

Inhalt

Belegärztliche Versorgung Rettung für die Belegärzte?

In manchen Regionen Deutschlands sind Belegärzte finanziell so unter Druck geraten, dass sie sogar ihre Zulassung zurückgegeben haben. Nun soll eine Lösung gefunden werden.

Seite 5

Weiterbildung in Großbritannien Breit gefächerte Ausbildung, schwierige Stellenlage

Großbritannien bietet deutschen Medizinerinnen eine fundierte Ausbildung, flache Hierarchien und ein gutes Gehalt. Doch das Ausbildungssystem wird derzeit umgekrempelt – und Weiterbildungsstellen sind eher rar.

Seite 8

Leitlinien in der Medizin Haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien

Die haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien wird von Medizinerinnen häufig unterschätzt. Lesen Sie, was Sie aus rechtlicher Sicht beachten müssen, wenn Sie sich an Leitlinien halten – oder von Leitlinien abweichen.

Seite 12

Telemedizin Sprechstunde am Computer

Es gibt unzählige telemedizinische Pilotprojekte. Doch dass Ärzte bald ausschließlich vor dem Bildschirm diagnostizieren, therapieren und gar operieren werden, steht nicht zu befürchten.

Seite 16

Impressum

Seite 14

Zeitplan der Reform

Was bringt die Gesundheitsreform?

Der Bundestag hat am 2. Februar endgültig über die Gesundheitsreform abgestimmt. Das Gesetz tritt somit am 1. April 2006 in Kraft, wichtige Teile jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt. Dazu zählen der Gesundheitsfonds und die Versicherungspflicht. Doch welche Veränderungen wird es in welchem Umfang geben – und wann tritt was in Kraft?

378 von 592 anwesenden Abgeordneten votierten am 2. Februar für die Gesundheitsreform, 206 waren dagegen, acht Politiker enthielten sich. Aus den Reihen der Koalition stimmten 20 SPD- und 23 Unionsabgeordnete gegen die Reform. Der Bundesrat hat dem Reformgesetz am 16. Februar zuge-

stimmt. Opposition und Verbände bekräftigten vor und nach der Schlussabstimmung ihre Kritik.

Bei der SPD stimmten unter anderem die Parteilinken Andrea Nahles und Niels Annen sowie die Gesundheitsexperten Karl Lauterbach und Wolfgang Wodarg dagegen. Bei der Union votierten unter anderem der frühere Fraktionschef Friedrich Merz und der Chef der Jungen Union, Philipp Mißfelder, mit Nein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wie auch die gesetzlichen Krankenkassen rückten von ihrer strikten Ablehnung der Reform ab.



Bild: Creative Collection

... über die Abstimmung im Bundestag sowie Stichpunkte zu den wichtigsten Änderungen lesen Sie auf Seite 3

Baustelle Gesundheitswesen (Folge 3): Ärztliche Vergütung

Ein Nullsummenspiel

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ursprünglich mit dem neuen EBM versucht, die Budgetierung im Gesundheitswesen für die ärztliche Vergütung aufzubrechen. Mithilfe einer angeblich betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenordnung wollte man klarmachen, dass das Geld für die ambulante Versorgung nicht reicht, wenn das jetzige Leistungsvolumen erhalten bleibt. Die KBV war aber politisch nicht in der Lage, diese echte Chance umzusetzen. Nun wird ein zweiter Anlauf unternommen.

Man hat es hingenommen, dass in den Verträgen zum neuen EBM die letzten Hinweise auf den Punktwert von 5,11 Cent durch die Krankenkassen eliminiert wurden. Damit ist die Chance verspielt worden, zumindest in Schiedsamtverhandlungen diesen Punktwert noch rechtsicher zu reklamieren. Deshalb wurde ein zweiter Anlauf unternommen.

Noch bestand die Hoffnung, dass der Gesetzgeber die Unterfinanzierung des ambulanten Bereiches erkennt und durch eine Neuordnung bei der Gesundheitsreform behebt. Von der KBV wurde – neben einer Beseitigung der Budgetierung – auch eine deutliche Aufwertung der Finanzierung der ambulanten Versorgung eingefordert. Die Versprechungen der Gesundheitsministerin, hier Abhilfe zu schaffen, waren aber trügerisch. Das sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) zeigt nun, wie sich die Politik die Verbesserung der ambulanten ärztlichen Vergütung vorstellt: als Nullsummenspiel.

... lesen Sie weiter auf Seite 2



Glückwunsch und Bilanz

125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) besteht seit 125 Jahren. Der Berufsverband der Deutschen Internisten gratuliert seinem Schwesternverband zu diesem bemerkenswerten Jubiläum. Zeugt es doch davon, dass die Innere Medizin über so lange Zeit trotz aller politischen Schwierigkeiten als einheitliches Fach Bestand hat.

Schlüssel dazu ist eine einheitliche Aus- und Weiterbildung, die wieder einen Facharzt für Innere Medizin unabhängig von den Schwerpunkten möglich macht. Hier ist man im Übrigen auch in der heutigen Zeit auf einem guten Weg. Auf dem nächsten Deutschen Ärztetag ziehen DGIM und BDI an einem Strang, um den für die ambulante und stationäre Versorgung wichtigen Internisten in der Weiterbildungsordnung abzusichern.

... lesen Sie weiter auf Seite 4

Ökonomisierung der ärztlichen Versorgung

Neue Aufgaben für die Berufsverbände

Im nachfolgenden Beitrag soll vor dem Hintergrund des GKV-WSG dargestellt werden, wie die Ökonomisierung der vertragsärztlichen Versorgung weiter-schreitet. Die Ökonomisierung stärkt die Berufsverbände, ja macht sie notwendiger als zuvor, sind doch die Körperschaften durch ihre enge rechtliche Bindung an den Staat nicht oder nicht ausreichend in der Lage, die Interessen der Ärzte zu vertreten. Zuvor soll aber eine übergreifende längerfristige Perspektive für unsere Gesundheitsversorgung vorgestellt werden.

Alle Industriestaaten stehen vor dem Problem, dass ihre Ausgaben bzw. der Bedarf der Bevölkerung für Gesundheitsleistungen schneller wächst als die Ressourcen, die dem System zur Verfügung gestellt werden. Die bedarfsteigernden Faktoren sind hinlänglich bekannt und werden auch ausführlich diskutiert. An der Spitze sind hier zunächst der medizinisch-technische Fortschritt und die Demografie bzw. die älter werdende Bevölkerung zu nennen. Beide Entwicklungen zusammen sorgen für einen raschen Anstieg des Bedarfes an Gesundheitsleistungen.

... lesen Sie weiter auf Seite 6

Editorial

125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Der 20. April 1882 ist der Gründungstag der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; in diesem Jahr feiert sie ihr 125-jähriges Jubiläum.

Damit ist die DGIM älter als der Deutsche Ärztetag, oberstes Organ der verfassten Ärzteschaft. Die Innere Medizin war und ist die „Mutter“ der konservativen Medizin. Aus ihr haben sich Gebiete abgespalten und in ihr neue gebildet. Die Innere Medizin hat so die Entwicklung der

gesamten Medizin beeinflusst und sie damit maßgeblich gestaltet. Sie kann stolz auf das Erreichte zurückblicken.

Die Verpflichtung zu Forschung und Wissenschaft mit dem Ziel, dem kranken Menschen zu dienen und die Mahnung, die Einheit der Inneren Medizin für die Behandlung der Patienten zu erhalten, sind unverändert zentrale Maximen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Der Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. wird im Jahre 2009 seinen 50. Geburtstag feiern können. Er entstand 1959 als berufspolitische Interessenvertretung aller Internisten in Klinik und Praxis aus der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin heraus, die satzungsgemäß vorrangig der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Inneren Medizin verpflichtet war und ist. Diese berufspolitische Vertretung ist und bleibt Aufgabe und zugleich Programm des BDI.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Der rasche gesellschaftliche Wandel, der sich im 21. Jahrhundert noch beschleunigen wird, wird auch eine Neuorientierung unserer beiden internistischen Gesellschaften erfordern. Die Bereiche Wissenschaft und (Berufs-)Politik lassen sich heute nicht mehr wie früher trennen. Beide müssen sich der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Situation

stellen und unterliegen den gleichen gesamtpolitischen Rahmenbedingungen.

DGIM und BDI nehmen das 125. Jubiläum zum Anlass, die zukünftige Zusammenarbeit noch enger aufeinander abzustimmen mit dem Ziel, neue Erkenntnisse bei Diagnose und Therapie innerer Erkrankungen auch unter den rapide zunehmenden ökonomischen Zwängen und den zweifellos korrekturbedürftigen Arbeitsbedingungen der in Deutschland arbeitenden Internistinnen und Internisten unseren Patienten weiterhin zukommen zu lassen.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident

Baustelle Gesundheitswesen (Folge 3): Ärztliche Vergütung (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Nullsummenspiel

- **Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**

Mit welchen Vorgaben haben wir zu rechnen? Ab 1. Januar 2009 wird es im § 85a eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung geben. Es wird eine regionale Euro-Gebührenordnung für die einzelnen KV-Bezirke mit einheitlichen und festen Preisen für die ärztlichen Leistungen geschaffen. Diese Punktwerte richten sich aber wieder nach einer Gesamtvergütung – und sind damit grundsätzlich nicht betriebswirtschaftlich orientiert. Am 31. Oktober eines jeweiligen Honorarjahres muss über die Morbiditätsorientierung zwischen Krankenkassen und zuständigen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung morbiditätsorientiert vereinbart werden. Die Politik und der Gesetzgeber haben die Hoffnung, dass bis zu diesem Zeitpunkt ein Morbiditätsindex erarbeitet ist, der diese Verhandlungen überhaupt erst möglich macht. Der Bewertungsausschuss bestimmt ein Verfahren dieses morbiditätsorientierten Leistungsbedarfs, den dann die Krankenkassen auch vollständig vergüten müssen.

- **Wieder Vergütung über Regelleistungsvolumina**

Zweiter wichtiger Punkt ist der § 85b, der die ärztliche Vergütung wieder über die Regelleistungsvolumina definiert. Über die Gesamtvergütung wird der einzelne Arzt von der KV über dieses System bezahlt. Die Preise werden dementsprechend bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens abgestaffelt. Sollte es zu einer Steigerung der Morbidität kommen, muss dieses Regelleistungsvolumen erhöht werden. All dies hat der Bewertungsausschuss erstmalig am

31. August 2008 in der Ausführung zu beschließen.

Weitere Punkte sind die §§87 Abs. 2, 2a-2d. Hier wird die Reform des EBM zum 31. Oktober 2007 abgehandelt. Die Abschaffung der Bewertung ärztlicher Leistungen hat auf betriebswirtschaftlicher Basis stattzufinden. Diese Vorgabe muss man sich genau in ihrer Konsequenz in Beziehung zur Gesamtvergütung und zu den Regelleistungsvolumina überlegen. Die Einführung oder Beibehaltung der Gesamtvergütung entspricht der seitherigen Budgetierung. Wird ein Punktwert festgesetzt, der nicht abgestaffelt im Regelleistungsvolumen abgesichert ist, und wird die Abstufung betriebswirtschaftlich begründet, so bleibt als einzige Variable das Regelleistungsvolumen. Kommt es zu einer Leistungsvermehrung mit mehr Leistungen, die betriebswirtschaftlich abgestaffelt berechnet, aber dennoch vergütet werden, so besteht die Gefahr, dass die Definition des Regelleistungsvolumens mehr nach finanziellen Möglichkeiten der Gesamtvergütung als nach der vom Gesetzgeber angedachten Morbidität bestimmt wird. Hier besteht ein nicht auflösbarer Widerspruch in den Vorgaben des Gesetzgebers.

Dieser möchte im Übrigen die hausärztlichen Leistungen als Versichertenpauschale abbilden. Ansonsten fordert er Einzelleistungsvergütung und Leistungskomplexe bei besonders förderungswürdigen Leistungen. Im fachärztlichen Bereich gibt es diagnosebezogene Fallpauschalen. Hier entsteht der Eindruck, dass man sich an den DRGs orientieren will. Für die Krankenkassen besonders interessant ist die Festlegung der bundesweiten Orientierungswerte, die im § 87 Abs. 2, 2e-2h geregelt ist.

Zur Beruhigung der Krankenkassen ist dort vermerkt, dass eine kostenneutrale Ermittlung des bundeseinheitlichen Punktwertes aus dem auf 2009 hochgerechneten Abrechnungsergebnis 2008 zu erfolgen hat.

- **Im Klartext: Keine Spur von Morbiditätsbezug!**

Über allem steht weiter das Budget, das sich aus den vorangegangenen Ausgaben definiert. Von Morbiditätsbezug und betriebswirtschaftlicher Betrachtung keine Spur. Um noch eins draufzusetzen wird auch noch mal die sattsam bekannte Beitragsstabilität beschworen, die von den Krankenkassen bei Honorarverhandlungen ohnehin gebetsmühlenartig eingebracht wird, um berechnete Honorarforderungen der Vertragsärzte zu unterbinden. Es hat sich also somit am System durch das WSG nichts geändert. Die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung ist festgeschrieben. Die Kassenärztliche Vereinigung wird aufgrund der gesetzlichen Bedingungen gezwungen sein, den Mangel zu Lasten ihrer Mitglieder zu verwalten.

HFS

Nachruf

Nach langer und schwerer Krankheit verstarb Dr. med. Hartwig Holzgartner am 12. Februar 2007 wenige Wochen vor seinem 80. Geburtstag.

Hartwig Holzgartner war von 1977 bis 1993 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. / Landesgruppe Bayern im BDI e.V. und baute während dieser Zeit die Strukturen für zentrale und regionale Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen internistischen Themen weiter aus. Ebenso vertrat er mit nachhaltigem Engagement die spezifisch-internistischen und gesamtärztlichen Belange in den ärztlichen Körperschaften und in der Öffentlichkeit. Gründung und Ausbau des bis heute breit anerkannten internistischen Fachorgans der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V., der Zeitschrift „Der Bayerische Internist“, war ihm ein besonders wichtiges Anliegen. Gleichfalls war es für Hartwig Holzgartner eine selbstverständliche Verpflichtung, nach der Grenzöffnung schon 1990 Verbindungen zu der Ärzteschaft in Tschechien aufzunehmen und gemeinsame Veranstaltungen und Projekte zu planen und umzusetzen.



Dr. med. Hartwig Holzgartner

Das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und das Goldene Ehrenzeichen der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. sind Ausdruck seiner Anerkennung. Auch in den Jahren seiner schweren Krankheit zeigte Hartwig Holzgartner Vertrauen, Lebensmut und Disziplin. Bis zuletzt nahm er regen Anteil an unserem Verband und war bei anstehenden Entscheidungen stets präsent. Am 16. Februar nahmen wir Abschied auf dem Friedhof München-Oberföhring. Unsere Anteilnahme gilt seiner Gattin und seiner Familie. Unvergessen wird Kollege Hartwig Holzgartner einen festen Platz in der Geschichte unseres Verbandes einnehmen.

Dr. med. Wolf von Römer,
Dr. med. Hartwig Stöckle

Personalia

Geburtstage

Am 11. März 2007 konnte Herr Dr. med. **Volker Aldinger**, Hassloch/Pfalz, langjähriger Vorsitzender der ehemaligen Landesgruppe Pfalz im BDI e.V., seinen 65. Geburtstag feiern.

Ebenfalls sein 65. Lebensjahr vollendete am 19. März 2007 Herr Dr. med. **Wolf-Dieter Kirsten**, Hannover, ehemaliger Vorsitzender der Landesgruppe Hannover und langjähriges Vorstandsmitglied und 1. Vizepräsident des BDI e.V.

Der BDI gratuliert den Jubilaren herzlich und wünscht noch viele segensreiche Jahre.

Zeitplan der Reform (Fortsetzung von Seite 1)

Was bringt die Gesundheitsreform?

● Reaktion der Beteiligten im Gesundheitswesen

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler betonte, dass die KBV nach wie vor alle Elemente der Reform ablehne, die zu Zentralismus, Staatsmedizin und staatlicher Beeinflussung des Patienten-Arzt-Verhältnisses führen. Bei aller Kritik sähe er aber auch Chancen, die die KBV im Interesse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nutzen wolle. Dazu gehöre die Möglichkeit, die Bindung der vertragsärztlichen Vergütung an die Grundlohnsomme zu lösen. Zwar werde die Budgetierung nicht vollständig aufgehoben und die finanzielle Unterdeckung ärztlicher Leistungen aus der Vergangenheit nicht behoben, aber aus dem Budgetdeckel sei ein Budgetsieb geworden. Damit sei die Chance groß, dass die Ärzte ab 2009 ein besseres Honorar für ihre Leistungen erwarten können. Hinzu komme, dass das Mor-

biditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen werde. Bewegung habe es auch beim § 73b SGB V gegeben, also den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Hier sollen KBV und KVen künftig als Vertragspartner tätig werden können, sofern eine hausärztliche Gruppe ihnen ein entsprechendes Mandat erteilt.

Der AOK-Bundesverband kündigte an, die Möglichkeiten der Reform nutzen zu wollen. AOK-Vorstandschef Hans Jürgen Ahrens versicherte, dass seine Kasse das Gesetz umsetzen werde. Der PKV-Verband kündigte eine Prüfung der materiellen Auswirkungen und juristischen Konsequenzen des Reformgesetzes an. Der Basistarif und die Portabilität der Altersrückstellungen greifen in geltende Versicherungsverträge ein und werden zu deutlichen Beitragssatzsteigerungen führen. Dass Steuermittel ausschließlich für GKV-Versicherte eingesetzt werden,

verstößt nach PKV-Ansicht eindeutig gegen das Grundgesetz.

Ein Hauptkritikpunkt der Reformgegner ist, dass die Beitragssätze steigen. Dabei hatten Union und SPD im Koalitionsvertrag vereinbart, die Sätze „mindestens stabil zu halten und möglichst zu senken“. Schon zu Jahresbeginn haben aber viele Kassen erhöht – im Schnitt um 0,6 Prozentpunkte. Das Entkoppeln von Beiträgen und Arbeitskosten wird durch die Gesundheitsreform nicht erreicht. Auch der Gesundheitsfonds stößt auf breite Ablehnung. Er bürokratisiere und verteuere das bestehende System und löse die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Kassen nicht. Kritiker bemängeln, dass die privaten Kassen nicht in den Fonds einzahlen. Gewerkschaften beklagen, dass Arbeitnehmer das Risiko von Kostensteigerungen tragen, weil sie mögliche Zusatzbeiträge alleine zahlen müssten.

KS

Die Reformpunkte im Einzelnen:

Nichtversicherte sollen vom 1. April 2007 an in die gesetzlichen Kassen zurückkehren können. Ab Juli 2007 bis zum Start des Basistarifs 2009 wird der bestehende Standardtarif der privaten Krankenversicherung für alle Menschen ohne Versicherungsschutz geöffnet. Danach gilt eine Versicherungspflicht.

Im Basistarif gibt es weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Der Beitrag zum Basistarif darf den GKV-Höchstbeitrag nicht übersteigen. Personen, die sich den Basistarif nicht leisten können, sollen Zuschüsse erhalten.

Ärzte sind verpflichtet, Patienten mit Basistarif zu behandeln und hierfür den 1,8-fachen Satz der GOÄ in Rechnung zu stellen. Den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der Basistarif-Versicherten erhält die Kassenärztliche Vereinigung.

● Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden auf Bundesebene in einen einzigen Spitzenverband überführt, der bundesweite Verträge aushandelt und im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen vertreten soll. Auf Landesebene bleibt indessen alles weitgehend wie bisher.

● Arzneimittel

Für jedes auf Rezept verkaufte Arzneimittel bekommen die Apotheker zusätzlich zu diesem Preis auch weiterhin einen Festzuschlag. Die vom Höchstzuschlag erhofften Einsparungen wurden durch die Erhöhung des Kassenrabatts von 2 auf 2,30 Euro, den die Apotheker der gesetzlichen Krankenkasse pro Arzneimittel zahlen, kompensiert. Die ursprünglich

geplante Regelung, wonach sich Apotheker an Rabattverträgen beteiligen, entfällt.

Einen Erstattungshöchstbetrag gibt es nur für Arzneimittel mit therapeutischen Alternativen, bei denen eine Kosten-Nutzen-Bewertung negativ ausgefallen ist.

Vor Verordnung von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten muss künftig ein zweiter Arzt zustimmen. Künftig wird die Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch eine gesundheitsökonomische Evaluation nach internationalen Standards ergänzt.

● Steuermittel

Der Bundeszuschuss für die gesetzlichen Kassen liegt 2007 und 2008 jeweils bei 2,5 und 2009 bei 4 Milliarden Euro. Anschließend soll der Betrag jährlich um weitere 1,5 bis auf 14 Milliarden Euro steigen. Nicht geklärt ist die Finanzierung. In dieser Legislaturperiode sollen die Kosten aus dem Bundeshaushalt beglichen werden. Wie es danach weitergeht, ist offen.

