



Inhalt

BDI-Vorstandssitzung in Wiesbaden „Nur gemeinsam sind wir stark“

Am Vorabend des 113. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin trafen sich der engere und der erweiterte Vorstand des BDI zu zwei Sitzungen und verabschiedeten eine Resolution.

Seite 7

1. Deutscher Internistentag Übersicht über das Programm

Vom 25.–27. Oktober 2007 findet in Berlin der 1. Deutsche Internistentag statt. Informationen über das Programm und die Anmeldemodalitäten finden Sie ab

Seite 10

Einfluss auf Behandlungskosten und Mortalität Telemedizin und chronische Herzinsuffizienz

1–3% des gesamten Gesundheitsbudgets wird für die Herzinsuffizienz ausgegeben. Eine telemedizinische Betreuung der Patienten kann die Gesamtbehandlungskosten reduzieren und die Mortalität senken.

Seite 12

Ärztegesundheit Wenn der Doktor zum Patient wird

In den letzten Jahren sind die Arbeitsbedingungen von Ärzten zunehmend ins öffentliche Interesse gerückt. Darüber, dass das System auch krank machen kann, wird aber noch relativ wenig gesprochen.

Seite 16

Impressum

Seite 6

Facharzt Innere Medizin wieder eingeführt

Großer Erfolg des BDI beim Deutschen Ärztetag

Allen Versuchen zum Trotz, die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin durch den 110. Deutschen Ärztetag in Münster zu verhindern, sprach sich eine Zweidrittel-Mehrheit am 17. Mai 2007 unmissverständlich dafür aus, die fünfjährige Facharzt-Weiterbildung „Innere Medizin“ in das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ der Muster-Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Damit wird eine rechtskonforme Gestaltung des Gebietes im Hinblick auf EU-rechtliche Vorgaben erreicht.

Die Europäische Kommission hatte Deutschland aufgefordert nachzuweisen, dass in allen 16 Bundesländern eine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ vorliegt. In



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack freut sich über den Erfolg des BDI.

diesem Punkt weichen die Regelungen in den Bundesländern teilweise voneinander ab. Zwölf Ärztekammern hatten die in Rostock beschlossene Muster-Weiterbildungsordnung umgesetzt und den Facharzt für Innere Medizin durch den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ersetzt, fünf Ärztekammern hatten den Facharzt für Innere Medizin beibehalten. Dadurch war die im EU-Recht vorgesehene Einheitlichkeit der Fachgebetsbezeichnungen in den Mitgliedsländern tangiert. Die

derzeitige Notifizierung für Deutschland war nicht richtlinienkonform. Durch den Beschluss des Ärztetages wird es nunmehr den Ärztinnen und Ärzten einfacher gemacht, in den EU-Staaten beruflich tätig zu werden.

Lesen Sie weiter auf Seite 8

110. Deutscher Ärztetag in Münster, 15.–18.05.2007

Warnung vor dem Zug in die Staatsmedizin

Die 250 Delegierten des 110. Deutschen Ärztetags in Münster sehen in den Einzelementen der jüngsten Gesundheitsreform ein „legislatives Virenprogramm zur Zerstörung des freiheitlichen Betriebssystems unseres Gesundheitswesens“. Daran vermochten auch die Beschwichtigungsversuche der Bundesgesundheitsministerin nichts zu ändern.

Das Eröffnungsritual vollzog sich wie gewohnt. Nach den traditionellen Grußworten trat eine freundlich lächelnde Ulla Schmidt ans Mikrofon, um der versammelten Ärzteschaft die wunderbaren Gaben ihres GKV-WSG ans Herz zu legen. Zur Kritik an der Ökonomisierung des Gesundheitswesens wollte sie sich gar nicht erst äußern, stellte sie in vornehmer Zurückhaltung fest. Man müsse doch immer darauf achten, dass das Gesundheitswesen bezahlbar bleibe. Einen Kampf zwischen den Interessengruppen habe es immer schon gegeben.

