben als diejenigen mit persistierendem Verschluss. Dies widerlegt nach Ansicht von L. D. Hillis und R. A. Lange die „Open-Artery“-Hypothese, wonach die Reperfusion der infarktrelevanten Arterie auch Tage, Wochen oder Monate nach dem Infarkt zu Überlebensvorteilen führt, selbst wenn sich die linksventrikuläre Funktion nicht verbessert. Nach Meinung der Kommentatoren könnte von einer mechanischen Wiedereröffnung allenfalls eine kleine Gruppe von Patienten (10–15%) profitieren, die nicht mit β -Blocker behandelt werden kann.

N Engl J Med 2006; 355: 2475–2477

Renate Ronge



Primäre PTCA bei akutem Vorderwandinfarkt mit proximalem LAD-Verschluss., RAO-Projektion, 7F-Führungskatheter (Judkins-Links 4) (a). Nach Überwindung der Verschlussstelle mit einem Führungsdraht und einmaliger Dilatation mit einem 3,5-mm-/20-mm-Ballon mit 8 Atü über 5 min vollständige Wiedereröffnung mit TIMI-3-Fluss (b) und (c).

Bild: I Krakau, H. Lapp: Das Herzkatheterbuch, 2. Aufl., Georg Thieme Verlag KG 2005

Pharmakologie

Tablettenteilen – ein gefährliches Unterfangen

Es ist eine gängige Praxis, Tabletten zu teilen. Viele Ärzte weisen explizit auf diese Möglichkeit hin. Sei es, um mit einer höheren Wirkstoffmenge pro Tablette dem Patienten Zuzahlungen zu ersparen und das eigene Budget zu entlasten, sei es um eine individuellere Dosis zu erreichen. Was die Wenigsten wissen: Dies ist nicht ganz ungefährlich.

Rund ein Viertel aller im ambulanten Bereich verschriebenen Tabletten werden von den Patienten geteilt. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie, die unter Federführung von Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli das Problem des Tablettenteilens untersuchte (Eur J Clin Pharmacol 2006; doi: 10.1007/s00228-006-0202-3). Haefeli ist klinischer Pharmakologe und ärztlicher Direktor der Abteilung Innere



Prof. Dr. med. W. Haefeli, Heidelberg

Medizin VI an der Universitätsklinik Heidelberg. Die Autoren hatten insgesamt 905 Patienten, die mindestens drei verschiedene Medikamenteneinnahmen, zum Thema Tabletten teilen befragt. „Das große Problem dabei ist, dass viele Tabletten einfach nicht zum Teilen geeignet sind. Es drohen teils erhebliche Überdosierungen oder ein Wirkungsverlust. Auch können Dosisschwankungen auftreten, da einige Patienten nicht

damit zurechtkommen und die Tabletten in unterschiedlich große Bruchstücke teilen“, erläutert Haefeli.

• **Wenig eindeutige Informationen**

Zu entscheiden, ob ein Medikament teilbar ist oder nicht, ist gar nicht so einfach. Eine generelle Regel hierfür gibt es nicht. Haefeli: „Grundsätzlich nicht zum Teilen geeignet sind alle Dragees, gleiches gilt für Weichgelatinekapseln. Bei Retardpräparaten wird es schon schwieriger, da es hier von der Galenik abhängt, ob diese teilbar sind. Um welche Form der Galenik es sich handelt, lässt sich der Tablette allerdings nicht ansehen.“ Eigentlich sollte sich das Problem mit einem Blick in Beipackzettel oder Fachinformation lösen lassen. Doch auch hier kommt der verschreibende Arzt oft nicht weiter: Haefeli fand heraus, dass nur in 22,5% der Fachinformationen von Tabletten ohne Bruchrille eine Aussage zur Teilbarkeit enthalten war. In den Beipackzetteln von explizit nicht zum Teilen geeigneten Medikamenten war dies in lediglich 36,4% der Fälle vermerkt. „Die zuständige Bundesbehörde sollte daher regeln, dass hier eine definitive Aussage zur Teilbarkeit des Medika-

mentes gemacht wird“, fordert Haefeli. Zu allem Überfluss gibt es auch Tabletten mit einer sogenannten Schmuckkerbe. Dies sind Rillen auf eigentlich nicht zum Teilen geeigneten Tabletten, die nur der Optik dienen. Bei Arzt oder Patienten implizieren sie aber, dass dieses Medikament teilbar ist. Haefeli: „So etwas sollte eigentlich unterbunden werden, denn es stiftet nur Verwirrung. Abgesehen vom Sicherheitsproblem!“