● Zuzahlung

Die Zuzahlungsregeln bleiben gleich. Neu ist, dass bereits chronisch kranke Menschen und diejenigen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre und älter sind, nur dann in den Genuss einer reduzierten Zuzahlung von 1% ihres Bruttoeinkommens kommen, wenn ihr Arzt ihnen therapiegerechtes Verhalten bescheinigt. Jüngere Menschen müssen ähnlich wie bei der zahnmedizinischen Versorgung ein Vorsorgeheft führen, um später, wenn sie chronisch erkranken, weniger zahlen zu müssen. Wie diese Regel genau definiert wird, muss der Bundesausschuss bestimmen.

● Leistungskatalog der GKV

Der Leistungskatalog der GKV wird in einzelnen Punkten erweitert. Versi-

cherte sollen zukünftig am Lebensende einen Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ erhalten. Versicherte sollen möglichst bis zum Tode zu Hause betreut werden können. Ferner werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, geriatrische Rehabilitation zu bezahlen.

Die von der Impfkommision (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden zu Pflichtleistungen.

Auch für Patienten in betreuten Wohnformen und in Einzelfällen in Heimen soll häusliche Krankenpflege verordnungsfähig sein. Auch Krankenhausärzte sollen diese Verordnungen ausstellen dürfen.

Mütter-/Väter-Kind-Kuren werden Pflichtleistung der GKV.

Die Behandlung von Patienten, die nach einer Schönheitsoperation erkranken, soll nicht mehr auf Kassenkosten erfolgen. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Naturheilmittel) können zukünftig von Krankenkassen als Satzungsleistung bezahlt werden.

Zum Reformstart am 1. April werden zunächst die Leistungen der Kassen bei Impfungen und Eltern-Kind-Kuren ausgeweitet. Für Selbstständige, die wenig verdienen, soll der Beitragssatz von 250 auf 170 Euro sinken.

● **Gemeinsamer Bundesausschuss**
Ursprünglich war im Entwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) vorgesehen, die entscheidungsberechtigten Bänke mit drei hauptamtlich tätigen Mitgliedern aus KBV- und DKG-Reihen und mit drei aus den Reihen des geplanten Spitzenverbands Bund zu besetzen. Ehrenamtlich sollten dagegen die Patientenvertreter sowie die unparteiischen G-BA-Mitglieder bleiben. Der Protest des G-BA-Vorsitzenden Dr. Rainer Hess hat

Zeitplan zur Honorarreform

2007

bis 30. April 2007: Gründung des Instituts durch Bewertungsausschuss inklusive Geschäfts- und Verfahrensordnung, Errichtung der ggf. erforderlichen Datenstellen.

Feststellung des Bewertungsausschusses zur Arbeitsfähigkeit des Instituts und zur Aufteilung von Aufgaben zwischen dem Institut der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die Übergangsphase (bis 31.10.2008).

bis 31. Oktober 2007: Beschluss des Bewertungsausschusses zum neuen EBM.

2008

spätestens zum 1. Januar 2008: Inkrafttreten des neuen EBM.

bis 1. Juni 2008: Lieferung der vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, an den Bewertungsausschuss (Daten für den Beschluss des BWA zum Orientierungswert im Regelfall).

bis 31. August 2008: Beschluss des Bewertungsausschusses

- zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs,
- zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes für den Punktwert im Regelfall sowie der Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur,
- zur Berechnung der erstmaligen Leistungsmenge für die regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
- zur Berechnungsformel für die erstmaligen artbezogenen Regelleistungsvolumina und zu den Abstufungsregelungen sowie
- zu Art, Umfang, Verfahren und Zeitpunkt der Datenübermittlung der Krankenkassen für die Beteiligten auf regionaler Ebene für die erstmaligen artbezogenen Regelleistungsvolumina.

bis 31. Oktober 2008: Beschluss des Bewertungsausschusses zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit im EBM. KVen übermitteln den Landesverbänden der Krankenkassen die für die erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen erforderlichen vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens die letzten vier Kalendervierteljahre umfassen.

spätestens ab 1. November 2008: volle Wahrnehmung der Aufgaben durch das Institut.

bis 15. November 2008: erstmalige Vereinbarung der regionalen Vertragspartner über

- regionale Punktwerte für den Regelfall,
- regionale Euro-Gebührenordnungen,
- morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen sowie über
- die regionalen Berechnungsregeln zu den Regelleistungsvolumina.

bis 30. November 2008: Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die Ärzte

2009

ab 1. Januar 2009: Vergütung der Ärzte nach dem neuen Vergütungssystem.

2010

ab 1. Januar 2010: erstmalige Preissteuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisreize.

2011

zum 1. Januar 2011: Inkrafttreten des EBM mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen

2012

bis 31. März 2012: Bericht des Bewertungsausschusses über Steuerungswirkungen der Preisdifferenzierung auf Niederlassungsverhalten der Ärzte. KS

jedoch für Korrekturen gesorgt.

Im G-BA werden nur der Ausschussvorsitzende und seine beiden unparteiischen Stellvertreter hauptberuflich tätig sein. Im Ausschuss sind der Spitzenverband der Krankenkassen und die Leistungserbringer mit jeweils fünf Stimmen vertreten. Die Vertragsärzte (KBV) und die Krankenhausgesellschaft (DKG) delegieren jeweils zwei und die Zahnärzte (KZBV) einen Vertreter. Die Arbeitsweise der Unterausschüsse, die von derzeit 27 auf neun reduziert werden, ist neu geregelt: Die Leitung soll nun entweder den beiden Unparteiischen oder den G-BA-Vorsitzenden obliegen.

Die Zusammensetzung der Leistungserbringerbank soll zukünftig fest geregelt sein. Auch bei Themen, die nichts

mit Krankenhäusern oder Zahnärzten zu tun haben, müssen deren Vertreter also mit beraten. Künftig wird es nur noch eine sektorübergreifende Beschlusskammer geben. Stimmen die Mitglieder beispielsweise über vertragsärztliche Angelegenheiten ab, sind nicht länger nur Vertreter der KBV bei der Abstimmung anwesend, sondern alle 13 stimmberechtigten Vertreter der Bänke. Außerdem verbessert sich die Besoldung der Unparteiischen. Erhielten sie Hess zufolge bislang etwa 1000 Euro monatlich als „Aufwandsentschädigung“, wird der „erhöhte Arbeitsaufwand“ sich künftig an Gehältern orientieren, die denen von Kassen- oder KBV-Vorständen ähneln.

KS

Der Gastkommentar

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – mehr Flexibilität für eine bessere Versorgung

Zum 1. Januar 2007 ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten. Aus Sicht des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) bewirkt es mehr Licht als Schatten und ist von daher in der Summe als zielführend im Sinne einer besseren Patientenversorgung anzusehen.

Die wesentlichen Vorteile des Gesetzes aus VLK-Sicht im Einzelnen:

Die für die leitenden Krankenhausärzte wichtigste Änderung liegt wohl in der Neuregelung bzw. Ergänzung des § 20 Abs. 2 der Ärztezulassungsverordnung. Hier schafft das Gesetz endlich Klarheit dahingehend, dass die **parallele Beschäftigung** von Ärzten in einem zugelassenen Krankenhaus mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar ist. Diese Klarstellung schafft die notwendige Flexibilität in personeller Hinsicht z. B. für einen erfolgreichen Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren durch Kranken-

häuser. Hierdurch wird gleichzeitig ein wichtiger Beitrag zur Überwindung der sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung geleistet. In diesem Sinne ist grundsätzlich aus VLK-Sicht ebenfalls positiv zu bewerten, dass nunmehr auch **niedergelassene Ärzte** aufgrund von Konsiliarverträgen oder aber als Teilzeitanestellte **im Krankenhaus beschäftigt** werden können. Umgekehrt können sich angestellte **Krankenhausärzte** künftig unter – in zeitlicher Hinsicht allerdings beschränkter – Fortführung ihrer stationären Tätigkeit als Vertragsärzte niederlassen. Die Möglichkeit der Beschränkung der vertragsärztlichen ambulanten Tätigkeit auf eine „halbe Zulassung“ trägt hier sicherlich zu einer weiteren Flexibilität bei.

Als positiv wird auch die nunmehr erfolgte **Klarstellung** der Gründungsvoraussetzung „**fachübergreifende Tätigkeit**“ für ein Medizinisches Versorgungszentrum gewertet: Nunmehr wird für eine fachübergreifende Tätigkeit auch die Tätigkeit in ver-

schiedenen Schwerpunkten eines Fachgebietes im weiterbildungsrechtlichen Sinne ausdrücklich als hinreichend angesehen. Diese Klarstellung beseitigt bestehende Rechtsunsicherheiten und wird somit zweifellos der Gründung Medizinischer Versorgungszentren Auftrieb verleihen. Das Gleiche gilt auch für die im Rahmen des Gesetzes erfolgte Präzisierung, dass die Tätigkeit von Ärzten derselben Fachrichtung, aber mit Tätigkeit in verschiedenen Versorgungsbereichen, als fachübergreifend im Sinne des Gesetzes anzusehen ist. Als weiterer Vorteil für leitende Krankenhausärzte ist auch zu werten, dass die bisherige Verpflichtung, einen gegen die Versagung einer **Ermächtigung** eingelegten Widerspruch innerhalb der Widerspruchsfrist auch zu begründen, nunmehr weggefallen ist. Positiv ist auch der Wegfall der **Altersgrenze** von 55 Jahren für die Niederlassung anzusehen. Dies kann vor allem für ältere leitende Kranken-



Prof. Dr. med. Hans-Fred Weiser ist Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) e.V.

hausärzte, welche aufgrund von Abteilungsschließungen, Krankenhausschließungen, Kündigungen usw. auf berufliche Alternativen angewiesen sind, eine mögliche Neuausrichtung fördern helfen. Auch die weiteren Flexibilisierungen durch erweiterte

Möglichkeiten von „Filiabildungen“ sowie der Bildung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften sind im Grundsatz ebenso zu begrüßen, da sie auch für Medizinische Versorgungszentren gelten und somit auch von Krankenhäusern und leitenden Krankenhausärzten genutzt werden können. Allerdings werden hier insbesondere aufgrund nach wie vor entgegenstehender berufsrechtlicher Hindernisse voraussichtlich „die Bäume nicht in den Himmel wachsen“ können.

Negativ aus VLK-Sicht ist hinsichtlich der im Gesetz enthaltenen Neuregelung für die Medizinischen Versorgungszentren auf das neu eingeführte Erfordernis einer **selbstschuldnerischen Bürgschaft** hinzuweisen. Diese ist vom Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums dann abzugeben, wenn das MVZ in der

Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (z.B. GmbH) betrieben wird. Dieses Erfordernis kann für gemeinnützige Krankenhausträger zu erheblichen Schwierigkeiten jedenfalls dann führen, wenn diese Bürgschaft tatsächlich in Anspruch genommen werden sollte. Andererseits ist die Neuregelung soweit in der Sache durchaus nachvollziehbar, da ohne eine derartige Sicherheit eventuelle Regressansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung gegen die Träger eines MVZ aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Arzneimittelprüfungen etc. häufig kaum realisierbar wären, da das vorhandene Haftungskapital der Trägergesellschaften des MVZ nicht ausreicht.

Nicht nur positiv sieht der VLK die bereits vorerwähnte jetzt mögliche Einbindung **niedergelassener Ärzte als Teilzeitanestellte** im Krankenhaus: Es muss damit gerechnet werden, dass niedergelassene Ärzte ihre Position als „Zuweiser“ und die sich daraus ergebende „Abhängigkeit“ der Krankenhäuser ausnutzen. Hier ist sicherlich eine begleitende Beobachtung vonnöten um zu verhindern, dass positiv angedachte Gesetzesregelungen durch unlauteres Handeln konterkariert werden.

Prof. Dr. med. Hans-Fred Weiser



Bild: DGIM

Glückwunsch und Bilanz (Fortsetzung von Seite 1)

125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

● **Trennung in zwei Verbände: DGIM und BDI**

Viele fragen sich, warum es zwei Verbände zur Vertretung des Faches Innere Medizin gibt. Sie überlegen, ob man die Vertretung der Internisten nicht zusammenfassen kann. Manche Mitglieder glauben sogar, sie seien automatisch BDI-Mitglied, wenn sie in der DGIM organisiert sind und umgekehrt.

Diese Trennung hat historische Gründe. Bis in die 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts gab es tatsächlich nur einen einzelnen Verband, nämlich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin.

Die berufspolitische Diskussion über die medizinische Gebührenordnung machte aber eine Geschäftsteilung und damit einen politisch orientierten Berufsverband der Internisten (BDI) dringend erforderlich, um die berechtigten Forderungen der Internisten insbesondere bezüglich

der Honorierung umzusetzen.

„Getrennt marschieren, aber vereint schlagen“ hieß damals die Devise.

● **Kooperation wird groß geschrieben**

Für die Internisten ergab sich durch die Trennung der beiden Verbände eine Aufgabenteilung. Wissenschaft,



Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III – Großhadern – des Klinikums der Universität München, ist im Jahr 2006/2007 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).

Bild: DGIM



Ein Muss für jeden Internisten: Der Internistenkongress der DGIM in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden im April.

Aus- und Weiterbildung waren mehr bei der DGIM angesiedelt, die politische Vertretung vor allem auch gegenüber den Körperschaften Kassenärztliche Vereinigung und den Ärztekammern sowie die Fortbildung mehr beim BDI.

Im Laufe der Jahre haben sich die Grenzen aber immer mehr verwischt. Durch die Entwicklung der Schwerpunkte in der Inneren Medizin ist der rein wissenschaftlich



Der diesjährige Internistenkongress findet vom 14. bis 18. April 2007 statt. Vom 25. bis 27. Oktober veranstalten BDI und DGIM gemeinsam den Internistentag in Berlin.

angelegte Kongress in Wiesbaden immer mehr zu einer hochkarätigen Fortbildungsveranstaltung umgestaltet worden. Auch hat die DGIM im Laufe der Zeit bemerkt, dass eine politische Aktivität auch in wissenschaftlichen Bereichen für einen Erfolg dringend notwendig ist. Der BDI wird insbesondere mehr medizinisches Know-how brauchen, das ihm die DGIM liefern kann, wenn er kompetent in Zukunft Versorgungsverträge abschließen will.



Fortbildung auf höchstem wissenschaftlichen Niveau beim Internistenkongress in Wiesbaden.

Es ist wie überall in der heutigen Zeit: Integration wird auch zwischen diesen beiden Verbänden großgeschrieben. In der Absprache und der Kooperation liegt die Zukunft, wenn man auf den verschiedenen Feldern der Inneren Medizin bestehen will. Erstes Signal für eine erfolgreiche Zusammenarbeit wird der Deutsche Internistentag in Berlin im Herbst dieses Jahres sein. Nach 125 Jahren DGIM ist die Zeit für eine Annäherung wiedergekommen, beide Verbände sind aufeinander angewiesen, wollen sie der Inneren Medizin auch in Zukunft zum Erfolg verhelfen.

HFS

Belegärztliche Versorgung

Rettung für die Belegärzte?

Durch die Neuordnung des EBM und die unterschiedlichen Handhabungen in den Honorarverteilungsverträgen sind in einzelnen Regionen in der Bundesrepublik Deutschland die Belegärzte finanziell massiv unter Druck geraten. Dies hat dazu geführt, dass einige Belegärzte ihre Zulassung zurückgegeben haben, sodass rein auf belegärztliche Tätigkeit ausgerichtete Krankenhäuser in Schwierigkeiten geraten sind. Dabei sind in einzelnen Regionen Umsatzverluste bis zu 50 Prozent und mehr aufgetreten, so dass die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr in der Lage waren, kostendeckend ihre Arbeit im Krankenhaus auszuführen.

Seit Einführung des EBM 2000 plus sind inzwischen fast zwei Jahre vergangen. So lange hat es gedauert, bis der erste Versuch einer Rettung des belegärztlichen Honorars im Bewertungsausschuss unternommen wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat von Anfang an versucht, das Defizit des EBM 2000 plus bei der Kalkulation stationärer Leistungen auszugleichen, die Krankenkassen haben – wie häufig – inhaltlich verhandelt. Erst eine gesetzliche Regelung im Wettbewerbsstärkungsgesetz, nach der bis zum 1. April 2007 eine ausreichende Lösung gefunden werden muss, hat die Krankenkassen zum Laufen gebracht.

● Welche Probleme haben die Belegärzte bei der Vergütung?

Die Krankenhäuser werden über DRGs vergütet, deren Systematik permanent überarbeitet wird. Es

kommen immer neue Leistungen hinzu, deren ärztlicher Anteil im EBM nicht abgebildet wird. Dadurch entstehen immer mehr Leistungen, die der Belegarzt am Krankenhaus für Gottes Lohn erbringen muss. Davon unabhängig kann die Kalkulation ambulanter Leistungen nicht ohne Weiteres auf die stationäre Versorgung übertragen werden. Hier sind neue Vergütungsansätze notwendig, die die Kassenärztliche Vereinigung in einem neuen Kapitel eingebracht hat.

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser über Einzelverträge finanziert werden und deshalb in einem Konkurrenzkampf untereinander stehen. Krankenhäuser kennen eben keine Kollektivverträge und damit auch keine Mengenbegrenzung, die teilweise in den Kassenärztlichen Vereinigungen auch auf die belegärztliche Versorgung ausgedehnt wird. Dies

führt zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen den Krankenhäusern mit und ohne belegärztliche Versorgung. Während die Krankenhäuser mit Hauptabteilung versuchen, ihre Fallzahlen zu steigern, um in der Konvergenzphase zu überleben, bremst die Honorarverteilung die Belegärzte und die belegärztliche Versorgung aus. Es ist deshalb notwendig eine extrabudgetäre Vergütung zu vereinbaren.

In diesem Punkt haben die Krankenkassen ein Einsehen gehabt. Es ist ihnen deshalb leicht gefallen, weil sie aufgrund der Statistiken wissen, dass eine Zunahme der Fallzahlen im stationären Bereich ohnehin nicht zu erwarten ist. Den Krankenkassen ist auch klar gewesen, dass eine bessere Finanzierung der belegärztlichen Vergütung zusätzlich notwendig ist. Sie wollen vermeiden, dass sich die belegärztlich geführten Krankenhäuser

in Hauptabteilungen umwandeln und es hier zu einem Kostenschub im stationären Versorgungsbereich kommt. Dann sind ihnen die 74 Millionen zusätzliches Geld für die Belegärzte doch lieber.

● Ein ungedeckter Scheck

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die neuen Regelungen für die Belegärzte als großen Erfolg verkauft. Niemand weiß aber, wie die 74 Millionen auf die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werden. Zudem haben sich die Krankenkassen auch nicht bereit erklärt, einen bundesweit einheitlichen Punktwert zu vereinbaren. Damit hängen die Belegärzte erneut an den Verhandlungen auf regionaler Ebene zwischen ihrer KV und den dortigen Krankenkassen. Dass hier sehr häufig gemauert wird, sieht man an der Umsetzung des Schiedspruchs für stationärsersetzende Leistungen. Dieser hätte bereits am 1. Januar 2007 umgesetzt werden sollen. In den meisten Ländern ist es bisher noch nicht gelungen, zu einer vernünftigen Vereinbarung zwischen den Vertragsärzten und den Krankenkassen zu kommen, sodass die Umsetzung ins Stocken geraten ist. Es ist zu befürchten, dass sich Ähnliches auch bei der Vereinbarung über die Belegärzte wiederholt. So lange die Belegärzte in Deutschland nicht wissen, wie in ihrer regionalen KV der Punktwert für die extrabudgetär zu finanzierenden Leistungen aussieht, so lange handelt es sich bei der Vereinbarung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss um einen ungedeckten Scheck.

Man kann nur hoffen, dass das Bundesgesundheitsministerium hier im Interesse der KVen und der Vertragsärzte Druck auf die Krankenkassen ausübt, doch noch zu einem einheitlichen festen Punktwert entweder auf der Bundesebene oder durch zügige Verhandlungen in den Ländern zu kommen.

Erst danach wird man als Belegarzt in die Lage versetzt, die ausgehandelten Vorgaben wirklich zu bewerten. Bis dahin bleibt die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Mühe ausgehandelte Lösung leider nur eine Luftnummer.

HFS

Anzeige

Euthyrox/Jodthyrox

169 x 188

Ökonomisierung der ärztlichen Versorgung (Fortsetzung von Seite 1)

Neue Aufgaben für die Berufsverbände

Weitere Ausgabenfaktoren sind der Lebensstil des modernen Menschen sowie die vorhandenen Kapazitäten zur Diagnose und Therapie. Will man die älter werdende Bevölkerung immer mit dem jeweils neuesten Stand der medizinischen Möglichkeiten versorgen, so schätzen Gesundheitsökonomien, dass der Bedarf jährlich etwa um zwei bis drei Prozent real steigt. Das heißt, dass unter

Die spezifisch deutsche Problemlage

Die spezifisch deutsche Problemlage liegt in der Art der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für die GKV sind lediglich die sozialversicherungspflichtigen Einkommen Bemessungsgrundlage für die Beiträge. Die sozialversicherungspflichtigen Einkommen sind aber nur ein Ausschnitt der Gesamteinkommen, die in

Bedarf und Einnahmen der Krankenkassen herangezogen, indem die GKV-Vergütung selbst hinter dem durchschnittlichen Kostenanstieg zurückbleibt. Auch für 2007 wird der Zuwachs der Beiträge der Krankenkassen auf etwa ein halbes Prozent nominal geschätzt, obwohl das BIP um zwei Prozent steigen dürfte.