Mit ihrem GKV-WSG habe die Bundesregierung zentrale Forderungen der Ärzteschaft

aufgenommen, verkündete sie blauäugig, in erster Linie jene zur Honorierung in der ambulanten Versorgung. Entgegen anderslautenden Befürchtungen würden die Budgets mit floatenden Punktwerten abgeschafft. „Wir wollen feste Preise mit einem zu definierenden Mengengerüst einführen.“ Da erntete sie das erste Hohngelächter des Auditoriums. Was sei ein Mengengerüst anderes als eine Budgetierung mit einem neuen Etikett?, hakte später BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe nach. Die Honorarverteilungsmaßstäbe, so die Ministerin weiter, werden abgeschafft. Statt unterschiedlicher Kopfpauschalen werden alle Krankenkassen gleiche Preise für gleiche Leistungen bezahlen. Das Morbiditäts-Risiko werde wieder auf die Krankenkassen verlagert. Bis zum 1. Januar 2009 soll das neue Vergütungskonzept entwickelt werden. Ihr sei bewusst, dass ein solches Honorarsystem mehr Geld kostet. „Wir müssen gemeinsam suchen, wo Mittel eingespart werden können, damit mehr Geld für die ärztliche Versorgung zur Verfügung steht.“

Lesen Sie weiter auf Seite 2 und 3

KBV-Vertreterversammlung in Münster am 14. Mai 2007

Dauerclinich mit dem Hausärzteverband

Die KBV tut sich schwer: Einerseits will sie Dienstleister für alle Vertragsärzte sein, eine „new company“ nach den Worten ihres Vorsitzenden, gleichzeitig will sie aber auf den Körperschaftsstatus nicht verzichten. Und obendrein befindet sie sich im Dauerclinich mit dem Deutschen Hausärzteverband, der einen Alleinvertretungsanspruch erhebt. Diese Spannungen beherrschten die Vertreterversammlung der Kassenzentralen Bundesvereinigung am Vorabend des 110. Deutschen Ärztetags in Münster.

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler sieht seine Organisation an einer Weggabelung, an der zwei Wegweiser in unterschiedliche Richtungen zeigen: Auf dem einen steht Regulierungsbehörde, auf dem anderen Dienstleister für Vertragsärzte und –psychotherapeuten. Sein Problem: Es besteht nicht viel Zeit für die Entscheidung, denn die Körperschaft steht im Wettbewerb. Köhler: „Da fressen nicht nur die Großen die Kleinen, sondern auch die Schnellen die Langsamen.“

Lesen Sie weiter auf Seite 4 und 5

1. Deutscher Internistentag Jetzt für Berlin anmelden!

Für deutsche Internisten gibt es schon seit über einem Jahrhundert einen Höhepunkt im Jahr: Die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im April in Wiesbaden. Künftig wird das Jahr zwei Höhepunkte haben: Im Oktober findet zum ersten Mal der Deutsche Internistentag in Berlin statt. Der Deutsche Internistentag wird von BDI und DGIM gemeinsam ausgerichtet. Während in Wiesbaden traditionell die wissenschaftliche Medizin und die Fortschritte in der Inneren Medizin im Fokus stehen, widmet sich der Internistentag schwerpunktmäßig gesundheits- und berufspolitischen Themen. Aber auch die Fortbildung wird in Berlin nicht zu kurz kommen: Vorträge und Kurse zu medizinischen Themen runden den Internistentag ab. Wer sich also über Gesundheitspolitik informieren möchte und gleichzeitig Fortbildungsveranstaltungen besuchen möchte, sollte sich den 25.–27. Oktober schon jetzt im Kalender anstreichen und sich für den Internistentag anmelden.

Weitere Informationen zum 1. Deutschen Internistentag finden Sie in dieser Ausgabe von BDI aktuell auf den Seiten 10 und 11 sowie im Internet unter www.deutscherinternistentag.de

Editorial

Mit der Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin ...

... auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster im vergangenen Monat hat der BDI für die gesamte deutsche Innere Medizin einen notwendigen und lang ersehnten Erfolg errungen. Wir sind froh und stolz über diesen vor kurzem noch kaum erreichbar scheinenden Schritt.

Der BDI hatte von Anfang an – nach den Beschlüssen von Rostock 2002 und Köln 2003 – auf diesen Durchbruch hingearbeitet und sich von Rückschlägen nicht beirren lassen. Wir haben entschlossen unsere Chance genutzt und alles getan, um ein

möglichst Erfolg versprechendes Konzept zusammen mit der Bundesärztekammer zu entwickeln. Dabei haben wir ganz bewusst den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin unangetastet gelassen.

Für die enge und freundschaftliche Zusammenarbeit mit der DGIM und dem Vorstand der BÄK möchten wir uns nochmals ausdrücklich bedanken, wodurch diese notwendige Korrektur des Berufsbildes durch ein einheitliches Auftreten möglich wurde.

Wir möchten auch den Vorständen aller Landesärztekammern, besonders aber den fünf „Abwechslern“

sowie unseren Freunden und Kollegen in den anderen Berufsverbänden – einschließlich des Marburger Bundes – für ihre Unterstützung danken. Dem Hausärzterverband bieten wir weiterhin unsere Unterstützung und die Kooperation in Fragen an, die wir gemeinsam in der Weiterbildung und in der ambulanten Versorgung zu lösen haben. Wir werden konstruktiv an der Beseitigung des Hausarztmangels in den alten und neuen Ländern mitarbeiten. Der BDI ist immer noch die größte und wichtigste Vertretung der Internisten auch im hausärztlichen Versorgungsbereich. Dies betrifft auch unsere aktive Mitarbeit an den Son-

derverträgen nach § 73 b SGB V sowie dem neuen Euro-EBM.

Beharrlich und stetig werden wir unsere berufspolitischen Ziele weiter verfolgen. Engagieren Sie sich – geben Sie Ihren Interessen eine Stimme. Unterstützen Sie Ihren Berufsverband, den BDI. Gemeinsam sind wir stark.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

110. Deutscher Ärztetag in Münster, 15.–18.05.2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Warnung vor dem Zug in die Staatsmedizin

Im übrigen verstehe sie gar nicht, was die Ärzte gegen den Gesundheitsfonds hätten. In allen anderen Systemen, in denen man bundeseinheitliche Beitragssätze habe, käme das Geld auch wirklich dort an, wo es benötigt werde. Deswegen sei der Gesundheitsfonds der richtige Weg, um zur Stabilisierung zu gelangen.

geprüft würden nur die letzten zwei Jahre. Praxisbesonderheiten müssen im vorhinein geltend gemacht werden. Auch die DMP-Einschreibungen seien neu geordnet worden. Wenn das alles umgesetzt würde, habe man die überbordende Bürokratie schon ein Stück zurückgestutzt. Auch hier ertelte die Ministerin nur Hohngel-

ner in Deutschland.“ In welchem anderen Beruf könne man sicher sein, mehrere Angebote zur Berufsausübung zu haben. Es gebe neue Kooperationsformen, feste Arbeitszeiten, die Ärzte müssten sich nicht gleich zu Beginn mit hohen Schulden belasten und in die Einzelpraxis gehen. Dass junge Ärzte nun im Krankenhaus und in der Praxis zugleich arbeiten können, eröffne ihnen neue Chancen.

• Ulla Schmidt mischt sich ein

In ein Fettnäpfchen trat die Politikerin, als sie sich für das Anliegen des Hausärzterverbands stark machte, die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin auf diesem Ärztetag zu verhindern. Das vorgebrachte Argument mit dem EU-Recht nannte sie ein Scheinargument und appellierte an die Delegierten: „Kehren Sie nicht hinter die gefassten Beschlüsse von Rostock und Köln zurück.“ Man brauche keine Trennung, sondern eine gemeinsame allgemeinärztliche und internistische Weiterbildung. Diese Einmischung in rein innerärztliche Angelegenheiten hat möglicherweise auch zu der klaren Entscheidung des Deutschen Ärztetags in Münster zugunsten des Facharztes für Innere Medizin beigetragen (siehe auch Artikel auf den Seiten 1 und 8: „Große Mehrheit will Facharzt für Innere Medizin“).