• **Die Gefahr: Überdosierungen oder Wirkstoffverlust**

Denn teilt man Tabletten, die dafür nicht geeignet sind, kann dies böse Folgen haben. Die harmloseste Variante ist, dass der Überzug einen schlechten Geschmack verdeckt. Das ist dann zwar unangenehm, aber nicht riskant. Gefährlich kann es dagegen werden, wenn durch die Teilung die Konzentration des Wirkstoffs verändert wird. Beispielsweise, wenn dieser nicht magensaftresistent ist und durch einen speziellen Überzug geschützt wird. Teilt man eine solche Tablette, wird das Medikament durch die Magensäure inaktiviert. Gleiches gilt, wenn das Präparat vor Luftsauerstoff geschützt werden



Bild: PhotoDisc

muss. Eine weitere Möglichkeit sind Überdosierungen, die teilweise recht massiv ausfallen können. Es gibt spezielle Retardpräparate, bei denen die Galenik verlangt, dass im Inneren eine weitaus größere Menge Wirkstoff vorhanden ist, als freigesetzt werden soll. Normalerweise wird der Rest über den Darm ausgeschieden. Teilt man jedoch ein solches Präparat, ist die Retardgalenik zerstört und eine erhebliche Überdosierung die Folge. Gleiches würde auch beim Mörsern geschehen, was gerade in Pflegeheimen häufig praktiziert wird. „Das Mörsern ist aber ein eigenes Problem, das wir nicht explizit untersucht haben“, sagt Haefeli. „Unproblematisch sind hier Medikamente, die sich auflösen lassen. Bei Mikropellets geht es dagegen nicht.“ Im Zweifelsfall rät der Experte davon ab.

• **Problematisch: nicht exakte Teilung**

Vor allem ältere Menschen haben oft Schwierigkeiten, Tabletten exakt zu teilen, wenn Sehkraft oder Fingerfertigkeit nachlassen. Haefeli: „Die Folge sind Schwankungen im Wirkstoff-

spiegel, die eine Therapie sehr beeinträchtigen können.“ Häufig wird zum Teilen ein Küchenmesser verwendet, nur jeder fünfte Patient benutzt einen Tablettenteiler. Von diesen mechanischen Hilfen hält der Pharmakologe jedoch nicht allzu viel: „Das Problem ist, dass ein solches Gerät nur bei wirklich runden Tabletten funktioniert. Ist das Präparat beispielsweise ellipsenförmig, resultieren ungleiche Bruchstücke. Zudem kommen gerade ältere Patienten mit den Apparaten oft nicht zurecht.“ Dennoch versteht Haefeli, dass in manchen Fällen das Tablettenteilen unumgänglich ist. „Man sollte das aber nicht zum Grundprinzip machen“, sagt er. Auf alle Fälle rät Haefeli den verschreibenden Ärzten, Tabletten nur dann teilen zu lassen, wenn sie sicher sind, dass es zulässig ist und ihre Patienten dies sachgemäß durchführen können.

Dr. med. Johannes Weiß

Der Artikel zum Tablettenteilen ist erstmals erschienen in der Dtsch Med Wochenschr 2007; 132, 1/2. Alle Rechte vorbehalten.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 15. April 2007, 13:30 Uhr
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstraße 10–12, 65185 Wiesbaden

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Geschäftsführers zum Geschäftsjahr 2006 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes

W. Wesjock
Dr. med. Wolfgang Wesjock, Präsident



Impressum

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. herausgegeben und erscheint im Georg Thieme Verlag KG. Die Zeitung erscheint monatlich mit Doppelnummer im August/September.

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. • www.BDI.de • Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden • Tel.: 0611/181 33-0 • Fax: 0611/181 33-50 • E-Mail: info@BDI.de
• Präsident: Dr. med. Wolfgang Wesjock • Geschäftsführer: RA Helge Rühl

Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York • www.thieme.de • Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
• Tel.: 0711/8931-0, Fax: 0711/8931-235 • E-Mail: BDI-aktuell@thieme.de

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P • Redaktion (Mantelteil):
Dr. med. Stefanie Conrads (SC), Christiane Markwardt • Layout-Entwurf: Michael Zimmermann •
Herstellung und Layout: Andrea Hartmann • Redaktionsassistentin: Sabine Kloos • Druck: L.N.
Schaffrath, Marktweg 42-50, 47608 Geldern • Satz (Kongresse und Services): stm media GmbH,
Friedrichstraße 10, 06366 Köthen

Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe: Sven Bedau, Doreen Brodmann, Thomas
Bublitz, Prof. Dr. Christoph F. Dietrich, Dr. Horst Gross, Stephanie Hügler, Dr. André Ignee,
Dr. Christine Kopf-Schiller, Dr. Michael Kulzer, Gabriele Matzkies (ma), Dr. Michael Metzke,
PD Dr. Dieter Nürnberg, Renate Ronge, Klaus Schmidt (KS), Dr. Johannes Weiß, Dr. Martin Zeuner

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice
GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470,
E-Mail: manfred.marggraf@pharmedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6.
Kleinanzeigen schicken Sie bitte an die BDI-Geschäftsstelle (Adresse s.o.) oder an
rbornemann@bdi.de

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren und der Verlag große Sorgfalt daran verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitung entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitung abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.