Die Reformstrategien der letzten 25 Jahre

Überblickt man die letzten 25 Jahre, so kann man feststellen, dass sich drei Reformstrategien nacheinander abgelöst haben. Die erste Reformstrategie war die Budgetierung, die etwa in der Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts begann und mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 seinen Höhepunkt hatte. Die Budgetierung versucht durch Festsetzung der Ausgaben die Finanzierungslücke quasi durch Gesetzesvorgabe zu schließen. Tatsächlich ist es auch in Deutschland gelungen, den Ausgabenanstieg ein Stück abzubremsen, freilich auch zu Lasten der Einkommen der Leistungserbringer.

Die zweite Reformstrategie, die etwa von Mitte der 90er Jahre bis zu dieser letzten Reform heraufreicht, kann als Umstrukturierung durch staatlich geregelten Wettbewerb beschrieben werden. Der Ansatz ist hier, dass man die Strukturen der Versorgung durch gesteuerten Wettbewerb bedarfsge rechter und effizienter gestalten will. Diese Strategie ist auch ein Schwerpunkt des GKV-WSG, wie noch zu zeigen sein wird.

Schließlich setzte dann eine dritte Strategie ein, die bis heute anhält. Dies ist der Versuch, die Finanzierungsgrundlagen neu zu definieren. In Holland wurde dies bereits zu Beginn des Jahres 2006 umgesetzt. In Deutschland sollte dies dann im Jahr 2007 geschehen, wobei allerdings durch die politische Konstellation letztlich keine wirkliche Finanzierungsreform durchgesetzt werden konnte. Es ist jedoch zu erwarten, dass in der nächsten Reform dort weiter gemacht wird, wo man 2007 Halt machte.

Das GKV-WSG

Die drei oben genannten Reformstrategien tauchen alle wieder in unterschiedlicher Gewichtung im GKV-WSG auf. Auch wenn es erklärte Absicht war, die Budgetierung zurückzudrängen bzw. ganz aufzulösen, ist sie nach wie vor Teil der Reformstrategie. Vorherrschend aber ist die Reorganisation bzw. die Restrukturierung des Systems durch Wettbewerb. Doch bevor im Einzelnen auf die Reform eingegangen wird, ist es wichtig, das System der GKV aus einer Makroperspektive kurz vorzustellen, damit die Detailregelungen auch verstanden werden können. Die gesetzliche Gesundheitsversorgung in Deutschland kann in drei Sub-

systeme unterteilt werden, die eingeraht werden von den europäischen und deutschen rechtlichen Rahmenbestimmungen. Die drei Subsysteme haben wir in der **Abbildung 2** wieder gegeben und können wie folgt beschrieben werden: Zunächst ist der Leistungsmarkt anzusehen. Hier werden die Patienten von Ärzten behandelt. Die Patienten selbst sind aber wiederum als Versicherte auch in den Finanzierungsmarkt eingebunden, in dem die Mittel aufgebracht werden, um die ärztliche Behandlung vergüten zu können. Im Finanzierungsmarkt stehen sich die Versicherten und die Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen gegenüber.

Schließlich gibt es noch einen dritten Teilmarkt, der für das deutsche System der GKV besonders bezeichnend ist. Diesen Teilmarkt nennen wir den Vertragsmarkt. Auf ihm stehen sich die Verbände der Krankenkassen mit den Verbänden der Leistungserbringer gegenüber, um die ökonomischen Bedingungen auszuhandeln, die an sich auf dem Leistungsmarkt geregelt werden müssten. Der Vertragsmarkt ist also subsidiär zu dem Leistungsmarkt zu sehen. Welches Steuerungsprinzip den drei Teilsystemen zugrunde liegt, soll zunächst offen bleiben.

Reform der Finanzierung im GKV-WSG

Wie schon angesprochen, sollte das GKV-WSG vor allem die Finanzierungsgrundlagen reformieren. Tatsächlich aber ist dies nicht gelungen. Zwar wurde ein Gesundheitsfonds kreiert, der die Beiträge der beitragspflichtigen Versicherten wie auch der Arbeitgeber sammelt und diese dann morbiditätsorientiert an die Krankenkassen weitergibt. Faktisch sammeln aber weiterhin die Krankenkassen Mittel ein, liefern die dann an den geplanten Gesundheitsfonds, der seinerseits nach entsprechenden Berechnungen diese Mittel morbiditätsadjustiert an die Krankenkassen zurückgibt. Erst dann wissen die Krankenkassen, wie viel Mittel ihnen für Vergütungen zur Verfügung stehen. Die Krankenkassen werden damit von einer Krankenversicherung zu einer Art Managementgesellschaft, die mit den vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Finanzmitteln beauftragt ist, die Versorgung ihrer Versicherten zu organisieren und zu optimieren. Für die Versicherten und Arbeitgeber wird es ab 2009 nur noch einen einzigen Beitragssatz geben, der politisch festgelegt ist. Damit kann mit Fug und Recht behauptet werden, dass insgesamt die GKV ein Stück staatsnäher ausgestaltet wird. Die eigentlichen Finanzierungsprobleme bleiben jedoch ungelöst, nämlich

- die Einbeziehung aller Einkommen in die Beitragspflicht,

- die Abkoppelung der Beiträge von den Arbeitskosten,
- die Bildung von Rückstellungen. Die versprochenen Steuermittel können zu einem Danaergeschenk werden, denn Steuermittel bedeuten auch verstärkte staatliche Mittelkontrolle!

Die Restrukturierung des Vertragsmarktes

In den Vertragsbeziehungen bringt das GKV-WSG wohl die meisten und tiefgreifendsten Veränderungen. Auch wenn dieses Reformgesetz in der Logik eine Fortsetzung der begonnenen Restrukturierung aus der Reform 2000 ist, geht sie doch noch einmal ein gutes Stück weiter. Der Vertragsmarkt wird durch das GKV-WSG in zwei Segmente aufgespalten. In einem großen Segment werden die Leistungen bzw. die ökonomischen Beziehungen – wie bisher – in Form von Kollektivverträgen geregelt. Die typischen Vertragspartner sind hier die Landesverbände der Krankenkassen und auf der anderen Seite die KVen. Auf der Bundesebene wird es durch das WSG auf der Seite der Krankenkassen nur noch einen Spitzenverband Bund geben, der mit der

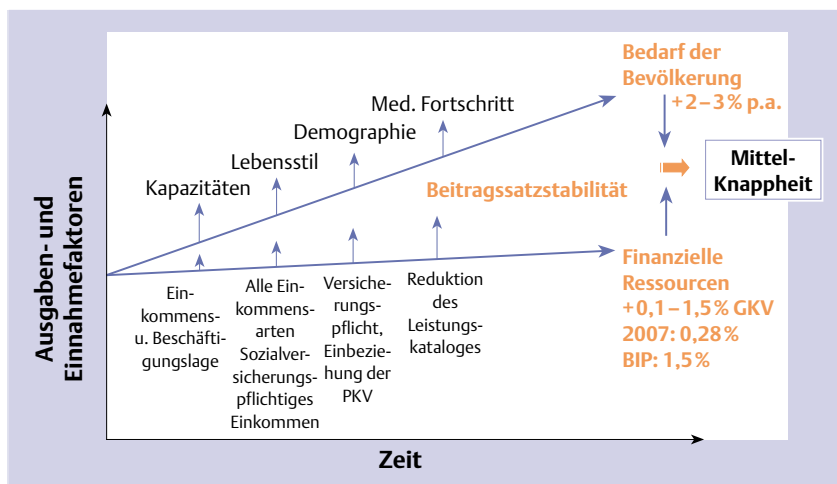


Abb. 1 Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem aller Industriestaaten und die spezifisch deutsche Problemlage

Berücksichtigung der Inflationsrate etwa vier bis fünf Prozent jährlich mehr für eine moderne Gesundheitsversorgung ausgegeben werden müsste. Den bedarfsteigernden Faktoren stehen die Faktoren gegenüber, die die finanziellen Ressourcen bzw. die Finanzierungsgrundlage der Gesundheitsversorgung ausmachen (siehe **Abb. 1**).

An der Spitze ist hier das Einkommenswachstum der Versicherungspflichtigen zu nennen. Dieses hängt wieder eng mit dem wirtschaftlichen Wachstum einer Volkswirtschaft zusammen. Das Einkommenswachstum ist die Quelle für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Weiter sind der Versicherungsumfang sowie die Versicherungspflichtigkeit der Bevölkerung zu nennen. Kennzeichnend ist, dass alle Staaten nicht automatisch die Finanzmittel so wachsen lassen, wie der Bedarf ansteigt. Dies führt zu einer zunehmenden Verknappung der Mittel für die Gesundheitsversorgung und zu Reformen.

einer Volkswirtschaft erwirtschaftet werden. In den letzten zehn Jahren stieg das Inlandsprodukt in Deutschland, weil die sozialversicherungspflichtigen Einkommen, das sind zugleich die Arbeitskosten der Unternehmen, gesunken und nicht gestiegen sind.

Schließlich wurde die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft in den letzten zehn Jahren dadurch gestärkt, dass die Urlaubs- und Weihnachtsgelder abgesenkt wurden, was zu einer Reduktion der Beitragseinnahmen der GKV führt. Und dies geschieht, obwohl auf der anderen Seite der Behandlungsbedarf weiter zunimmt. Auch die in großem Umfang durchgeführten Frühverrentungsmaßnahmen haben ähnliche Effekte. Die Gesundheitsreform 2007, die diesen Umstand eigentlich aufgreifen und beseitigen sollte, hat hier kläglich versagt. Ja, im Gegenteil, nach wie vor werden die Leistungserbringer, insbesondere aber die Vertragsärzte, zur Finanzierung der Lücke zwischen

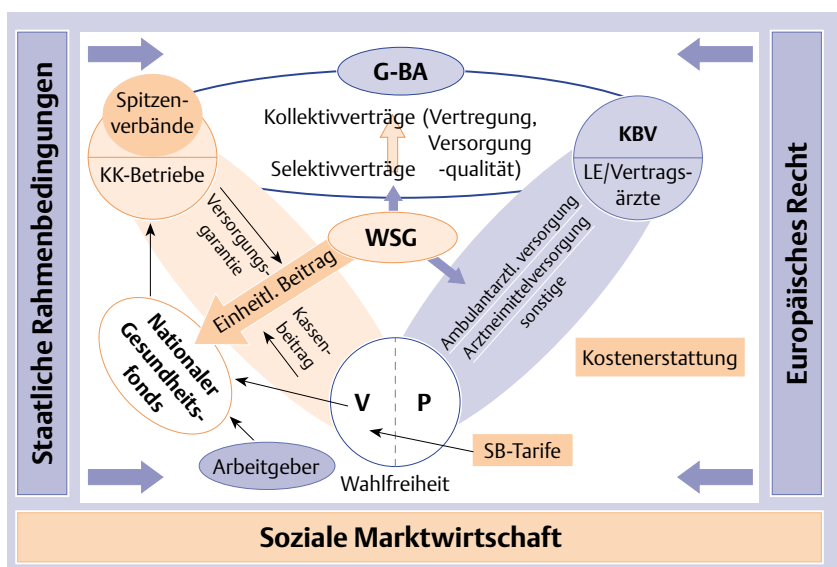


Abb. 2 GKV-Gesundheitsversorgung im Überblick

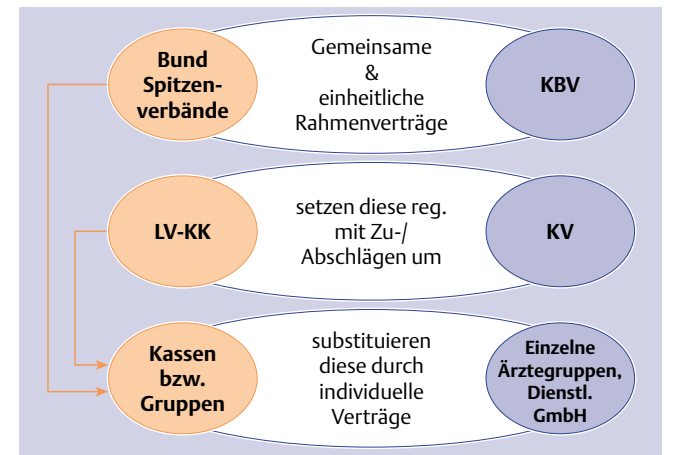


Abb. 3 Neugewichtung der Verbände im WSG

KBV die wichtigen Dinge zu klären hat. Generell werden im WSG diese kollektivvertraglichen Vereinbarungen stärker auf die Bundesebene konzentriert und deutschlandweit vereinheitlicht.

Das zweite, kleinere Segment im Vertragsbereich wird hingegen stärker dezentralisiert und individualisiert. Durch das Gesetz wird es möglich gemacht, dass sowohl Hausärzte wie Fachärzte mit einzelnen Krankenkassen ohne Hinzuziehung der jeweiligen KVen vertragliche Vereinbarungen treffen, wie sie heute nur zwischen KV und Kassenverbänden getroffen werden. In dem Umfang, wie solche individualrechtlichen Verträge geschlossen werden, wird der Bereich der kollektiven Verträge zurückgedrängt. Da in dem Bereich der Individualverträge aber die Verbände als Kollektive nicht mehr als Ansprechpartner gedacht sind, ist die Frage, wie sich nun die individualrechtlichen Beziehungen organisieren bzw. wer hier die Organisation und das Management übernimmt. Der Gesetzgeber lässt viele Möglichkeiten zu, wenn er davon spricht, dass einzelne Ärzte, Gruppen von Ärzten oder Verbände von Ärzten diese Verhandlungsführungen übernehmen können (siehe **Abb. 3**).

● **Neue Aufgaben für die Berufsverbände**

Es ist auch vorgesehen, dass die Individualverhandlungen an KVen delegiert werden können. Da aber aus Sicht der KVen diese individualrechtlichen Verträge deren ureigenes Gebiet, nämlich die Kollektivverträge, entsprechend verdrängen, sind Konflikte zu erwarten. An dieser Stelle dürfte für die Berufsverbände eine wichtige neue Funktion entstehen: Die Unterstützung ihrer Mitglieder beim Aufbau entsprechender Ver-

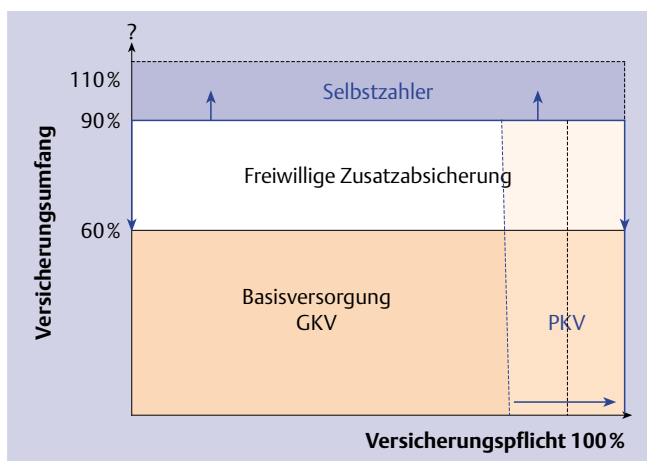


Abb. 4 Drei-Marktsegmente-Modell

tragsstrukturen, evtl. auch die Übernahme von vertraglichen Verhandlungen für ihre Mitglieder. Freilich muss dafür die jeweilige Infrastruktur geschaffen werden, über die die Berufsverbände heute nicht verfügen. So könnte es doch an vielen Stellen sinnvoll sein, die KVen bzw. ihre ausgegründeten Dienstleistungsgesellschaften mit der Verhandlungsführung zu beauftragen. Die Berufsverbände haben dann die Aufgabe, bei den Verhandlungen präsent zu sein

bzw. die Ziele der Verhandlungsführung entsprechend mitzugestalten.

● **Reform der privatärztlichen Versorgung**

Im Bereich der privatärztlichen Versorgung werden durch das WSG ebenfalls weitreichende Veränderungen eingeleitet. An der Spitze steht hier der beschlossene Basistarif für Privatversicherte. Innerhalb des Basistarifes werden Privatversicherte quasi den gesetzlich Versicherten gleichgestellt. Die Vergütung bleibt zwar weiterhin

die GOÄ, doch ist der Steigerungssatz auf das 1,8-fache begrenzt. Abweichungen davon müssen von der KBV und dem Verband der Privatversicherer ausgehandelt werden. Der Basistarif hat eine Reihe von sozialen

Elementen, die über die Vollversicherten zu finanzieren sind. Aus diesem Grunde ist zu erwarten, dass die privaten Vollversicherten mit einer Beitragssatzsteigerung zu rechnen haben. Hier findet also eine Art Solidar Ausgleich statt, der ursprünglich zwischen PKV und GKV geplant war. Für die Berufsverbände entsteht auch hier eine neue Aufgabe, die bislang so nicht wahrgenommen wurde. Die privaten Krankenversicherer haben nämlich, auch angestoßen durch das

WSG, den Wunsch, mit Verbänden von Ärzten freiwillige Vereinbarungen über die Honorierung und Leistungsqualität für ihre Vollversicherten abzuschließen. Hier wird es in absehbarer Zeit sinnvoll sein, wenn Berufsverbände ihre „Fühler“ ausstrecken und die Möglichkeiten von Vereinbarungen mit privaten Versicherungsunternehmen ausloten.

● **Mittelfristige Perspektive: Dreiteilung der Versorgung**

Die mittelfristigen Perspektiven für die Krankenversorgung in Deutschland laufen auf eine Dreiteilung der Versorgung hinaus (siehe Abb. 4). Einerseits wird eine Basisversorgung aufgebaut, in der alle Deutschen eine Pflicht zur Versicherung haben, sei es bei den Krankenkassen oder bei den privaten Versicherungsunternehmen. Der Basistarif ist schon hierbei der vorgezeichnete Weg. Neben dieser Basisversorgung wird sich aber auf mittlere Sicht sehr rasch eine Zusatzversorgung abbilden, weil auf längere Sicht die Basisversorgung nicht in dem Umfang zu finanzieren sein wird, wie das heute der Fall ist. Die Zusatzversicherung wird vor allen Dingen solche Leistungen umfassen, die aus Sicht der Basisversorgung keinen genügend hohen Evidenzlevel aufweisen und für die das Kostenwirksamkeitsverhältnis kein befriedigendes Ergebnis zeigt. Bürger, die sich aber jenseits dieser Begrenzung mit Leistungen versorgen lassen wollen, werden dies über eine freiwillige Zusatzabsicherung entsprechend tun können. Wer diese freiwillige Zusatzabsicherung anbietet, ist zunächst offen. Möglich ist es, dass

dies die Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen nebeneinander tun können. Schließlich wird es immer auch einen Markt für Selbstzahler geben. In diesem Bereich übernehmen

weder gesetzliche noch private Krankenversicherungen die Risikoabdeckung, weil die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu wenig nachgewiesen ist oder die Maßnahmen mehr der Kosmetik zuzuordnen sind. Auf lange Sicht werden sich die drei Märkte vor allen Dingen dadurch unterscheiden, dass Innovationen, die von den vielfältigen Industrien angeboten werden, in unterschiedlichem Umfang zur Verfügung gestellt werden.

● **Die nächsten Gesundheitsreformen**

Aufgrund der großen Probleme, die Versorgung in die oben skizzierte Dreiteilung zu bringen, kann man davon ausgehen, dass noch eine Reihe von Reformen ins Land stehen. Die Segmentierung der Versorgung ist nämlich in einer Demokratie äußerst brisant, insbesondere wenn mehr und mehr Wähler zu den Altersgruppen gehören, die Gesundheitsleistungen in hohem Umfang in Anspruch nehmen. Diesen potenziellen Wählerkreisen Leistungen vorzuenthalten, ist in der Demokratie denkbar schwierig zu

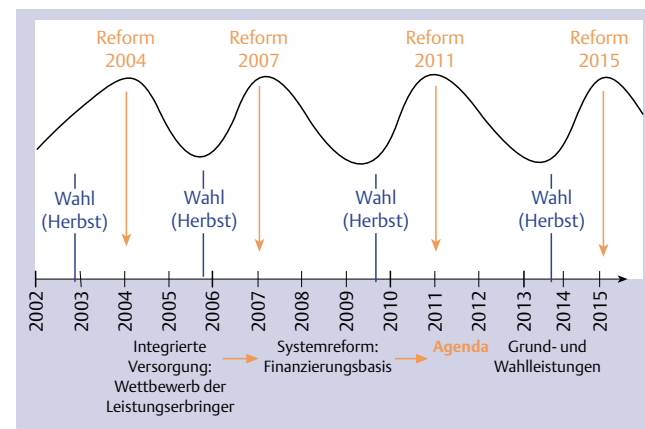


Abb. 5 Wahlzyklus und Reformzyklus in Deutschland

gestalten. Aus diesem Grunde erwarten wir auch in weiterer Zukunft im Rhythmus der letzten Gesundheitsreformen weitere Reformen.