lächter der Ärzte, deren Erfahrungen ganz anders aussehen. Ihre Zuhörer mussten sich wie auf einem anderen Stern vorkommen, als Ulla Schmidt allen Ernstes behauptete: „Diese Zeiten bieten gute Chancen für Medizi-



Bild: Johannes Aevermann

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ertelte in Münster das Hohngelächter des Auditoriums, als sie das GKV-WSG rühmte.

• Überbordende Bürokratie

Schließlich habe ihr Haus auch wirklich zum Bürokratie-Abbau beigetragen. „Der Gesetzgeber hat getan, was er konnte.“ Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen würden auf 5% reduziert,

BDI intern

Sektion Angiologie

Herr Prof. Dr. med. Malte Ludwig, Berg, wurde in der Mitgliederversammlung am 14. April 2007 zum Vorsitzenden der Sektion Angiologie wiedergewählt.

Arbeitskreis Tropen-/Reisemedizin und Impfwesen

In der Mitgliederversammlung am 14. April 2007 wurde ein neuer Vorstand des Arbeitskreises Tropen-/Reisemedizin und Impfwesen gewählt:

Vorsitzender: PD Dr. med. Tomas Jelinek, Berlin

Stellv. Vorsitzende: Dr. med. Fritz Holst, Marburg, Prof. Dr. med. Hans Dieter Nothdurft, München, Dr. med. Andreas Leischker, Lingen.

Der BDI gratuliert den gewählten Vorsitzenden und stellv. Vorsitzenden herzlich und wünscht viel Erfolg!

Den bisherigen Vorstandsmitgliedern des Arbeitskreises Tropen-/Reisemedizin und Impfwesen, Dr. med. Fritz Seiler, Bayreuth, Dr. med. Manfred Peters, Hamburg, dankt der BDI für die jahrelange aktive Tätigkeit und gute Zusammenarbeit.

Dienstjubiläum im Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

20-jähriges Dienstjubiläum feiert Assessor Christian Gambke, der am 19. Mai 1987 seinen Dienst als Jurist des Berufsverbandes Deutscher Internisten angetreten hat. „20 Jahre sind ein beachtlicher Abschnitt im Leben eines Menschen, 20 Jahre bei ein und demselben Arbeitgeber, das ist ein echter Grund, mit seiner dienstlichen Vergangenheit zufrieden zu sein und dieses Jubiläum besonders zu würdigen“, so Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI. BDI-Präsidenten wie Dr. med. H.-J. Frank-Schmidt, Dr. med. G. Pasewald, Dr. med. H. Weinholz, Professor Dr. med. W. Wildmeister, Dr. med. G.G. Hofmann und Dr. med. W. Wesiack, aber auch Hauptgeschäftsführer und Geschäftsführer des BDI schätzen Herrn Gambke als loyalen und kollegialen Partner.



Für Herrn Gambkes geleistete Arbeit der vergangenen 20 Jahre gebührt ihm Dank und Anerkennung. Mit weit über 300 schriftlich beantworteten Mitgliederanfragen pro Jahr sowie darüber hinausgehenden zahlreichen telefonischen Beratungsgesprächen hat sich Herr Gambke einen guten Ruf als versierter Jurist mit besonderen Detailkenntnissen im breit gefächerten Gesundheits-, Berufs- und Sozialrecht geschaffen. Neben der Gratulation zum Dienstjubiläum wünscht der BDI ihm für die Zukunft Kraft, Energie und Ausdauer sowie weiterhin viel Freude an seiner Arbeit.