Gehen wir vom Rhythmus der letzten Reformen aus, so findet eine Gesundheitsreform stets nach der jeweiligen Bundestagswahl statt. Die Vielzahl an Landtagswahlen lässt jeweils immer nur ein Datum für eine Gesundheitsreform günstig erscheinen, das ist nach dem ersten vollen Jahr nach der Wahl (siehe Abb. 5). Nach dieser Logik fand auch diesmal die Reform ihren Startpunkt im Jahr 2007. Dieser Logik folgend werden die nächsten Reformen im Jahr 2011 und im Jahr 2015 folgen. Auf sie gilt es sich bereits vorzubereiten.

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Prof. Dr. Günter Neubauer ist Inhaber des Lehrstuhls für „Volkswirtschaftslehre, insbesondere Sozial- und Gesundheitsökonomik“ an der Universität der Bundeswehr in München.

Aus der BDI-Landesgruppe Niedersachsen

Attraktive Kombination aus Politik und Fortbildung

Mit einem Novum wartete die erste Mitgliederversammlung des BDI-Landesverbandes Niedersachsen nach der Wahl des neuen Vorstands Ende Januar auf: Neben der traditionellen Standespolitik wurde hochkarätige Fortbildung geboten. Wegen des Erfolgs soll dies alljährlich im Januar wiederholt werden.

Da der Vorsitzende des Landesverbandes, Dr. Michael Bodammer, aus persönlichen Gründen verhindert war, leitete der stellvertretende Vorsitzende Dr. Klaus Jürgen König die Versammlung. Erfreut zeigt er sich, dass er mit Präsident Dr. Wolfgang Weslack und den Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer und Prof. Malte Ludwig nicht nur das komplette Präsidium des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V. in Hannover begrüßen konnte, sondern ebenfalls als Gast die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker.

Die Anregung, auf der Mitgliederversammlung auch wissenschaftliche Vorträge halten zu lassen, war von Dr. Bodammer gekommen. Der 2. Vizepräsident Prof. Ludwig hatte sich spontan als Referent zur Verfügung

gestellt. Planung und Organisation lagen in der Hand des Ehrenvorsitzenden des Landesverbandes, Dr. Wolf-Dieter Kirsten. Die Themen waren „Rationelle Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie“ (Dr. Dumann), „Therapie der AVK in einem zertifizierten Gefäßzentrum“ (Dr. Wieczorek) sowie „Farbduplexsonographie in der Diagnostik von Nierenarterienstenosen“ (Prof. Ludwig). Die Fortbildung wurde zertifiziert und mit fünf Punkten bewertet.

● **Radikaler Systemwechsel eingeleitet**

An den Bericht zur gesundheitspolitischen Lage von BDI-Präsident Weslack und seinem Ausblick auf das Jahr 2007 schloss sich eine lebhaft Diskussionsrunde mit zahlreichen Fragen aus dem Publikum an. Sie betrafen vor

allem die Weiterentwicklung der Inneren Medizin sowie die Auswirkungen der jüngeren Gesetzgebung – AVWG, VÄndG, GKV-WSG – auf die tägliche Arbeit. Der Kollege König wies in seinem Statement darauf hin, dass vor allem durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV ein radikaler Systemwechsel eingeleitet wird. Indem der Staat über den geplanten Gesundheitsfonds die Beiträge und Leistungen festlegt, eröffnet er den Weg in eine Staatsmedizin. Der im Gesetz vorgesehene „Dachverband“ für die Krankenkassen ist der Einstieg in die Einheitskasse, der Hausarzttarif führt einen Schritt weiter zum Primärarztssystem, und der Basistarif mit Kontrahierungszwang ruiniert die privaten Krankenkassen. Mit dem Schlagwort „Beseitigung der doppel-

ten Facharztschiene“ ist laut König die Elimination der niedergelassenen Fachärzte und die Einrichtung von Polikliniken an den Krankenhäusern gemeint. Aus diesen Gründen sei es unbedingt notwendig, auch nach der Verabschiedung des Gesetzes den Kampf dagegen fortzuführen. Dabei kommt dem BDI, der mit 25000 Mitgliedern aus allen Versorgungsbereichen der größte europäische Fachärzterverband ist, eine wichtige Rolle zu. Neben der „großen“ Politik gehören natürlich auch Honorar- und Zulassungsfragen zu den Aufgaben, die im Bundesland gelöst werden müssen. Bisher haben sich darum mehr oder

weniger die einzelnen Berufsverbände wie BNK, BNFN oder BHI gekümmert. Der Wunsch des Vorstandes des Landesverbandes Niedersachsen ist es, sich wieder mehr der Gemeinsamkeiten des internistischen Berufs bewusst zu werden. Der BDI kann die einigende Klammer sein, der die unterschiedlichen Interessen bündelt und ein gemeinsames Vorgehen ermöglicht. Der BDI will daher in Niedersachsen das Gespräch mit allen internistischen Gruppierungen suchen und aktiv in der GFB sowie am „Runden Tisch“, einer Gesprächsrunde der KV Niedersachsen, mitwirken.

KS

Anzeige

Pentalog Motiv 2

111 x 50

Facharzt Innere Medizin in Großbritannien

Breit gefächerte Ausbildung, schwierige Stellenlage

Bis vor einigen Jahren galt Großbritannien für viele deutsche Mediziner als Paradies: Eine fundierte Weiterbildung, flache Hierarchien, ein gutes Gehalt – und vor allem viele interessante Stellen für deutsche Studienabsolventen. Seither hat sich einiges geändert. Das Ausbildungssystem wird derzeit umgekrempelt – und Weiterbildungsstellen sind eher rar.

Bis vor kurzem folgten auf das Studium an der Medical School ein Jahr als Preregistration Officer (PRHO), einem Äquivalent zum früheren AiP, zwei bis drei intensive Ausbildungsjahre als Senior House Officer (SHO), und eine mehrjährige Zeit als Specialist Registrar (Äquivalent zum Assistenzarzt). Der fertige Facharzt erreicht schließlich die Hierarchiestufe des Consultant, eines therapeutisch selbstständig arbeitenden Arztes. Seit der Einführung des „Modernising-Medical-Careers“-Programms (MMC) durchlaufen Universitätsabsolventen dagegen zunächst zwei sogenannte Foundation Years mit jeweils drei viermonatigen Praktika in Chirurgie, Allgemeinmedizin und verschiedenen Spezialisierungen. Die Auszubildenden sollen dabei breit gefächertes Wissen erwerben, haben aber auch bereits früh die Möglichkeit, sich auf eine künftige Spezialisierung vorzubereiten.

● Unsicherheiten über den Fortgang der Weiterbildung

Nach den Foundation Years beginnt die eigentliche Facharztausbildung – im Rahmen des sogenannten Specialist/GP-„Run Through“-Training-Programmes (auch „Specialist Training“ [ST]). „Die ganze Ausbildung ist in Bewegung. Es ist sehr schwierig, zur Zeit viel darüber zu sagen. Die Pläne des MMC sind einfach noch nicht in trockenen Tüchern“, sagt Dr. Christian Herzmann. Insgesamt drei Jahre hat er in Großbritannien gelebt und dort große Teile seiner Ausbildung absolviert. Heute arbeitet er als Assistenzarzt für Kardiologie in Berlin und ist in der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung (AGMS/DEÄV) als Sekretär aktiv. Diese unterstützt Deutsche, die sich für Weiterbildung oder Arbeit in England interessieren.

Im August dieses Jahres werden die ersten Absolventen das zweite Foundation Year beenden. Noch ist jedoch nicht wirklich klar, wie ihre Ausbildung danach weiter geht. „Die britische Regierung wollte die ersten beiden Jahre dazu nutzen, die Zeit danach zu organisieren“, berichtet Herzmann. Dies sei bis jetzt jedoch nur unzureichend geschehen. Grund seien die heftigen Widerstände von Berufsverbänden wie etwa dem Royal College of Physicians, dessen Mitglieder sich gegen eine Aufweichung der hohen medizinischen Ausbildungsstandards aussprechen.

● Teure Prüfung auf hohem Niveau

Auch während der ersten Jahre der Run-Through-Zeit bleiben die Inhalte sehr breit gefächert. Der künftige Facharzt erhält zunächst eine Grund-

ausbildung in Innerer Medizin, bevor er sich schließlich in den letzten Jahren auf eine genaue Spezialisierung, beispielsweise als Kardiologe, festlegt. Während der ersten Jahre der „Run-through“-Zeit muss jeder Arzt ein dreiteiliges Examen absolvieren, das aus zwei schriftlichen Teilen und einem praktisch-mündlichen Teil besteht. Die beiden schriftlichen Examina behandeln präklinisches und klinisches Wissen, die mündliche Prüfung besteht aus einem Parcours mit zehn Stationen, an denen der Prüfling



Thomas Hellwig, der einen Teil seiner Weiterbildung in Großbritannien absolviert hat, beim Cricketspiel mit Kollegen.

jeweils in fünf Minuten die Krankheit eines Patienten diagnostizieren muss. Neben Themen wie Kardiologie, Gastroenterologie, Dermatologie und Augenheilkunde werden hier auch Gesprächsführung und Anamnese abgefragt. Zwar könnten die Prüfungen beliebig oft wiederholt werden, doch die Teilnahme daran kostet mehrere hundert Pfund. Bei bestandener Prüfung wird der künftige Arzt Mitglied der englischen Ärztevereinigung Royal College of Physicians (MRCP). Am Ende einer erfolgreichen, vollständigen Run-through-Zeit erhält der Facharzt das Certificate of Completion of Training (CCT) und kann sich dann um eine Oberarztstelle als Consultant bewerben.

Für Absolventen der Foundation Years, die nicht sofort eine Stelle erhalten, gibt es eine kürzere Ausbildungsvariante, die sogenannten „New Fixed-Term Specialist Training Posts“ (FTSTA). Auf solchen „Überbrückungsstellen“ erwerben die künftigen Fachärzte bis zu zwei Jahre lang einen Teil der Kenntnisse der Run-through-Programme und können sich jederzeit für eine volle Stelle bewerben. Sie absolvieren allerdings nicht die ganze Ausbildung.

● Schlechte Stellenaussichten

Die Stellenlage für Bewerber aus dem Ausland ist in den letzten Jahren schlechter geworden. Besaßen deutsche Ärzte ohne fertiges AiP früher nur eine Teilapprobation und konnten sich daher gut um eine äquivalente Weiterbildungsstelle in England

bewerben, so gelten sie nun, nach Abschaffung des AiP, als überqualifiziert für das englische System. Es gebe sogar ein Memorandum der britischen Regierung, das den Krankenhäusern nahelege, keine Deutschen einzustellen, erzählt Herzmann. Zwar hielten sich nicht alle Kliniken an diese Vorgaben, doch sei eine erfolgreiche Bewerbung für junge Universitätsabsolventen schwieriger geworden. Hinzu komme, dass durch die EU-Erweiterung immer mehr Ärzte aus Osteuropa einwanderten. „Seit zwei Jahren gibt

es nun auch in Großbritannien arbeitslose Ärzte“, sagt Herzmann. Auch nach den ersten beiden Foundation Years ist es schwer, eine Facharztweiterbildungsstelle im Rahmen der „Run-through-Programme“ zu erhalten. Die Weiterbildungsplätze werden zentral über den Medical Training Application Service vergeben. Für diesen Abschnitt gibt es selbst für die Briten zu wenig Stellen, sodass Ausländer es umso schwerer haben, sagt Herzmann. Wer sich dennoch nicht abschrecken lassen will, kann bei der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung ein Handbuch mit Hilfen für die Bewerbung anfordern.

● Gute Arbeitsbedingungen

Die Gehälter sind in Großbritannien höher als in Deutschland, allerdings auch die Lebenshaltungskosten. Die Arbeitszeiten für junge Ärzte variieren, seien aber, so Christian Herzmann, meist gut geregelt und würden von vornherein im Vertrag mit einkalkuliert. Überstunden würden voll bezahlt oder mit Freizeit ausgeglichen, die Wochenenddienste in der Abteilung aufgeteilt. Außerdem erhalte jeder Ausbildungswillige während der Arbeitszeit gute Möglichkeiten zur Weiterbildung. Mentoren (Educational Supervisors) kümmern sich während der Foundation Years gut um die künftigen Fachärzte. Allerdings ist es laut Herzmann schwierig, während der Ausbildung zwischen dem deutschen und dem englischen System zu wechseln. Er empfiehlt daher, die Ausbildung möglichst vollständig entwe-



der in England oder in Deutschland zu absolvieren.

Mit seinen britischen Kollegen hat der Internist nach eigenen Angaben nur gute Erfahrungen gesammelt: „Ich bin hervorragend aufgenommen worden.“ An kulturelle Besonderheiten müsse man sich aber gewöhnen. So sei es nicht üblich, sich gegenseitig in der Wohnung zu besuchen, man treffe sich eher an einem neutralen Ort, etwa im Pub. Besonders gut gefiel ihm der höfliche Umgang untereinander: „Ich bin dort nie von einem Vorgesetzten angeschrien worden“. Um den berühmten englischen Humor wirklich zu verstehen, benötige man allerdings sehr gute Sprachkenntnisse. Überhaupt sei es anfangs nicht leicht, sich mit der Sprache zurechtzufinden. „Die Briten haben zwar viel Verständnis, wenn man die Sprache nicht gut versteht“, sagt der Wahlberliner, „doch wer zu schlecht Englisch spricht, kann sogar seine Approbation verlieren“. Einen Sprachtest muss man als EU-Bürger nicht ablegen. Die meisten Kliniken fordern jedoch ein polizeiliches Führungszeugnis

● See one, do one, teach one

Auch Dr. Thomas Hellwig hat mit der englischen Sprache so seine Erfahrungen gesammelt. Der Kinderarzt arbeitet mittlerweile an einer Pariser Kinderklinik, hat jedoch seinen Facharzt in England gemacht und auch zwölf Monate in der Inneren Medizin gearbeitet. „Es ist etwas anderes, ein Bier im Pub zu bestellen oder einen Patienten mit schottischem Dialekt zu behandeln. Ein Deutscher muss verstehen, wie die Briten sich ausdrücken. Zum Beispiel muss er erkennen, was hinter den vielen Höflichkeitsformeln steckt. Wenn eine ältere Dame

in der Notfallaufnahme etwa sagt: ‚I have to spend a penny, doctor!‘, sollte man als deutscher Arzt wissen, dass es hierbei nicht um Geld geht, sondern um das Wasserlassen.“

Auch Thomas Hellwig hat beobachtet, dass sich die Bedingungen für deutsche Weiterbildungswillige verschlechtert haben: „Die Voraussetzungen haben sich sehr verändert. Heute ist es viel schwerer, in Großbritannien eine Stelle zu finden.“ Wer es dennoch versuchen wolle, benötige eine gute Kondition, müsse mehrere Bewerbungen abschicken und dürfe sich von ersten Negativergebnissen nicht abschrecken lassen.

Die Arbeitsbedingungen haben sich seines Wissens mittlerweile sogar noch zum Besseren gewandelt. Hellwig hat seine Erfahrungen mit dem britischen Weiterbildungssystem noch zu Zeiten der PRHOs und SHO's gesammelt. Damals habe es auch Wochenenddienste mit 48 Stunden gegeben. Mittlerweile seien wöchentliche Arbeitszeiten von über 56 Stunden illegal. Die Ärzte arbeiteten in Schichten von jeweils acht Stunden. „Dadurch ist es allerdings schwieriger geworden, die Ausbildung zu organisieren. Man ist ständig nur am Übergeben von Patienten“, so Hellwig. Dr. Hellwig erinnert sich gerne an seine Weiterbildung in Großbritannien. Die Ausbildung sei recht umfassend gewesen. Er schätzt auch den partnerschaftlichen und wenig hierarchischen Umgang miteinander. „In Großbritannien funktioniert viel nach dem Prinzip ‚See one, do one, teach one‘“, weiß er. Man werde als Arzt viel schneller an die Tätigkeiten herangeführt und auch angehalten, die erworbenen Fähigkeiten weiterzugeben. In Deutschland gebe es viel mehr Konkurrenzkampf – „und das kann der Tod jeder Ausbildung sein“.

Stephanie Hügler

In einer der nächsten Ausgabe von BDI aktuell lesen Sie, welche Möglichkeiten es gibt, in Großbritannien als Facharzt für Innere Medizin tätig zu werden.

Weitere Informationen

- Deutsch-Englische Ärztevereinigung (AGMS / DEÄV) www.agms.net
- Über MMC: www.mmc.nhs.uk/pages/home
- Zentrale Vergabe der Facharztweiterbildungsplätze: www.mtas.nhs.uk/
- Royal College of Physicians: www.rcplondon.ac.uk/
- General Medical Council (GMC): www.gmc-uk.org/
- British Medical Journal: careerfocus.bmj.com/
- Informationen rund ums Studium und die Weiterbildung/Jobangebote: www.bmjcareers.com
- Royal Society of Medicine www.rsm.ac.uk
- Allgemeine Infos zum Leben und Arbeiten in England: The British Council: www.britishcouncil.de
- Personalvermittlung für junge Ärzte www.pm-recruitment.de
- Seminare für Ärzte, die in Großbritannien arbeiten möchten www.panacea.de/downloads/working-in-britain.pdf



Marc Gertsch
Das EKG.
 Auf einen Blick und im Detail
 Springer-Verlag Berlin, 2006.
 119,95 €

Nachschlagewerk und Lehrbuch

„Das EKG - Auf einen Blick und im Detail“ von Marc Gertsch ist ein weiteres Werk auf dem großen Markt der EKG-Bücher. Es unterscheidet sich jedoch von vielen anderen, die häufig den Lernerfolg über Befundbeschrei-

bungen und -zusammenfassungen erzielen wollen. Dieses Buch bietet dem Leser eine umfassende Darstellung der Elektrokardiographie. Durch den gut strukturierten Aufbau lernt der Leser die verschiedenen Pathologien kennen und verstehen. Zu Beginn erfolgt eine Einführung in die theoretischen Grundlagen. Hier werden prägnant die Grundlagen der Elektrokardiographie und der Rythmologie beschrieben. Es folgt das Kapitel „praktischer Zugang“, mit einem detaillierten Schema zur systematischen EKG-Analyse, das vor allem dem Anfänger eine große Hilfe sein wird. In den folgenden Kapiteln werden die verschiedenen pathologischen EKG-Morphologien beschrieben. Die Unterteilung der einzelnen Kapitel in die Abschnitte „Auf einen Blick“, „Im Detail“ und „EKG-Beispiele“ ermöglicht es, sich einerseits einen kurzen Überblick zu verschaffen, andererseits, sich detailliertes Wissen anzueignen. Trotz des Abschnittes „Auf einen Blick“ eignet sich das vorliegende Buch aber nicht als Werk zum schnellen Nachschlagen. Vielmehr wird der Leser sehr ausführlich in die häufig schwierige Welt der EKG-Interpretation eingeführt. Die langjährige klinische Erfahrung des Autors zeigt sich in zahlreichen Anmerkungen z.B. zu The-

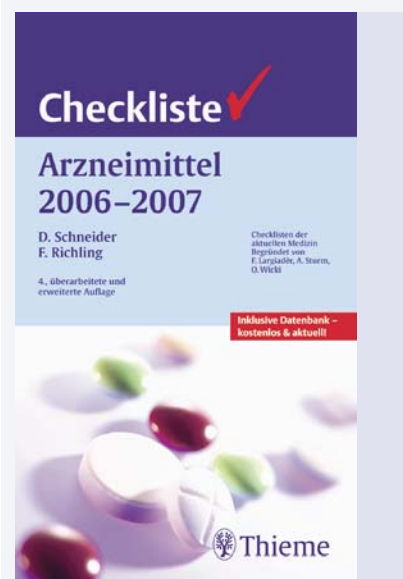
rapieoptionen. Die Einbindung relevanter klinischer Studien und der so aufgezeigte medizinische Fortschritt ist gerade für den wissenschaftlich interessierten Kollegen bedeutsam. Therapievorschläge runden das Bild ab. Sehr ansprechend sind sowohl die vielen Abbildungen und Tabellen als auch die Beispiel-EKGs mit kurzen Legenden am Ende jedes Kapitels. Leider erscheint die Sprache oft etwas schwerfällig. Dies kann an der Übersetzung des Originals aus dem Englischen liegen. Die Kombination mit einem sehr kleinen Schriftbild erschwert das Lesen zusätzlich.

Fazit: In dem vorliegenden Buch findet der interessierte Leser ein exzellentes Nachschlagewerk und Lehrbuch. Erkennen und Interpretation auch anspruchsvoller elektrokardiographischer Befunde sollte nach der Lektüre keine Schwierigkeit mehr sein.

Dr. med. Stefan Krzossok



Stefan Krzossok ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie und Notfallmedizin und derzeit als Oberarzt in der Medizinischen Klinik II im Markuskrankenhaus Frankfurt tätig.