Fortsetzung Seite 3



Bild: Johannes Aevermann

BÄK-Präsident Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hob die neue, alle Arztgruppen übergreifende Solidarität hervor: „Nie zuvor ist die Freiheit des Arztberufes so in Frage gestellt worden, aber auch nie zuvor haben wir so für die Freiheit des Arztberufes gekämpft – und darauf können wir stolz sein.“

● **Hoppe analysiert GKV-WSG und seine Folgen**
 Bundesärztekammer-Präsident Hoppe ließ die auf Frieden ausgerichtete Offerte der Bundesgesundheitsministerin ins Leere laufen. In einer scharfen Analyse befasste er sich gründlich mit dem GKV-WSG und den absehbaren Folgen. Durch die Finanzierung des Gesundheitsfonds, der sich im Wesentlichen aus lohnbezogenen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammensetzt, fließt kein zusätzlicher Euro in das System. „Die begrenzten Mittel werden lediglich neu verteilt.“ Das sei keine vorausschauende Gesundheitspolitik, sondern im Grunde eine Bankrotterklärung. Er verwies auf die Proteste der Ärzteschaft im vergangenen Jahr: Nie zuvor sei die Freiheit des Arztberufes so in Frage gestellt worden, aber auch nie zuvor hätten die Ärzte so für die Freiheit ihres Berufes gekämpft – „und darauf können wir stolz sein“. Es gebe eine neue, alle Arztgruppen übergreifende Solidarität. Die Ärzte seien gemeinsam aufgestanden für eine Patientenversorgung nach den ethischen Grundüberzeugungen ihres Berufs und hätten deutlich gemacht, dass es ohne vernünftige Arbeitsbedingungen und ausreichende Freiheitsgrade keine gute Medizin geben kann. Die Ärzte-Proteste seien auch in der Öffentlichkeit gehört worden. „Die Menschen haben uns verstanden, auch viele Politiker. Aber es gab da wohl – ich möchte einmal sagen – Sachzwänge in der Großen Koalition, die zu wenig Spielraum für praktische Vernunft ließen.“ Hoppe stellte die Frage, was denn nun eigentlich das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ bedeutet: „Wird da wirklich Wettbewerb gestärkt? Wer soll mit wem konkurrieren? Wer sind die Kunden, was ist die Ware? Ich weiß, das klingt banal,

ist aber ehrlich in der Analyse. Denn ich bezweifle, dass ein patientengerechtes Gesundheitswesen nach den Gesetzen der Marktwirtschaft funktioniert.“ Er habe den Eindruck, dass hier die Prinzipien der reinen und nicht etwa der sozialen Marktwirtschaft eingeführt worden sind. „Erst sind die Ärzte Leistungsanbieter, dann sind die Patienten Krankheitsanbieter, dann

gibt es Krankheit als Geschäftsgegenstand, dann werden die Ärzte Erfüllungsgehilfen im Medizingeschäft und schließlich haben wir eine Fließbandmedizin für den Krankheitsträger. Ist das wirklich eine Entwicklung, die wir haben wollen?“ Hoppe sieht hinter dieser Entwicklung vor allem ein Prinzip: die Entstaatlichung der Daseinsfürsorge und die Verstaatlichung der Versorgungsprozeduren. Dies sei das durchgängige Prinzip aller sogenannten Gesundheitsreformen der letzten Jahre. Die Rolle der Ärzte sei darin klar vorgezeichnet: Vollzug staatlicher Rationierung einerseits, Entindividualisierung der Patient-Arzt-Beziehung andererseits. „Die Freiberuflichkeit, die ärztliche Unabhängigkeit in der Therapiefindung, auf die der Patient bisher vertrauen konnte, diese Freiberuflichkeit stört offensichtlich in einem System staatlich gelenkter Gesundheitswirtschaft. Ärzte sollen rationieren und im Wettbewerb untereinander funktionieren, nichts anderes bedeutet doch die Wettbewerbsstärkung für Ärzte und Patienten.“

● **Marktbereinigung der Krankenhauslandschaft**
 Mit der zunehmenden Privatisierung im Kliniksektor geht auch eine Konzentration einher, im Jargon der Gesundheitsökonomien eine „Marktbereinigung“ der Krankenhauslandschaft. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung hat ausgerechnet, dass etwa 10% der Krankenhäuser bis 2010 vom Markt verschwinden. Die Schließung von Krankenhäusern werde sich vor allem an betriebswirtschaftlichen Kriterien orientieren und nicht an der Versorgungssicherheit. Versorgungslücken könnten daher prinzipiell entstehen, sagen selbst die Experten des RWI.