D. Schneider, F. Riehling
Checkliste Arzneimittel A-Z 2006-2007
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2005.
 24,95 €

Wegweiser durch die Medikamentenflut

Das trotz 746 Seiten handliche Buch leistet im Klinikalltag gute Dienste. Nach dem Abschnitt über die medikamentöse Therapie häufiger Krankheiten – fast schon ein Lehrbuch in sich – folgt der umfangreiche Hauptteil, in dem die Autoren Wirkstoffprofile von A-Z vorstellen. Anhand eines Registers mit zirka 3 000 Nennungen kann der

Leser schnell auf die gewünschte Information zugreifen, wie z. B. die Dosierungen für Kinder, bei Niereninsuffizienz, die Differenzierung nach Indikation sowie Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit. Bis auf ein Kombinationspräparat wurde ich bezüglich der häuslichen Medikation immer fündig. Sehr gut ist die Berechnung der Tagestherapiekosten und die Einteilung der Nebenwirkung nach ihrer Häufigkeit. Der stabile, abwaschbare Einband bewährt sich bei dem häufigen Gebrauch des Buches als Nachschlagewerk in der Klinik. Auf der letzten Umschlagseite findet der Leser eine persönliche Registriernummer, mit der er eine laufend aktualisierte Version des Buches sowie einige zusätzliche Features einsehen kann.

Fazit: Die Informationen sind gut gegliedert, übersichtlich und enthalten alles Wesentliche. Ich werde das gelungene Buch in der Ambulanz künftig immer neben mir liegen haben.

Thomas Hamm



Thomas Hamm ist Facharzt für Anesthesiologie am Katharinenhospital in Stuttgart. Sein Interesse gilt besonders ethischen Fragestellungen, der Palliativmedizin und der Gesprächsführung.



Manfred Gross
Sonographie
 Schritt für Schritt zur Diagnose
 Urban & Fischer, München 2006.
 99,95 €

Strukturiertes Lernen

Das in 1. Auflage erschienene Werk will „die Grundlagen für ein fundiertes Erlernen der Sonographie“ legen. Es richtet sich also zunächst an Anfänger der Sonographie. Einleitend werden theoretische Grundlagen inkl. der Theorie der farbkodierten Dopplersonographie und der Ultraschall-Kontrastmittel erklärt. Auch aufgeführt, aber für den Anfänger sicherlich entbehrlich, ist die Erläuterung ökonomischer Aspekte.

Der praktische Teil beginnt mit der auch für Autodidaktiker geeigneten Anleitung einer strukturierten Untersuchung des Abdomens. Es folgen Darstellungen gegliedert nach Organen und anatomischen Regionen. Nach einem Überblick über die lokale Anatomie werden Normbefunde, -varianten und Pathologika beschrieben. Auch die Untersuchung der Thorax- und

Halsorgane ist aufgenommen. Relevante farb- und dopplersonographische Befunde sind in allen Kapiteln entsprechend erwähnt. Den zahlreichen Ultraschallbildern in sehr guter Druckqualität sind oft farbig unterlegte Ultraschallbilder zur Verdeutlichung abgebildeter Strukturen gegenübergestellt. Teils erschwert hier die Vielfarbigkeit eine rasche Orientierung. Am Ende der Abschnitte sind Formulierungsvorschläge für typische Befunde, Vorschläge zur weiteren Diagnostik/Therapie und Fragen zur Lernzielkontrolle. Diese scheinen primär nur für den Anfänger sinnvoll, decken aber auch beim Fortgeschritteneren rasch Lücken auf. Mit dem Ziel der vollständigen Darstellung sonographischer Untersuchungsmöglichkeiten werden Untersuchungstechnik und typische Befunde an den Hals- und den Gefäßen der Extremitäten beschrieben. Hier bietet das Buch aber nur eine Einführung. Die durchgehend gute grafische und inhaltliche Gliederung macht es leicht, sich im Text zurechtzufinden und speziell interessierende Sachverhalte nachzuschlagen.

Fazit: Zu einem akzeptablen Preis – auch angesichts der zahlreichen Abbildungen – erhält der Anfänger eine fundierte, umfassende Darstellung der sonographischen Diagnostik. Aber auch der Fortgeschrittene wird mit diesem Buch manches intuitive Halbwissen wieder strukturiert auffrischen können.

Andreas Günter



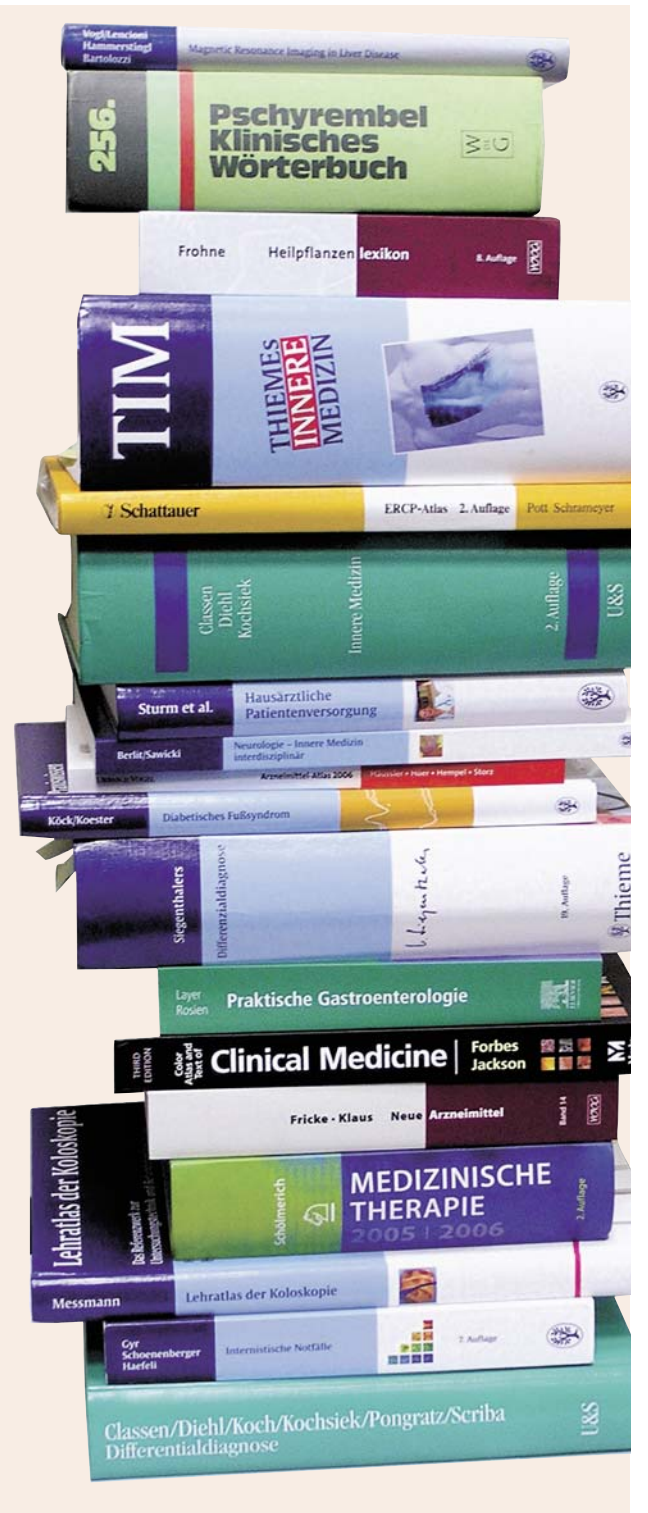
Andreas Günter ist als Facharzt für Allgemein- und Notfallmedizin in Pfaffenweiler niedergelassen.

Werden Sie Rezensent!

Möchten Sie in einer der nächsten Ausgaben für uns medizinische Fachbücher besprechen? Wir suchen Rezensenten für folgende Neuerscheinungen:

- Franz X. Köck, Bernhard Koester (Hrsg.):
 Diabetisches Fußsyndrom
 216 Seiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007. 79,95 €
- Gerhard Pott (Hrsg.):
 Das metabolische Syndrom
 196 Seiten, Schattauer Verlag, Stuttgart 2007. 29,95 €
- Peter Berlit, Peter T. Sawicki (Hrsg.):
 Neurologie – Innere Medizin interdisziplinär
 281 Seiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007. 49,95 €
- Eckart Sturm et al. (Hrsg.):
 Hausärztliche Patientenversorgung
 508 Seiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2006. 59,95 €
- Maria J. Varela Pinto de Oliveira:
 Medizinisches Wörterbuch Deutsch – Portugiesisch
 222 Seiten, Helmut Buske Verlag, Hamburg 2007. 26,80 €
- Dietrich Frohne: Heilpflanzenlexikon
 582 Seiten, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2006. 39,00 €
- Andrew J. Pollard, David R. Murdoch:
 Bergmedizin
 199 Seiten, Hans Huber Verlag, Bern 2007. 49,95 €
- Antonio Pezzutto et al.:
 Taschenatlas der Immunologie
 362 Seiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007. 34,95 €

Wenn Sie Interesse haben, einen der oben genannten Titel für uns zu besprechen, melden Sie sich bitte (mit Angabe von Ausbildung und Tätigkeitsgebiet) unter BDI-aktuell@thieme.de



Individuelle Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2

Lifestyle-Intervention und orale Antidiabetika

Der Typ 2-Diabetes mellitus gehört zu den häufigsten chronisch-progressiven Krankheiten weltweit. Pathophysiologisch besteht eine Kombination aus Insulinresistenz- und Insulinsekretionsstörung, basierend auf hereditären und exogenen Faktoren. Interventionsstudien der letzten Jahre haben die Effektivität von diätetischen Maßnahmen und körperlicher Aktivität als blutzuckersenkende Basistherapie erwiesen. Ergänzend können orale Antidiabetika mit verschiedenen Wirkmechanismen eingesetzt werden. Im Folgenden sollen die wesentlichen Therapieprinzipien unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage beschrieben werden.

Zählte die Weltgesundheitsorganisation 1985 noch 30 Millionen Patienten mit Diabetes mellitus, so liegen die Schätzungen heute bei rund 100 Millionen. Hochrechnungen gehen davon aus, dass im Jahr 2010 mehr als 200 Millionen Menschen an einem Diabetes erkrankt sein werden. Es besteht kein Zweifel, dass sogenannte Lifestyle-Faktoren wie Bewegungsmangel und steigendes Körpergewicht in den westlichen Industrienationen für die zunehmende Prävalenz des Diabetes mellitus verantwortlich sind. Studienergebnisse aus den letzten Jahren zeigen, dass der sonst schicksalhafte

den die üblichen Lebensstil-Änderungen zur Umstellung der Ernährung und zu vermehrter Muskelarbeit empfohlen. Dagegen wurde die Interventionsgruppe intensiv zur Gewichtsreduktion und zur Ernährung beraten, dazu kam ein individuelles Bewegungsprogramm mit Fitness-Kontrolle (siehe Tabelle 1). Die Untersuchungsdauer erstreckte sich auf 3,2 Jahre, dabei ergab sich eine 58%ige relative Reduzierung im Auftreten eines Diabetes in der Interventionsgruppe, verglichen mit der weniger intensiv behandelten Kontrollgruppe.

• Welchen Effekt hat die alleinige Bewegungstherapie?

Viele Studien haben gezeigt, dass körperliche Aktivität zu einer verbesserten Glukoseaufnahme und Insulinsensitivität im Skelettmuskel führt durch einen direkten Einfluss auf intrazelluläre Glukose-Transportmechanismen (9, 11). Eine Meta-Analyse von Studien zum Einfluss von körperlicher Bewegung bei manifestem Typ 2-Diabetes mellitus zeigt, dass ein strukturiertes Bewegungsprogramm über wenige Wochen einen signifikanten Einfluss auf HbA_{1c} und BMI hat. Der Effekt war unabhängig vom Körpergewicht und bestätigte die gewichtsunabhängige Wirkung von körperlicher Aktivität (2).

kurzgefasst:

Aufgrund der aktuellen Studienlage bei Menschen mit Typ 2-Diabetes wird dazu geraten, mindestens 150 Minuten pro Woche eine moderat intensive, aerobe körperliche Aktivität bei 40–60 % der maximalen Sauerstoffaufnahme bzw. bei 50–70 % der maximalen Herzfrequenz durchzuführen. Das Training sollte auf drei Tage in der Woche gleichmäßig verteilt werden, zusätzlich empfehlenswert ist ein Krafttraining 3x in der Woche, wobei alle größeren Muskelgruppen eingeschlossen werden sollten (15, 13).

• Welchen Effekt hat die alleinige Ernährungstherapie?

Die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Typ 2-Diabetes mellitus ist übergewichtig (Body-Mass-Index [BMI] ≥ 25), sodass im Vordergrund der evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus die Verminderung der täglichen Energieaufnahme steht mit dem langfristigen Ziel, dass sich der BMI auf den empfohlenen Bereich (BMI für Erwachsene 18,5 bis 24,9 kg/qm) zubewegt (16).

Welche Kostform geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen, muss individuell entschieden werden, am besten auf der Basis eines von dem Patienten geführten Ernährungsprotokolls. Als leitliniengerechte Standardtherapie gilt eine mäßig energiereduzierte Mischkost, neben einer Fettbegrenzung wird auch der Verzehr von Kohlenhydraten und Eiweiß reduziert (5). Kohlenhydratarme Kostformen ermöglichen eine rasche Gewichtsabnahme mit anfänglich guter Compliance; aber schon nach zwölf Monaten unterscheidet sich der Gewichtsverlauf nicht mehr von dem einer ausgewogenen hypokalorischen Mischkost (4). Kleinere Studien über einen kurzen Zeitraum zeigen, dass der Effekt einer Kost mit niedrigem glykämischen Index (5, 16) (low glycemic index = „LOGI“) vergleichbar ist der Wirkung einiger Blutglukosesenkenden Medikamente. Auf der anderen Seite ergibt die Analyse von Interventionsstudien keine uniforme Evidenz für positive Effekte auf die Blutglukose-Spiegel durch Diäten mit niedrigem glykämischen Index.

kurzgefasst:

Aktuell gilt als Standardtherapie bei Typ 2-Diabetes mit Übergewicht eine Mischkost mit einem Energiedefizit von 500–800 kcal. pro Tag. Das Ausmaß des postprandialen Blutzuckeranstiegs kann durch eine Kost mit niedrigem glykämischen Index günstig beeinflusst werden – langfristig angelegte Studien dazu fehlen aber (5, 16).

• Was ist möglich durch eine Pharmakotherapie?

Pathophysiologisch handelt es sich beim Typ 2-Diabetes mellitus um eine chronische, in Phasen ablaufende progrediente Erkrankung mit im Vordergrund stehender Insulinresistenz und gestörter Insulinsekretion. Die aktuell in Deutschland zugelassenen oralen Antidiabetika haben unterschiedliche Wirkmechanismen, wodurch eine individuelle, auf das Krankheitsstadium des Patienten abgestimmte Therapie ermöglicht wird (siehe Tabelle 2).

Charakteristika aktuell in Deutschland zugelassener oraler Antidiabetika

Sulfonylharnstoffe

- Sulfonylharnstoffe binden eine Untereinheit des Kaliumkanals auf Betazellen, die als SUR-1 (Sulfonylure-Alpharezeptor) bezeichnet wird. Es wird sowohl die basale Insulinsekretion als auch die nahrungsmittelinduzierte Insulinsekretion verstärkt, wobei es Unterschiede zwischen den einzelnen Substanzen gibt.
- Sulfonylharnstoffe senken die Blutglukose im Mittel um 30–60 mg/dl (1,5–3 mmol/l) und reduzieren den HbA_{1c}-Wert (abhängig vom Ausgangswert) um 0,6 % bis 2,5 %.
- In der UK Prospective Diabetes-Studie konnte durch die Sulfonylharnstoffe Chlorpropamid und Glibenclamid der HbA_{1c}-Wert um 0,7 % gesenkt werden. Es fand sich kein Unterschied in der blutzuckersenkenden Wirkung im Vergleich zu Insulin oder Metformin in dieser Studie (18).
- In der vor wenigen Monaten erschienenen ADOPT-Studie wurde der Sulfonylharnstoff Glyburid im Vergleich zu Rosiglitazon und Metformin hinsichtlich der blutzuckersenkenden Wirkung untersucht (12).
- Alle drei Substanzen wurden im Vergleich doppelblind, randomisiert, bei neu diagnostiziertem Typ 2-Diabetes mellitus als Monotherapie eingesetzt. Hochgerechnet auf fünf Jahre lag das Versagen der Monotherapie für die Gruppe, die mit dem Sulfonylharnstoff behandelt wurde, bei 34 %, im Unterschied zur Metformin-Gruppe mit 21 % und zur Rosiglitazon-Gruppe mit 15 % (siehe Abbildung 1).
- Auch in der Rosiglitazon-Gruppe erreichten unter einer Monotherapie aber nur 40 % einen HbA_{1c}-Wert < 7 %, was die Notwendigkeit einer frühen Kombinationstherapie unterstreicht (siehe Abbildung 2).
- Das schlechte Ergebnis für den Sulfonylharnstoff in dieser Studie überrascht nicht, da der BMI im Studienkollektiv über 30 kg/qm Körpergewicht lag, also eine primäre Therapie mit Sulfonylharnstoffen nicht indiziert war.

■ Welche Patienten profitieren von Sulfonylharnstoffen?

- Primär sollten Sulfonylharnstoffe bei Typ 2-Diabetikern eingesetzt werden, die zum Zeitpunkt der Dia-

Tab. 1 Modifizierte Lebensstil-Faktoren in der Interventionsgruppe der DPS-Studie (17).

- gezielte körperliche Aktivität
- 5 %ige Gewichtsabnahme
- verminderte Aufnahme von Fett (weniger als 30 % der Gesamtkalorien)
- Reduzierung der Aufnahme gesättigter Fette und Aufnahme von faserhaltigen Lebensmitteln

Krankheitsverlauf sich durch Änderung der Lebensgewohnheiten sehr gut beeinflussen lässt, ja sogar das Auftreten von Diabetes mellitus verhindert werden kann. Für einzelne orale Antidiabetika konnte ebenfalls gezeigt werden, dass sie einen günstigen Effekt auf den Verlauf einer Glukose-Toleranzstörung haben. Bei Ausbruch der Krankheit stehen verschiedene orale Antidiabetika zur Verfügung, die entsprechend dem individuellen Diabetesverlauf erfolgreich eingesetzt werden können.

• Was ist therapeutisch möglich durch Lifestyle-Intervention?

Aus den Daten der Nurses Health Study geht hervor, dass sich während des Beobachtungszeitraums von 1980 bis 1996 bei 3 300 Frauen ein Diabetes mellitus Typ 2 entwickelte. Es erwies sich, dass 91 % davon mit ungünstigen Lebensstilfaktoren wie wenig Bewegung, Übergewicht und schlechter Ernährung mit hohem glykämischen Index korreliert waren (10).

Die wichtigste Studie zum Effekt der Lebensstil-Intervention bei Menschen mit pathologischer Glukose-Toleranz, bei denen sich in einem hohen Prozentsatz ein manifester Diabetes mellitus entwickelt, stammt aus Finnland (17). Insgesamt wurden 522 übergewichtige Patienten entweder einer Kontroll- oder einer Lebensstil-Interventionsgruppe zugeordnet. Den Patienten in der Kontrollgruppe wur-

Drei Jahre nach Beendigung der aktiven Studienteilnahme zeigte die Nachbeobachtung der Probanden, dass die Änderungen im Lebensstil und die Reduktion der Diabetes-Inzidenz weiterhin erhalten blieben. Während im gesamten Beobachtungszeitraum die Diabetes-Inzidenz in der Kontrollgruppe bei 7,4 pro 100 Personenjahre lag, zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Verminderung von nur 4,3 pro 100 Personenjahre (14).

Kurz danach wurden die Daten der amerikanischen Diabetes-Prevention-Program-Studie publiziert (6). Untersucht wurden Personen mit gestörter Glukose-Toleranz oder abnormer Nüchternglukose. Bei der Gruppe, die mit intensiver Ernährungs- und Bewegungstherapie behandelt wurde, fand sich – wie in der finnischen Studie – eine 58%ige relative Reduzierung in der Progression des Diabetes. Gerade publiziert wurde eine Studie aus Norwegen, bei der der direkte Vergleich einer Insulintherapie mit einer Änderung des Lebensstils bei Menschen mit schlecht eingestelltem Typ 2-Diabetes mellitus erfolgte. Es konnte gezeigt werden, dass es in der Insulingruppe bei vergleichbarer Stoffwechseleinstellung zu einer ungünstigeren Entwicklung von Gewicht und inflammatorischen Parametern wie Plasminogen-Aktivator-Inhibitor, C-reaktives Protein, Tumornekrosefaktor Alpha und Leptin kam (1).

Tab. 2 Wirkmechanismus oraler Antidiabetika.

- **Sulfonylharnstoffe und Meglitinide**
Meglitinide wirken insulinotrop, d. h. es wird die endogene Insulinsekretion gesteigert
- **Metformin** wirkt im Wesentlichen durch eine Hemmung der hepatischen Glukoseproduktion.
- **Alphaglukosidaseinhibitoren** reduzieren die intestinale Glukoseaufnahme.
- **Thiazolidindione** reduzieren die periphere Insulinresistenz.

– Anzeige –

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

gnosestellung normalgewichtig sind – bei diesen Patienten steht die Insulinsekretionsminderung im Vordergrund.

- Bei längerer Diabetesdauer mit zunehmender Einschränkung der Insulinsekretion kann sekundär die zusätzliche Gabe von Sulfonylharnstoffen sinnvoll sein.
- Nebenwirkungen der Sulfonylharnstoff-Therapie sind eine Gewichtszunahme von 2–4 kg sowie Hypoglykämien bei inadäquater Nahrungszufuhr.

Glinide

- Metiglinide, Repaglinid und Nateglinid, führen zu einer kurzzeitigen Stimulation der endogenen Insulinsekretion, sie sind deshalb besonders geeignet bei postprandialer Hyperglykämie.
- Bei nicht ausreichender Nahrungszufuhr können, wie bei den Sulfonylharnstoffen, Hypoglykämien auftreten.

Welche Patienten profitieren von einer Therapie mit Gliniden?

- Sulfonylharnstoffe und Metiglinide können mit allen anderen oralen Antidiabetika kombiniert werden. Ob die Kombination mit Metformin einen negativen Einfluss auf die Gesamt mortalität hat, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch offen.

Metformin

- Metformin hemmt die hepatische Glukose-Produktion durch Hemmung der mitochondrialen oxidativen Phosphorylierung, was letztendlich zu einem Anstieg der Adenosin-Monophosphat-Kinase (AMPK) führt. Die AMPK hat eine Vielzahl günstiger Wirkungen im Zellstoffwechsel, was möglicherweise die gefäßschützenden Effekte von Metformin im Vergleich mit Insulin oder Sulfonylharnstoffen erklären könnte (19).
- Bei gleicher Blutzuckersenkung führte die Gabe von Metformin zu einer signifikanten Reduktion makrovaskulärer Komplikationen wie Schlaganfall, koronaren Ereignissen und diabetesbezogenem Tod.

- In der ADOPT-Studie (12) konnte dieser vorteilhafte Effekt für Metformin nicht gezeigt werden, kardiovaskuläre Ereignisse traten im Vergleich zu Metformin und Rosiglitazon signifikant weniger häufiger in der Sulfonylharnstoff-Gruppe auf.
- Nebenwirkungen kommen bei 5–10 % der Patienten in Form von Übelkeit, Magendruck und Blähungen vor. Sehr selten Laktatazidose, insbesondere bei Niereninsuffizienz. Kreatininwerte > 1,3 mg/dl stellen eine Kontraindikation dar.

Welche Patienten profitieren von einer Metformin-Therapie?

- Metformin ist das Medikament der ersten Wahl für den übergewichtigen Typ 2-Diabetiker, da es keine Gewichtszunahme bewirkt und keine Hypoglykämien (12, 19). Es wird insbesondere der Nüchternblutzucker gesenkt, die Wirkung auf den postprandialen Blutzuckeranstieg ist gering.
- Metformin wirkt auch in der Diabetes-Prävention. In der DPP-Studie (6) konnte bei Personen mit erhöhter Nüchternblutglukose und pathologischer Glukose-Toleranz durch die Gabe von 2x täglich 850 mg Metformin eine 31 %ige relative Reduktion der Progression der Typ 2-Diabetes-Quote erzielt werden. In der Kontrollgruppe lag die Diabetes-Inzidenz bei 11 %.

Alphaglukosidasehemmer

- Alphaglukosidasehemmer, Acarbose und Miglitol, reduzieren die Aufnahme von Glukose im Darm, indem sie den Abbau von Disacchariden oder Stärke durch Hemmung der Alphaglukosidasen verlangsamen. Die postprandiale Blutzuckersenkung liegt bei etwa 30 mg/dl in Abhängigkeit von der Nahrung.
- Kombinationen mit allen anderen oralen Antidiabetika sind möglich und wirksam.

Für welche Patienten sind Alphaglukosidasehemmer geeignet?

- Günstig bei postprandialer Hyperglykämie, es treten keine Hypoglykämien auf. Gastrointestinale Nebenwirkungen sind besonders zu Anfang der Therapie häufig.

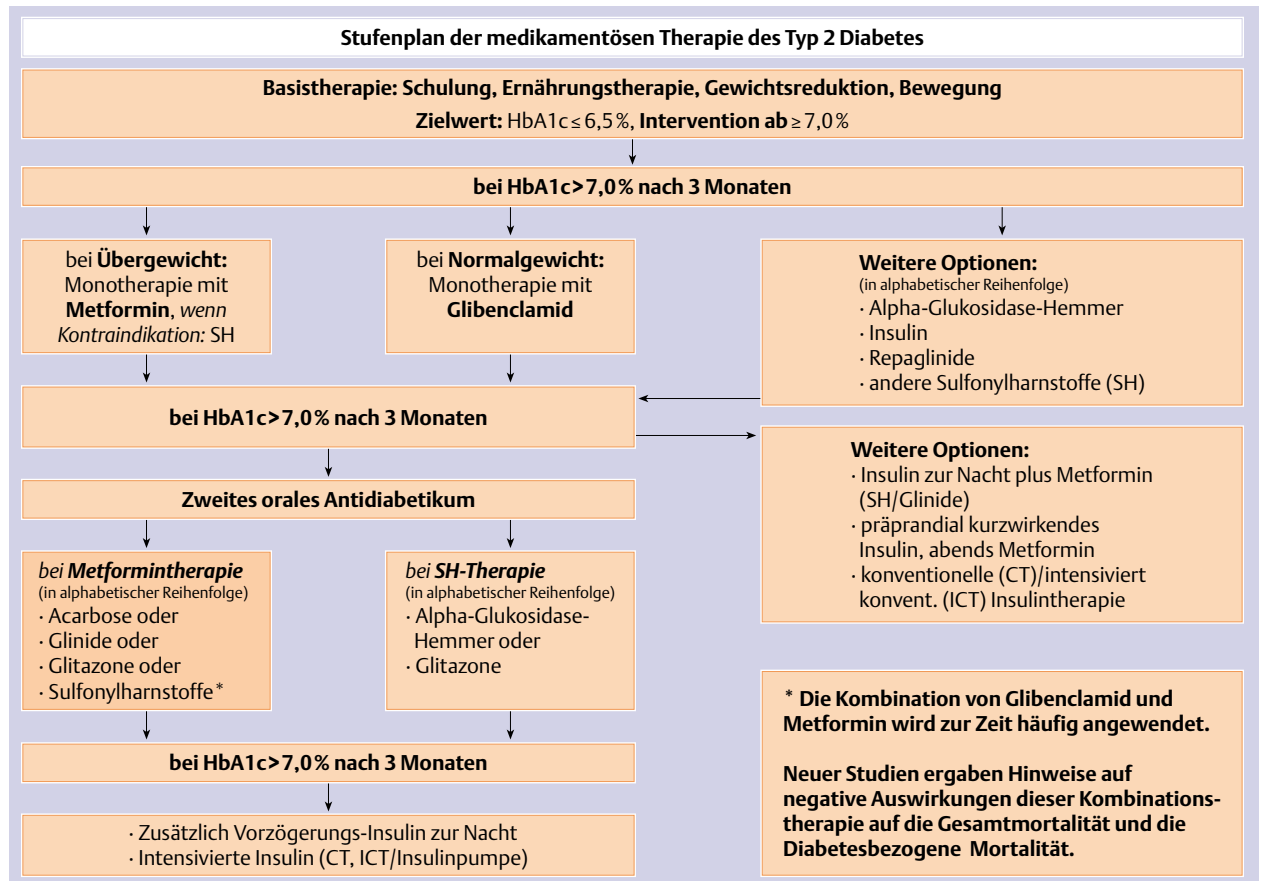


Abb. 2 Stufenplan der medikamentösen Therapie des Typ 2 Diabetes.

- Auch Acarbose kann – vergleichbar mit Metformin – bei pathologischer Glukose-Toleranz die Neu-erkrankungsrate an Typ 2-Diabetes bis zu 36 % im Vergleich zu Placebo senken (3). Zusätzlich traten unter Acarbose 49 % weniger kardiovaskuläre Ereignisse und 91 % weniger Herzinfarkte auf als unter Placebo. Die Zahl der Patienten, die eine Hypertonie neu entwickelten, lag um 34 % niedriger als in der Kontrollgruppe.

Glitazone (Thiazolidindione)

- Glitazone (Thiazolidindione), Pioglitazon und Rosiglitazon, aktivieren nukleäre Rezeptoren, am stärksten kommt es zu einer Aktivierung des Peroxisomen-Proliferator-aktivierten Rezeptors Gamma (PPAR-Gamma), was zu einer verbesserten Insulinsensitivität führt.
- Abgesehen von der Wirkung auf den Glukose-Stoffwechsel haben die Thiazolidindione pleiotrope Effekte mit Wirkung auf den intrazellulären Fettstoffwechsel: es kommt zu einer Aktivierung der AMPK wie bei Metformin. Neben

antiinflammatorischen Wirkungen gibt es offenbar auch direkt protektive Eigenschaften auf das Endothel und die Gefäßwand.

- In der Proactive-Studie, einer Studie bei Typ 2-Diabetikern mit kardiovaskulärer Vorgeschichte traten weniger kardiovaskuläre Ereignisse unter der Therapie mit Pioglitazon auf, jedoch erreichte der Unterschied keine statistische Signifikanz (7).
- Thiazolidindione senken den Blutzucker um 25–50 mg/dl oder 1,0–2,5 mol/l, die HbA_{1c}-Verminderung lag in Monotherapie-Studien bei 0,5–1 %. Der Wirkungseintritt ist langsam, bis zum Erreichen des Maximaleffektes können 6–8 Wochen vergehen.
- Gewichtszunahme tritt in Kombination mit Sulfonylharnstoffen bei 5–6 % der Patienten auf, in Kombination mit Metformin bei 4–5 % der Patienten. Ödeme bei 3–5 % der Patienten. Fixe Kombinationen von Pioglitazon und Rosiglitazon mit Metformin sind im Handel.

Welche Patienten sind geeignet für eine Glitazon-Therapie?

- Bei Metformin-Unverträglichkeit bzw. bei Kontraindikationen für Metformin in Monotherapie und in Kombination mit Metformin und Sulfonylharnstoffen.
- In der gerade publizierten DREAM-Studie (8) konnte gezeigt werden, daß Rosiglitazon bei Menschen mit gestörter Nüchternblutglukose und/oder gestörter Glukose-Toleranz im Vergleich zu Placebo zu einer deutlichen Reduktion des Diabetes-Risikos um 62 % führt. Allerdings kam es in der Rosiglitazon-Gruppe zu Gewichtszunahme, Erhöhung des LDL-Cholesterins und vermehrten Ödemen.

kurzgefasst:

Abhängig vom Körpergewicht, dem Krankheitsstadium, Lebensalter, Begleiterkrankungen und Umgebungsfaktoren ermöglichen die heute verfügbaren oralen Antidiabetika eine stadiengerechte, individuelle Diabetes-Therapie. Sinnvoll ist bei nicht ausreichendem Therapieerfolg eine frühe Kombination verschiedener Substanzklassen. Durch eine Pharmakotherapie gelingt es auch, die Entwicklung von prädiabetischen Stadien bis hin zu einem manifesten Diabetes zu verhindern: mit Metformin und Acarbose zu etwa 30–35 %, mit Rosiglitazon zu ca. 60 % im Vergleich zu Placebo. Damit liegt der Effekt einer Rosiglitazon-Behandlung in der gleichen Größenordnung wie der Effekt reiner Lifestyle-Intervention in zwei verschiedenen Diabetes-Präventionsstudien. Lifestyle-Intervention durch Umstellung der Ernährung und Steigerung der körperlichen Aktivität stellt weiterhin die beste nebenwirkungs- und risikofreie Option in der Prävention und Behandlung des Diabetes mellitus dar. Aufgrund der aktuellen Studienlage ist aber davon auszugehen, dass einzelne Patienten, die nicht in der Lage sind, ihren Lebensstil nachhaltig zu verändern, präventiv von einer Pharmakotherapie profitieren könnten.

Dr. med. Cornelia Jaurisch-Hancke

Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke ist Leiterin des Fachbereichs Endokrinologie-Diabetologie an der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden

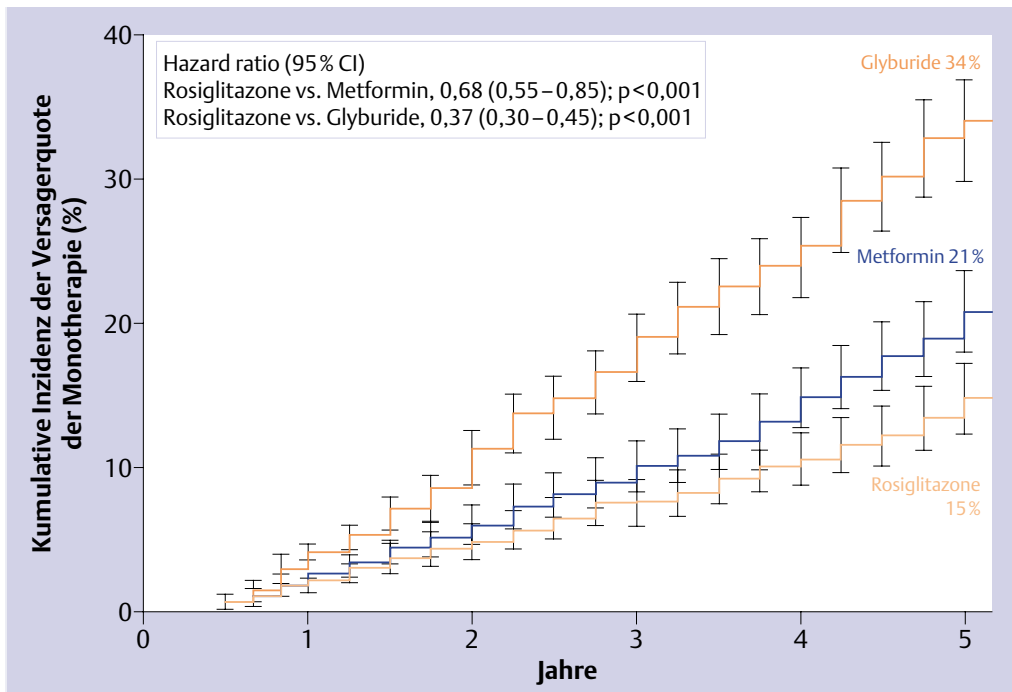


Abb. 1 Prozentuale Versagerquote einer initialen Monotherapie mit einem Sulfonylharnstoff (Glyburide), Metformin und Rosiglitazon in der ADOPT Studie (12).

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

Leitlinien in der Medizin

Haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien

Die haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien wird von Medizinern häufig unterschätzt. Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, ein Experte für Medizinrecht, erläutert, was Sie aus rechtlicher Sicht beachten müssen, wenn Sie sich an Leitlinien halten – oder von Leitlinien abweichen.

Zwei Grundströmungen sind es, die gegenwärtig unser Gesundheitswesen dominieren und allenthalben ihren prägenden Einfluss sichtbar machen: zum einen die Verrechtlichung, zum anderen die Ökonomisierung der Medizin.

Verrechtlichung bedeutet aber nicht nur Normsetzung und Rechtsprechung, die sich in einer Flut von unbeständigen, in kurzen Abständen novellierten, teilweise nur noch für Eingeweihte verständlichen Vorschriften und einer Fülle von Gerichtsentscheidungen, insbesondere zum Haftungsrecht, niederschlagen. Zu dieser Verrechtlichung gehört vielmehr auch die große Zahl von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Standards, die etwa ab 1995 von den verschiedensten Gremien geschaffen wurden und ein Mehr an Klarheit, „Richtigkeit“, Kontrolle und Berechenbarkeit in die Krankenbehandlung bringen sollen.

Zugleich sind alle diese Bemühungen um mehr Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit in Diagnostik und Therapie die Folge der zweiten Grundtendenz unserer Zeit, des Einzugs der Ökonomie in den Medizinbetrieb. Da der Kostendruck infolge der knappen finanziellen Ressourcen für unser Gesundheitssystem allgegenwärtig ist, müssen die vorhandenen Mittel gezielt und möglichst effizient eingesetzt werden.

Kosten-Nutzen-Erwägungen bei der Krankenbehandlung, die jahrzehntelang als unärztlich und im Widerspruch zum ärztlichen Heilauftrag stehend galten, sind kein Tabu mehr. Die Aufstellung von Leitlinien und Richtlinien war im Ausgangspunkt ganz eindeutig eine Forderung der Gesundheitspolitiker, Gesundheitsökonomien und der Krankenkassen, nicht der Mediziner.

● Standard und Ökonomie

Deshalb ist vonseiten der Ärzte streng darauf zu achten, dass nicht ökonomische Überlegungen und Maßstäbe die ausschlaggebenden Bewertungskriterien für Diagnose- und Therapiemaßnahmen werden. Die Vermischung der *lex artis* mit gesundheitsökonomischen Zielen ist gefährlich, da die medizinischen Standards von der Medizin formuliert werden müssen und nicht durch finanzielle Aspekte – insbesondere dem Etat der Krankenkassen – vorgegeben werden dürfen.

Andererseits: Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit darf selbstverständlich bei der Krankenbehandlung nicht ausgeblendet werden. Er darf aber nicht dominie-

ren und er muss sichtbar sein, damit die Verantwortlichkeiten für die Begrenzung des medizinisch Möglichen durch das finanziell Machbare zutreffend bestimmt werden. Dies ist wichtig, da der einzuhaltende medizinische Standard das Ergebnis einer medizininternen Auseinandersetzung ist. Dieser – unter Beachtung der finanziellen Ressourcen zu entwickelnde – Haftungsmaßstab wird dann im Rahmen einer „Grenzkontrolle“ rechtlich daraufhin überprüft, ob die Schutz- und Sicherheitsinteressen des Patienten gewahrt sind. Im Ergebnis ist also festzuhalten: Sämtliche Regelungen dürfen weder unter Außerachtlassung der finanziellen Möglichkeiten einen Maximalstandard, noch unter ausschließlicher oder zu einseitiger Betonung der Ressourcenknappheit einen Minimalstandard formulieren, bei dem die elementaren Rechtsgüter des Patienten gefährdet sind. „In Zeiten knapper werdender Ressourcen stehen viele Maßnahmen und Verfahren in der Medizin auf dem Prüfstand“ [1]. Hier die angemessene, die unterschiedlichen Abwägungspunkte wählende Balance zu finden,

damit für den Patienten keine unvermeidbaren Risiken und für den Arzt keine Haftungsfolgen eintreten, ist die – sicherlich nicht einfache – wichtige Aufgabe bei der zukünftigen Erstellung bzw. Überarbeitung aller Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien.

● Empfehlungen, Leit- und Richtlinien – nur Begrifflichkeiten?

Die haftungsrechtliche Bedeutung der Begriffe wird von Medizinern häufig unrichtig eingeschätzt. Man hört und liest von einer strikten Bindungswirkung der Leitlinien oder der Differenzierung zwischen „Empfehlungen“, die man befolgen könne, „Leitlinien“, die man befolgen solle, und „Richtlinien“, die befolgt werden müssten. Mitunter werden die Begriffe aber auch ausgetauscht, also synonym, ohne inhaltlichen Unterschied gebraucht. Im Bereich der Hygiene ist die „Richtlinie“ für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ein gutes Beispiel. Sie wird von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut auf der Grundlage des § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz

Der Artikel zur Haftungsrechtlichen Bedeutung von Leitlinien ist erstmals im Georg Thieme Verlag KG in der Zeitschrift Krankenhaushygiene up2date erschienen, einer neuen Fortbildungszeitschrift für Hygienebeauftragte verschiedener Fachrichtungen (Krankenhaushygiene up2date, 2006; 2: 169–175). Alle Rechte vorbehalten.

(IfSG) geschaffen. In dieser „Richtlinie“ geht es, gemäß der amtlichen Begründung des Gesetzes, um „Hinweise zur besseren Prävention von nosokomialen Infektionen“ und „allgemeine krankenhaushygienische Empfehlungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich“. Deutlich sichtbar wird hier, dass trotz der Verwendung des Begriffs „Richtlinie“ keine zwingenden Regelungen, sondern bloße „Hinweise“ und „Empfehlungen“ gewollt sind. Daraus folgert Exner, die „Richtlinie“ habe nur den „Charakter einer Leitlinie“, die „aufgrund ihrer fachlichen Überzeugungskraft“ wirke und „von der begründet abgewichen werden“ dürfe. Die Erfahrung zeige, „dass Gerichte dazu neigen, der Richtlinie und deren Anlage den Charakter von Kunstregeln (d. h. allgemein anerkannten Standards) zuzuerkennen“ [1].

In der höchstrichterlichen Judikatur zum Arzthaftungsrecht kann diese Neigung jedoch nicht festgestellt werden, auch keine Übernahme der unklaren, schillernden medizinischen Begriffswelt. Vielmehr ist die juristische Terminologie eine ganz andere, die die zitierte begriffliche Unterscheidung von Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien als pure

Semantik, ohne jede Entscheidungsrelevanz, ausweist. Maßgeblich ist vielmehr für die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, ausschließlich der sog. „Facharztstandard“ bzw. – gleichbedeutend – der „Stand der Wissenschaft“.

● Gegebene Standards und wissenschaftliche Entwicklung

Aus dem Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf aus dem Jahr 1985 (siehe Fallbeispiel) wird sehr deutlich: Der ständige wissenschaftliche und technische Fortschritt führt zwangsläufig dazu, dass die fachlichen Standards nicht etwas Gegebenes, Erreichtes, Abgeschlossenes darstellen, sondern entsprechend der wissenschaftlichen Entwicklung fortschreiten, sich bewegen, wechseln und sich anpassen. Daher sind alle Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien zeitgebunden, aktualisierungsbedürftig und der Gefahr der zeitlichen „Überholung“ ausgesetzt. Das OLG Naumburg [4] hat deshalb die von der Klagepartei im dortigen Prozess geltend gemachte Verbindlichkeit der Leitlinien ausdrücklich zurückgewiesen und betont: „Insofern ist zunächst anzumerken, dass die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung derzeit lediglich Informationscharakter für die Ärzte selbst haben und haben sollen. Einer weitergehenden Bedeutung, etwa als verbindliche Handlungsanleitung für praktizierende Ärzte, steht zumindest derzeit die anhaltende Diskussion um ihre Legitimität als auch um ihre

Fallbeispiel: Behandlung muss aktuellem Standard entsprechen

Grundvoraussetzung ärztlicher Haftung ist die Verletzung der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“ (§ 276 BGB), für die als Maßstab der „Stand der Wissenschaft“ oder der „Facharztstandard“ herangezogen wird. Jeder Patient hat zu jedem Zeitpunkt Anspruch auf den „Standard eines erfahrenen Facharztes“, heißt es in den einschlägigen Urteilen [2], oder es wird – gleichbedeutend – auf den „Stand der Wissenschaft“ abgestellt, jedenfalls nicht auf Richtlinien, Leitlinien oder sonstige Regelungen. So heißt es z. B. in einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Hamm vom 7. 1. 1999 [3]: „die regelrechte Behandlung“ werde „nicht, jedenfalls nicht allein durch Richtlinien bestimmt. Vielmehr beurteilt sich die zu beachtende Sorgfalt nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zur Zeit der Behandlung. Die „Richtlinien“ – und für die Leitlinien gilt nichts anderes – „können diesen Erkenntnisstand (...) nur deklaratorisch wiedergeben, nicht aber konstitutiv begründen. Der Arzt muss, um den erforderlichen Erkenntnisstand zu erlangen, die einschlägigen Fachzeitschriften des entsprechenden Fachgebiets, in dem

er tätig ist, regelmäßig lesen“ (Bundesgerichtshof, Neue Juristische Wochenschrift [BGH NJW] 1991, 1535).

Der Fall

Ein besonders instruktives Beispiel für die haftungsrechtliche Unverbindlichkeit von „Richtlinien“ ist die Entscheidung des OLG Düsseldorf aus dem Jahre 1985. Konkret ging es um die Behandlung einer Patientin, die sich, nach der Geburt einer gesunden Tochter im Jahre 1975, 1978 ein zweites Kind wünschte und deshalb gegen Röteln impfen lassen wollte. Der daraufhin durchgeführte Röteln-Test ergab einen Hämagglutinationshemmungstest-(HAH-)Titer von 1:16. Da nach den damals geltenden Mutterschaftsrichtlinien ein Schutz gegen Rötelnembryopathie bei einem HAH-Titer von mindestens 1:16 nicht notwendig war, unterblieb die Impfung. Da die 1980 geborene Tochter der Patientin jedoch die typischen Zeichen einer schweren Rötelnembryopathie aufwies, klagte sie gegen den Frauenarzt mit der Begründung, er hätte trotz des Titers von 1:16 im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung weitere Maßnahmen

ergreifen, insbesondere den Wert weiter abklären müssen.

Der Gynäkologe berief sich demgegenüber auf die Mutterschaftsrichtlinien in der Fassung vom 16.12.1974, die der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung aufgestellt hatte und denen zufolge keine Zweifel an einer ausreichenden Immunitätslage der Patientin angebracht waren.

Landgericht und Oberlandesgericht gaben der Klage statt und auch die Revision zum BGH hatte keinen Erfolg. Der Gynäkologe hätte sich bei der Betreuung der Patientin nicht auf die schon mehrere Jahre alten Mutterschaftsrichtlinien verlassen dürfen.

Begründung

„Aufgrund der Darlegungen des Sachverständigen ist davon auszugehen, dass es auch nach dem damaligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand eines Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe geboten war, eine Klärung der Immunitätslage herbeizuführen. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, war bereits 1979 die Problematik des HAH-Titers 1:16 der

gynäkologischen und geburtshilflichen Fachliteratur zu entnehmen. Für den Fall eines Rötelnverdachts ergab sich daraus die Notwendigkeit, bei einem zuvor ermittelten HAH-Titer von 1:16 weitere Maßnahmen zu ergreifen, um eine Gefährdung des Embryos hinreichend sicher auszuschließen“.

Obwohl also unter Zugrundelegung der Mutterschafts-Richtlinien aus dem Jahre 1974 der betroffene Arzt von einer ausreichenden Immunitätslage der Patientin bei einem HAH-Titer von 1:16 ausgehen durfte, wurde er rechtskräftig zu Schadensersatz verurteilt. Denn es kommt nicht auf Richtlinien, Leitlinien oder Empfehlungen zum Zeitpunkt der Behandlung, sondern auf den zu diesem Zeitpunkt geltenden „Stand der Wissenschaft“ („Facharztstandard“) an. Entsprechen die Richt- oder Leitlinien nicht dem Standard, dürfen sie nicht befolgt werden. Deshalb sind „an die Fortbildungspflicht des Arztes strenge Anforderungen zu stellen und dem praktizierenden Arzt grundsätzlich keine längere Karenzzeit bis zur Aufnahme der wissenschaftlichen Diskussion“ zuzubilligen.

unterschiedliche Qualität (siehe Bemühungen um ihre schrittweise Implementierung nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin) und Aktualität (angesichts des teilweise rasanten Fortschritts in der medizinischen Wissenschaft und Praxis) entgegen.“

Forensisch betrachtet sind die Leitlinien der AWMF wegen ihres abstrakten Regelungsgehalts grundsätzlich auch nicht geeignet, ein auf den individuellen Behandlungsfall gerichtetes Sachverständigengutachten zu ersetzen.

Selbstverständlich muss der Sachverständige in einem Gutachten auf etwa vorhandene Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien Bezug nehmen, sie vortragen, erläutern und ggf. Mängel aufzeigen. Entscheidend bleibt für das Haftungsrecht jedoch der „Stand der Wissenschaft“ bzw. der „Standard“, d. h. die „gute, verantwortungsbewusste ärztliche Übung“ oder – präzise formuliert – das in der ärztlichen Wissenschaft Gesicherte, in der medizinischen Praxis Erprobte und deshalb von einem gewissenhaften, durchschnittlich befähigten Facharzt im Behandlungszeitpunkt zu verlangende Maß an Kenntnis, Können und Fertigkeiten. Zwei Voraussetzungen müssen also erfüllt sein, um von einem „Standard“ sprechen zu können: zum einen die wissenschaftliche Fundierung durch klinische Studien, Experimente, Ergebnisse der Grundlagenforschung, Anwendungsbeobachtungen und zum anderen die Anwendung dieses Wissens in der Praxis durch die Akzeptanz und den Konsens der Fachkollegen. Da dieser Bezug zur ärztlichen Erfahrung im Begriff „Stand der Wissenschaft“ fehlt, ist dieser Terminus ungenau und deshalb der Begriff „Standard“ vorzugswürdig.

● Ärztliche Therapiefreiheit

Entsprechend der von der Judikatur dem Arzt stets zuerkannten Therapiefreiheit ist die Methodenwahl eine höchstpersönliche ärztliche Entscheidung. Diese ist innerhalb eines Korridors nicht oder nur begrenzt justizierbar [5], belässt also dem Arzt einen von ihm zu verantwortenden Risikobereich im Rahmen der Regeln der ärztlichen Kunst.

Deshalb bedeutet „Qualitätsstandard“ nach der Rechtsprechung „nicht Standardbehandlung. Im Gegenteil können Besonderheiten des Falles oder ernsthafte Kritik an der hergebrachten Methode ein Abweichen von der Standardmethode fordern. Der Arzt ist auch nicht stets auf den jeweils sichersten therapeutischen Weg festgelegt. Allerdings muss ein höheres Risiko in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder in einer günstigeren Heilungsprognose eine sachliche Rechtfertigung finden“ [6].

Daher muss der Arzt weder „stets das jeweils neueste Therapiekonzept mittels einer auf den jeweils neuesten Stand gebrachten apparativen Ausstattung“ einsetzen [7], noch „das als das wirksamste geltende Mittel auch

dann anwenden, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit der überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt“ [8].

Selbstverständlich bedeutet dies „keinen Freibrief für Gewissenlosigkeit“ [9], keine Willkür oder schrankenlose Wahlfreiheit, vielmehr ist – entsprechend der richterlichen Grenzkontrolle – die erforderliche Sorgfalt strikt einzuhalten. Im Übrigen aber führt der „rasche Fortschritt der medizinischen Technik und die damit einhergehende Gewinnung immer neuer Erfahrungen und Erkenntnisse zwangsläufig zu Qualitätsunterschieden in der Behandlung von Patienten“ [10], sodass die Sorgfaltsanforderungen „nicht unbedenken an den Möglichkeiten von Universitätskliniken und Spezialkrankenhäusern“ ausgerichtet werden dürfen. Vielmehr müssen die für den jeweiligen Patienten in der konkreten Situation „faktisch erreichbaren Gegebenheiten“ berücksichtigt werden, „sofern auch mit ihnen ein zwar nicht optimaler, aber noch ausreichender medizinischer Standard erreicht werden kann“ [11]. In Grenzen ist deshalb der zu fordernde medizinische Standard „je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten verschieden“ [12]. Aus haftungsrechtlicher Sicht ist also eine Variationsbreite erlaubt, die in den Richt- und Leitlinien wegen ihres abstrakten, generalisierenden Regelungsgehalts vielfach nicht zum Ausdruck kommt. Leitlinien sind weder haftungsbefreiend noch -belastend. Richtig ist deshalb die in den Leitlinien der AWMF routinemäßig ausgedruckte – oftmals überlesene – Anmerkung, dass weder die Befolgung noch die Abweichung von einer bestehenden Leitlinie stets – und hierauf liegt die Betonung – eine haftungsbefreiende bzw. -belastende Wirkung haben.

„Ärztlichen Leitlinien sind somit in der konkreten Behandlungssituation und damit auch in deren haftungsrechtlicher Beurteilung Grenzen gesetzt“ [13]. Für den einzelnen Arzt folgt aus dem Gesagten, dass er bei der Behandlung seiner Patienten stets prüfen muss,

- ob es für den konkreten Fall Richtlinien oder Leitlinien gibt (daher gehört die Befassung mit den Richt- und Leitlinien seines Fachs zur Fortbildungspflicht),
- ob die Leitlinien (Richtlinien) dem medizinischen Standard entsprechen (oder inzwischen hätten angepasst werden müssen),
- wenn ja, ob er diesem folgen muss oder im konkreten Fall sachliche Gründe für ein abweichendes Vorgehen sprechen,
- wie er sich im Falle „konkurrierender“, d. h. unterschiedlicher Leitli-

nien verschiedener Fachgesellschaften verhalten soll.

Selbstverständlich muss der Arzt, der von einer Richtlinie oder Leitlinie abweicht, die Gründe hierfür anführen, also z. B. im „Röteln-Fall“ des OLG Düsseldorf den geänderten Stand der Wissenschaft, sodass er im Falle eines Irrtums oder bei nicht überzeugender Begründung für die Abweichung das Haftungsrisiko trägt. Darin liegt keine unbillige Beschwerde, sondern das notwendige Korrelat zur Therapiefreiheit des Arztes, die zugleich die beschränkte Aussagekraft und Verbindlichkeit allen Regelwerks für das ärztliche Handeln begründet, das sich seinem inneren Wesen nach der „Kanonisierung“ entzieht und von den „Besonderheiten des Einzelfalles diktiert“ wird [14].

● Keine Schuldvermutung bei Nichtbeachtung von Leitlinien

Daraus folgt weiter: Die Nichtbeachtung von Leitlinien darf – entgegen einer im juristischen Schrifttum vielfach geäußerten Befürchtung bzw. Prognose [15–17] – keine Vermutung sorgfaltswidrigen Handelns begründen. Mit Recht hat daher das OLG Stuttgart hervorgehoben [18], dass der Verstoß gegen in Leitlinien niedergelegte Behandlungsstandards „nicht zwingend als unverständlicher Fehler zu werten“ ist und deshalb nicht ohne Weiteres die Voraussetzungen des „grobe“ Behandlungsfehlers im Rechtssinne erfüllt, der zur Umkehr der Beweislast zuungunsten des Arztes bei der Kausalität führt. Denn „allein aus der Aufnahme einer Behandlungsregel in eine Leitlinie ergibt sich noch nicht, dass eine Behandlungsmaßnahme zu den elementaren medizinischen Standards gehört und ein Unterlassen medizinisch schlechterdings unverständlich ist“.

Im konkreten Fall ging es um die Vornahme regelmäßiger Thrombozytenkontrollen, die in den 2003 publizierten Leitlinien zur stationären und ambulanten Thromboembolieprophylaxe lediglich „empfohlen“, nicht aber als ein „Muss“ gefordert werden. Da diese Leitlinie die Zustimmung von 18 Fachgesellschaften gefunden hat, darf man ihren Inhalt mit Fug und Recht als Standard bezeichnen, so dass abgesehen von der zutreffenden Verneinung eines „grobe“ Behandlungsfehlers auch ein „einfacher“ Behandlungsfehler hätte verneint werden müssen. Jedenfalls blieb dadurch im Prozess beim Patienten die Aufgabe, den Behandlungsfehler und dessen Ursächlichkeit für den Schaden „mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit“ nachzuweisen.

Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer



Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer ist seit 1975 Rechtsanwalt (Schwerpunkte Wirtschaftsrecht, Wirtschaftsstrafrecht, Arztvertragsrecht, Arzthaftungsrecht, Arztstrafrecht, Vertragsarztrecht) in München und seit 1981 außerplanmäßiger Professor an der Universität München. Er verfasste über 200 Beiträge zum Thema Arztrecht und ist Mitherausgeber der Zeitschrift Medizinrecht.

Kernaussagen

Zusammenfassend ist die haftungsrechtliche Bedeutung der Leitlinien also wie folgt zu umschreiben: Wenn sie den medizinischen Standard zum Zeitpunkt der Behandlung widerspiegeln, sind sie „grundsätzlich“ im Sinne von „Ausnahmen vorbehalten“ zu befolgen.

- Erste Voraussetzung für eine Bindungswirkung der Richt- und Leitlinien ist also immer ihre inhaltliche Identität mit dem „Facharztstandard“ bzw. „Stand der Wissenschaft“, zweite Voraussetzung, dass im konkreten Einzelfall ein Abweichen hiervon weder geboten noch zu begründen ist. Sollte dieser Sonderfall vorliegen, müssen die dafür maßgeblichen Umstände zur Vermeidung von Haftungskonsequenzen sorgfältig dokumentiert werden.
- Die Erstellung von Richt- und Leitlinien hat aus der Sicht des Haftungsrechts die ärztliche Therapiefreiheit, d. h. „die Kompetenz des Arztes, die im Einzelfall ihm geeignet erscheinende diagnostische oder therapeutische Methode auszuwählen“ [19], unangetastet gelassen und ihm dadurch – zusammen mit der Patientenautonomie – einen ärztlichen Handlungsspielraum für die verantwortliche Therapiewahl bewahrt, „unabhängig von der Fessel normierender Vorschriften“ und fachlicher Empfehlungen. Für den Regelfall darf der Arzt, nach pflichtgemäßem und gewissenhaftem Ermessen, im Einzelfall mit seinen Eigenheiten diejenigen medizinischen Maßnahmen wählen, die nach seiner Überzeugung unter den gegebenen Umständen den größtmöglichen Nutzen für den Patienten erwarten lassen.
- Das gilt im Grundsatz auch unter dem Diktat der knappen Kassen, d. h. unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Erwägungen. Wenn die Ressourcen und Einrichtungen nicht mehr für alle akut hilfsbedürftigen Patienten zugleich ausreichen, wenn nach Ausschöpfung der Finanzierungs- und Wirtschaftlichkeitsreserven auch bei bester Organisation bestimmte Leistungen nicht vorgenommen werden können und bestimmte erfolversprechende Diagnose-, Therapie- und Hygienemaßnahmen unterbleiben müssen, reduziert sich allerdings der geltende Haftungsmaßstab bis hin zu einer unverzichtbaren Basisschwelle, die das Recht unter Sicherheitsaspekten bestimmt.
- Insoweit trifft in erster Linie die Medizin eine Darlegungs- und Rechtfertigungslast, dass sie trotz aller Rationalisierungsbemühungen zu dieser Herabstufung des Standards gezwungen ist.
- Vor allem die ärztlichen Gutachter dürfen daher nicht medizinische Idealstandards der Beurteilung der erforderlichen und zumutbaren Sorgfalt des Arztes zugrunde legen. Vielmehr müssen sie viel stärker als dies bislang geschieht, die durch die Einsparzwänge und Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen sich ergebenden Einschränkungen des Standards Richtern, Staatsanwälten, Rechtsanwälten und Verteidigern deutlich machen.
- Insbesondere sind auch frühere Empfehlungen, Leitlinien, Richtlinien und andere Regelungen unter dem Aspekt der unabweisbaren finanziellen Grenzen zu überdenken und neu zu bewerten. Die Knappheitsfolgen dürfen jedenfalls nicht zu Lasten von Krankenhäusern, Ärzten und Pflegekräften gehen und ihre persönliche Haftung begründen.
- Allerdings muss stets die durch das erlaubte Risiko markierte Standarduntergrenze eingehalten werden, die das Haftungsrecht im Interesse von Schutz und Sicherheit des Patienten unerbittlich zieht. Denn „keine zur Erfüllung des Heilauftrags wirklich indizierte Maßnahme“ darf „um der Kosten willen als unwirtschaftlich abgelehnt“ [20] werden. Es darf also keine ärztliche Maßnahme durchgeführt werden, deren Risiko als nicht mehr hinnehmbar anzusehen ist.
- Alle Empfehlungen, alle Richtlinien und Leitlinien sollten deshalb auf die haftungsrechtlichen Folgen der Ressourcenknappheit hinweisen.

Literatur

- 1 Exner M, Peters G, Engelhart S, Mielke M, Nassauer A. 1974–2004 : 30 Jahre Kommission für Krankenhaushygiene von der „alten“ zur „neuen“ Richtlinie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2004; 7: 313–322
- 2 BGHZ 88, 248 (254); BGHSt 43, 306 (311); BGH NJW 2000, 2754 (2758).
- 3 OLG Hamm, NJW. 2000, p. 1890
- 4 MedR. 2002, p. 650
- 5 Weissauer W. Limits of methodological freedom in anesthesia: from the viewpoint of the legal expert. Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1995; 30: 48–65
- 6 BGH NJW. 1987: 2927
- 7 BGH NJW. 1988: 763
- 8 BGH NJW. 1988: 763
- 9 RGSt.: 67, 12, 22
- 10 BGH NJW. 1993: 2989 ff
- 11 BGH NJW. 1994: 1597–1598
- 12 BGH NJW. 1993: 2989
- 13 Dressler WD, Geiß FS. Ärztliche Leitlinien und Arzthaftung. MedR 2000: 381
- 14 Jung H. Außenseitermethoden und strafrechtliche Haftung. ZStW 1985; 97: 54
- 15 Arzt G. Diagnostisch-therapeutische Leitlinien: Richtlinien für die Rechtsprechung? Schweiz Med Wochenschr 1999; 129: 607–612
- 16 Kollhoser. Diabetes und Stoffwechsel 2000: 309
- 17 Dressler WD. In: Hart (Hrsg), Eds.; Ärztliche Leitlinien (Tagungsband). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2000: 163
- 18 MedR. 2002; 650
- 19 Laufs A. Arzt und Krankenhaus. In: Laufs A, Uhlenbruck W (Hrsg), Eds.; Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002, § 3 RdNr. 13.
- 20 Steffen S, Geis FS. Die Arzthaftung und die Anspruchsbegrenzung des Sozialrechts. MedR 2000: 498

Renale Anämie

Welcher Hämoglobinwert soll angestrebt werden?

Eine häufige Komplikation chronischer Nierenerkrankungen ist die renale Anämie, deren Ursache gewöhnlich ein Mangel an Erythropoetin ist. Das Hormon lässt sich mittlerweile substituieren. Welchen Ziel-Hämoglobinwert man dabei anstreben soll, ist bisher unklar. Dieser Frage wurde nun in zwei Studien nachgegangen.

N Engl J Med 2006; 355: 2071–2084, 2085–2098

T. B. Drüeke et al. nahmen in ihre Untersuchung 603 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz auf, die an einer mäßigen Anämie mit Hämoglobin-(Hb-)Werten zwischen 11,0 und 12,5 g/dl litten. Die Studienteilnehmer wurden randomisiert auf zwei Gruppen verteilt. In Gruppe 1 war der Ziel-Hb-Wert 13,0–15,0 g/dl, in Gruppe 2 10,5–11,5 g/dl. Dementsprechend erhielten die Patienten in Gruppe 1 von Beginn an Erythropoetin, in Gruppe 2 erst, wenn der Hb-Wert unter 10,5 g/dl absank. Primärer Endpunkt waren kardiovaskuläre Ereignisse, sekundäre Endpunkte unter anderem die Lebensqualität und die Progression der Nierenerkrankung. A. K. Singh et al. untersuchten insgesamt 1432 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und einem Hb-Wert < 11,0 g/dl. Auch hier bildeten die Autoren zwei Gruppen mit unterschiedlichen Zielen. In

Gruppe 1 (n = 715) strebten sie einen Hb-Wert von 13,5 g/dl an, in Gruppe 2 (n = 717) einen von 11,3 g/dl. Primäre Endpunkte dieser Studie waren Tod, Herzinfarkt, Apoplex und stationäre Behandlung wegen Herzinsuffizienz.

Drüeke et al. konnten während der drei Jahre dauernden Studie keine Verringerung kardiovaskulärer Ereignisse durch einen höheren Hb-Wert beobachten (58 Ereignisse in Gruppe 1 und 47 in Gruppe 2). Auch die Progression der Niereninsuffizienz war in beiden Gruppen vergleichbar. Die Lebensqualität wurde von den Patienten der Gruppe 1 signifikant besser eingeschätzt. Singh et al. kamen zu ähnlichen Ergebnissen: In ihrer Studie, deren mittlere Beobachtungsdauer 16 Monate betrug, trat der primäre Endpunkt insgesamt 222mal auf und war in der Gruppe mit höherem Hb-Wert häufiger

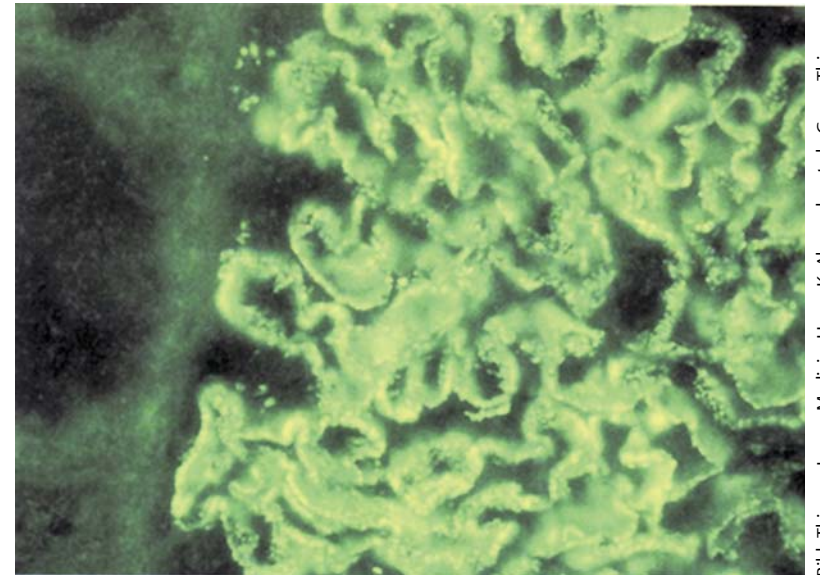
(125 vs. 97 Ereignisse). Die von den Patienten beurteilte Lebensqualität war in dieser Untersuchung in beiden Gruppen vergleichbar.

Fazit

Die Autoren beider Studien kommen zu dem Ergebnis, dass bei renaler Anämie die Korrektur des Hämoglobins auf Werte > 13 g/dl das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse nicht vermindert, sondern sogar erhöhen kann.

Dr. med. Johannes Weiß

Die Artikel zur renalen Anämie und zum Anti-Aging sind erstmals in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift erschienen (Dtsch Med Wochenschr 2006; 131, 50 bzw. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132, 3). Alle Rechte vorbehalten.



Glomerulonephritiden sind häufig Ursache einer chronischen Niereninsuffizienz. Im Bild sieht man eine immunhistologische Darstellung von IgG- und Komplement-C3-Ablagerungen bei membranöser Glomerulonephritis.

Bild: Thiemers Innere Medizin; Hsg.: K. Alexander et al., Georg Thieme Verlag KG 1999, Stuttgart

Kommentar zur Studie

G. Remuzzi und J. R. Ingelfinger unterstreichen, dass aufgrund der Ergebnisse dieser beiden Studien bei Patienten mit renaler Anämie Vorsicht geboten sei, diese vollständig auszugleichen. Derzeit seien noch einige zusätzliche Multizenter-Studien in Gang, die sich mit diesem Problem beschäftigten. Es bestehe noch ein großer Informationsbedarf über den idea-

len Ziel-Hämoglobinwert, die aktuellen Leitlinien müssen daher als unvollständig angesehen werden. Dennoch sei es momentan am sinnvollsten, bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz von der vollständigen Korrektur einer Anämie abzusehen, so die Autoren.

N Engl J Med 2006; 355: 2144–2146

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. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, 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 Wesiack • 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: Andreas Günter, Thomas Hamm, Stephanie Hügler, Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke, Dr. Stefan Krzossok, Prof. Dr. Günter Neubauer, PD Dr. Marcus Quinkler, Renate Ronge, Klaus Schmidt (KS), Dr. Hartwig Stöckle, Prof. Dr. Christian Strasburger, Dr. Wolf von Römer, Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Dr. Johannes Weiß, Dr. Felicitas Witte

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.

Anti-Aging

DHEA und Testosteron als Wundermittel enttarnt?

Dehydroepiandrosteron (DHEA) und Testosteron werden vielfach als Anti-Aging-Mittel beworben. Begründet wird dies mit dem Nachlassen der Hormonproduktion im Alter. Langzeiteffekte, z. B. auf Körperzusammensetzung, Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen, sind ebenso unklar wie potenzielle Nebenwirkungen. Für die Behandlung mit Testosteron wird ein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom und für eine Prostatahyperplasie diskutiert.

An der plazebokontrollierten, randomisierten, doppelblinden Studie nahmen 87 Männer mit niedrigen Konzentrationen an DHEA (< 1,57 µg/ml) bzw. Testosteron (< 103 ng/dl) und 57 Frauen mit niedrigem DHEA-Wert (< 0,95 µg/ml) teil. Alle Patienten waren 60 Jahre alt. 29 Männer erhielten DHEA (75 mg/d) plus ein transdermales Plazebopflaster, 27 ein Testosteronpflaster (5 mg/d plus eine Plazebotablette) und 31 nur Plazebo. 27 Frauen wurden auf DHEA (50 mg/d), 30 Frauen auf Plazebo randomisiert. Zielvariable waren körperliche Leistungsfähigkeit, Körperzusammensetzung, Knochenmineraldichte (BMD), Lebensqualität, Hormone, Glukosetoleranz, Lipide und PSA.

● Ergebnisse

Nach 2 Jahren waren die medianen DHEA-Werte bei Männern um 3,4 µg/ml und bei Frauen um 3,8 µg/ml

K. Sreekumaran et al.: DHEA in Elderly Women and DHEA or Testosteron in Elderly Men. N Engl J Med: 2006; 355: 1647–1659

gestiegen. Männer, die das Pflaster benutzten, zeigten einen Testosteronanstieg um 30,4 ng/dl.

Keines der Hormone führte bei Frauen oder Männern zu Veränderungen von maximaler O₂-Aufnahme/min, Muskelkraft, Insulinempfindlichkeit, Lebensqualität, LDL-Cholesterin oder Triglyzeriden. Bei Männern blieben PSA-Wert und Prostatavolumen unbeeinflusst. DHEA hatte keine signifikante Wirkung auf die Körperzusammensetzung. Männer zeigten unter Testosteron eine leichte Zunahme der fettfreien Körpermasse. Bei Frauen kam es unter DHEA zu einer leichten Zunahme des BMD im ultradistalen Radius. Männer zeigten

Kommentar Hormone sind kein Jungbrunnen



Priv.-Doz. Dr. Marcus Quinkler

Die Suche nach den Gründen des Alterns und den Möglichkeiten es zu verhindern ist fast so alt wie die Menschheit selber. In der Moderne ist es gelungen, viele Erkrankungen auszurotten oder zumindest behandeln zu können, sodass die Lebensdauer kontinuierlich zugenommen hat. Dennoch hat die moderne Medizin noch keine durchschlagenden Erkenntnisse über die Alterungsprozesse hervorgebracht. Die Beobachtung, dass zahlreiche Hormone, wie z.B. Wachstumshormon, Testosteron, Östradiol, mit dem Alter in ihrer Konzentration abnehmen, führte zu der Hoffnung, dass ein Anheben der Hormonspiegel im Alter auf ein jugendliches Niveau die Alterungsprozesse aufhalten oder verlangsamen könne. Das im menschlichen Körper am meisten vorkommende Steroidhormon Dehydroepiandrosteron (DHEA)

unter beiden Hormonen eine Zunahme des BMD im Schenkelhals. In beiden DHEA-Gruppen wurde ein deutlicher Abfall von HDL-Cholesterin registriert.

zeigt im Alter ebenfalls eine Konzentrationsabnahme, seine Wirkung ist aber noch weitestgehend unbekannt. Sicher ist jedoch, dass es als Vorläufer-Steroidhormon für die Testosteron- und Östradiol-Synthese dient. Durch eine neue Gesetzgebung wurde das in Deutschland nicht zugelassene DHEA in den USA 1994 von einem Medikament zu einem Nahrungsergänzungsmittel herabgestuft und so dem Missbrauch die Tür geöffnet. Nun liegt eine Studie von Nair et al. vor, die die Langzeitwirkung (zwei Jahre) von DHEA bei älteren Frauen und Männern mit initial niedrigem DHEA und Testosteron bei älteren Männern untersucht hat. Zahlreiche Parameter, die sich im Alterungsprozess verändern, wurden analysiert, aber es zeigte sich kein überzeugender Effekt (aber auch kein Schaden). Damit wurden vorangegangene Studien bestätigt. Ein Kritikpunkt der Studie ist, dass der Zeitraum für die Beurteilung eines Alterungsprozesses zu kurz und die Patientenzahl zu klein war. Derzeit ergibt sich daher keine Änderung im praktischen Alltag in Deutschland. Testosteron sollten

nur Männer mit einem nachgewiesenen und etiologisch abgeklärten Hypogonadismus, sowie Fehlen von Kontraindikationen gegen eine Testosteron-Substitution, bekommen. Besondere Beachtung sollte Patienten geschenkt werden, die keine DHEA-Produktion mehr haben – Patienten mit einer Nebennieren-Unterfunktion. In einer kleinen Studie konnten Arlt et al. zeigen, dass vor allem Frauen mit einer Nebennieren-Insuffizienz von einer DHEA-Substitution profitieren können (N Engl J Med 1999; 341: 1013–1020). Um die Wirkungsmechanismen von DHEA besser zu verstehen, sind daher weitere Studien notwendig. Diese könnten zu einer Zulassung von DHEA bei Nebennieren-Insuffizienz in Deutschland und zu einer Rückstufung von DHEA zu einem Medikament in den USA führen. Die Suche nach dem Jungbrunnen wird bleiben, DHEA und Testosteron sind es nicht.

Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Quinkler
Prof. Dr. med. Christian Strasburger

● Folgerungen

Weder DHEA noch niedrig dosiertes Testosteron besitzen bei älteren Menschen physiologisch relevante

Anti-aging-Effekte. Ihr Einsatz sollte daher unterbleiben, so die Autoren.

Renate Ronge

Anzeige
Sonoring

285 x 188 mm)

Telemedizin

Sprechstunde am Computer

Telemedizin soll das Gesundheitssystem finanziell entlasten und die medizinische Versorgung der Patienten verbessern. Aber bislang ist unklar, ob sich die Investitionen in die neuen Techniken lohnen und ob Gesundheitswesen und Patienten von der Telemedizin wirklich profitieren. Bislang nutzen telemedizinische Anwendungen vor allem den Herstellern. Es gibt unzählige Techniken, die in Pilotprojekten angewendet werden. Doch dass Ärzte bald ausschließlich vor dem Bildschirm diagnostizieren, therapieren und gar operieren werden, steht nicht zu befürchten.

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bedeutet Telemedizin, dass Ärzte oder andere Therapeuten medizinische Dienstleistungen erbringen und dabei von ihren Patienten räumlich getrennt sind. Diese Distanz wird auf elektronischem Wege überwunden, zum Beispiel per Satellit, per Funk oder über ein Mobiltelefon. Fernoperationen per Satellit werden – so die Experten – vermutlich erst einmal eine Ausnahme bleiben. Aber spätestens wenn die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wird, hat die Telemedizin Einzug in jede Arztpraxis gehalten.

Derzeit wird die Telemedizin bereits in größerem Umfang als sogenanntes Tele-Home-Monitoring eingesetzt. Hierbei werden Daten des Patienten, die seinen Krankheitsverlauf betreffen, elektronisch gespeichert, dokumentiert und von einem Arzt oder einem speziell ausgebildeten Mitarbeiter ausgewertet. Ein klassisches Beispiel dafür sind Telemonitoring-Programme bei Herzinsuffizienz: Die Patienten stellen sich jeden Morgen auf eine besondere Waage; die Daten werden dann per Funk an ein telemedizinisches Zentrum geschickt. Wird dort eine ungewöhnliche Gewichtszunahme festgestellt, informieren die Mitarbeiter des Zentrums den Patienten. Er soll sich dann bei seinem Hausarzt vorstellen.

● **Die Visite wird nach Hause verlegt**

Beim telemedizinischen Projekt „CHS-Post-Trauma“ wird die postoperative ärztliche Visite in die Wohnung des Patienten verlegt: Die Patienten werden früher als gewöhnlich aus der Klinik entlassen und erhalten einen portablen Computer mit nach Hause. Regelmäßig dokumentieren sie per Computer den Zustand ihrer Wunde und fügen digitale Fotos bei. Alle Informationen werden an die unfallchirurgische Klinik der Universität Regensburg gesandt. Dort beurteilen Ärzte die Wundheilung und bestellen den Patienten bei möglichen Komplikationen in die Klinik ein.

„Telemedizin ist besonders sinnvoll in Gebieten, in denen es wenige Ärzte gibt“, meint Ingo Flenker, Chefarzt der medizinischen Klinik der katholischen St. Lukas Gesellschaft in Dortmund und ehemaliger Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer. Dies sei umso wichtiger bei zunehmendem Ärztemangel. „Man kann nicht überall menschliche Expertise anbieten.“ Deshalb beurteilen Radiologen Bilder, die Hunderte

von Kilometern entfernt aufgenommen wurden, Pathologen analysieren per Telepathologie Präparate und Dermatologen diagnostizieren am Computer, während der Patient sich in einer anderen Stadt aufhält. Kürzlich stellte die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) in Kooperation mit der BKK Gesundheit ein telesonographisches Projekt vor. Bei Verdacht auf Fehlbildungen mussten schwangere Frauen sich bislang an ein Pränatalzentrum wenden, um eine weiterführende Diagnostik durchführen zu lassen. Im Rahmen des Telesonographie-Projektes können Schwangere nun zu ihrem niedergelassenen Gynäkologen gehen. Dieser führt wie gewöhnlich einen Ultraschall durch. Gleichzeitig sieht aber ein Pränatal-Experte in der MHH die Bilder, die digital in Echtzeit übertragen werden. Zusammen mit dem Niedergelassenen beurteilt er dann die Bilder.

● **Studien zeigen: Telemedizin kann die Behandlungsqualität verbessern**

Das Geschäft mit der Telemedizin boomt: Krankenkassenvertreter, Klinikchefs, Gesundheitspolitiker und natürlich die Hersteller selbst sind begeistert von den neuen Techniken. „Wir erwarten durch telemedizinische Verfahren eine deutliche Verbesserung der medizinischen Versorgung“, sagt Hans-Jochen Brauns, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGT). „Ein fernüberwachter Herzschrittmacher oder eine im Notfall rasch eingeholte Meinung eines entfernten Experten kann lebensrettend sein.“ Das hat zum Beispiel das Projekt TEMPiS zur integrierten Versorgung gezeigt: Das „Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung“ ist ein Projekt für Schlaganfallpatienten in Südbayern. Zwölf regionale Krankenhäuser wurden im Aufbau einer Schlaganfall-Schwerpunktstation durch die

beiden Schlaganfallzentren in München-Harlaching und Regensburg unterstützt. Zusätzlich konnten die regionalen Krankenhäuser Patienten mit einem Schlaganfall rund um die Uhr den Experten in den Schlaganfallzentren vorstellen: Die Notfallärzte in den regionalen Häusern untersuchten die Patienten vor einer Kamera und schickten die Daten zusammen mit CT- oder MRT-Bildern an die Experten. Gemeinsam legte man dann die weitere Diagnostik und Therapie fest. Das Konzept hat Erfolg, wie eine Auswertung der Behandlungsergebnisse von über 3100 Patienten nach drei Monaten zeigt: „Patienten, die in den TEMPiS-Krankenhäusern behandelt wurden, starben seltener an dem Schlaganfall als Patienten in normalen Kliniken“, berichtet Hans-Jochen Brauns. „Außerdem behielten diese Patienten seltener eine schwere Behinderung zurück und mussten seltener ins Pflegeheim aufgenommen werden.“

● **Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ändert sich deutlich**

„Mit der Telemedizin verändert sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient deutlich“, gibt Georg Marckmann, Professor am Institut für medizinische Ethik in Tübingen, zu bedenken. „Arzt und Patient sehen sich nicht mehr so häufig und der persönliche Kontakt geht verloren.“ Dies könne für den Patienten jedoch auch von Vorteil sein, da der zeitrau-

bende Arztbesuch wegfiel. „Ideal ist die Telemedizin als Ergänzung einer schon bestehenden guten Arzt-Patienten-Beziehung“, meint Marckmann. „Im Angesicht des großen Kostendruckes im Gesundheitssystem sehe ich jedoch die Gefahr, dass die ohnehin knappe Gesprächszeit durch telemedizinische Anwendungen ersetzt wird.“ Die Medizin wird so immer „anonymer“, der Arzt ist nicht mehr der „klassische Behandler“, der seinem Patienten persönlich zuhört, ihn untersucht und behandelt. Auch rechtlich befinden sich manche Telemediziner auf schwankendem Boden. Das beginnt bei haftungsrechtlichen Fragen und hört bei Abrechnungsproblemen auf. Viele Radiologen fürchten, dass sie nicht adäquat vergütet werden, wenn sie Ferndiagnosen per Teleradiologie stellen – und lassen lieber die Finger davon.

● **Technische Probleme**

Kritiker fragen sich auch, ob dem Patienten bei einigen telemedizinischen Projekten nicht zu viel von seiner Eigenverantwortung genommen wird. Wäre es beim Tele-Home-Monitoring von herzinsuffizienten Patienten nicht sinnvoller, die Betroffenen aufzuklären und über Warnsymptome zu informieren? Bei einer Gewichtserhöhung könnte dann der Herzinsuffiziente selbst den Arzt aufsuchen. Statt dessen gibt er seine Verantwortung an eine Waage und ein telemedizinisches Zentrum ab. Befürworter der Telemedizin sehen das ähnlich und verweisen darauf, dass es sich um ein reines Pilotprojekt handelt. Künftig könnten so beispielsweise auch Herzschrittmacher oder Insulinpumpen überwacht werden.

Doch die Sicherheit der übertragenen Daten muss gewährleistet sein. Wer garantiert, dass die elektronisch gespeicherten und versandten Daten nicht Unbefugten in die Hände gelangen? Und was, wenn bei einer telemedizinischen Operation plötzlich der Computer abstürzt?

Auch wenn die Patienten selbst telemedizinische Daten erheben, kann es zu Fehlern kommen. Dass der herzinsuffiziente Patient beim Wiegen noch seine Katze auf dem Arm gehalten hat, lässt sich meist noch rasch klären. Fotografiert der Patient selbst einen auffälligen Hautbefund und schickt das Bild zu einem Dermatologen, kann die Bildqualität die Diagnose erheblich beeinträchtigen. In einer Studie in England wurde festgestellt, dass nur maximal drei Viertel der Farben auf dem Bildschirm des Telemediziners korrekt wiedergegeben waren.

Dass Ärzte ihre Sprechstunde in naher Zukunft hauptsächlich am Computer abhalten, steht also nicht zu befürchten: Vielen telemedizinischen Projekten sind derzeit noch technische Grenzen gesetzt.

Dr. med. Felicitas Witte

Anzeige

169 x 188 mm)