Viele der Krankenhäuser stünden jetzt nicht mit dem Rücken zur Wand, wenn der Staat bei den Investitionen nicht 30 Milliarden Euro eingespart hätte. Wegen der zunehmenden Ökonomisierung sind immer weniger Krankenhäuser bereit, Ärzte, die noch keine Facharztanerkennung besitzen, einzustellen. Angesichts des jetzt schon bestehenden Ärztemangels in bestimmten Fachgebieten, z.B. in der hausärztlichen Versorgung, ist das eine erschreckende Aussicht mit fatalen Folgen für die Versorgung. Als wenn das nicht schon genug wäre, legt der Staat mit dem Sonderopfer von jährlich 380 Millionen Euro noch eine Schippe drauf und sagt: „Demografie hin oder her, sparen ist nicht schwer“. Für die kleinen, besonders kommunalen Krankenhäuser ist das laut Hoppe kaum zu stemmen; sie können sich allenfalls als Übernahmekandidaten empfehlen. Die Wettbewerbsstärkung ist dann nur zum Vorteil der Großen in der Kran-



Bild: Johannes Aevermann

Am Rande der Eröffnung des 110. Deutschen Ärztetags in Münster sprach BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.

kenhauslandschaft, die Kleinen bleiben auf der Strecke, die stationäre Grundversorgung wird empfindlich getroffen. Die Gesundheitsminister der Länder hätten zwar immer wieder bekundet, ihre Zuständigkeit für die Gestaltung der Krankenhauslandschaft verteidigen zu wollen. Allein der Blick in die



Bild: Johannes Aevermann

Die Diskussion um die Weiterbildungsordnung in der Inneren Medizin war eines der wichtigsten Themen auf dem Deutschen Ärztetag. Darüber hinaus hatten die Delegierten über zahlreiche andere Tagesordnungspunkte zu entscheiden. So wurde die elektronische Gesundheitskarte abgelehnt und eine Reform des Transplantationsgesetzes empfohlen.

Vergangenheit lasse mehr als zweifeln. „Aber was machen denn dann die Menschen in den strukturschwachen Gebieten? Die Alten und chronisch Kranken haben doch jetzt schon

„Wie anders sollte man die GKVisierung der PKV und die PKVisierung der GKV verstehen?“ Zunächst werden die Strukturen angeglichen und dann letztlich die Unterschiede ganz aufgehoben. Das ziele letztlich auf eine Einheitsversicherung mit Einheitsbeitrag und Einheitsmedizin. „Aber das wollen wir nicht und das wollen auch die Bürger nicht.“ Die Ärzteschaft wird sich mit diesen Zuständen nicht abfinden, versprach Hoppe. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und ärztliche Berufsverbände streben eine dauerhafte und strukturierte Aufklärung der Patienten und Versicherten an. Den Kolleginnen und Kollegen vor Ort sollen ganz konkret und kontinuierlich, d.h. Quartal für Quartal, die gesundheitspolitischen Themen aufbereitet werden, die sie zur Aufklärung ihrer Patienten brauchen. Mit diesem Projekt soll schon gleich nach dem Ärztetag in Münster begonnen werden. „Denn die Patienten sollen nie wieder sagen müssen, das haben wir nicht gewusst, die Politiker sollen nie wieder sagen dürfen, wir wussten nicht wirklich um die Folgen der Reform.“

KS

BÄK-Spitze neu gewählt

Prof. Dr. **Jörg-Dietrich Hoppe** ist auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster ohne Gegenkandidaten in seinem Amt als Präsident der Bundesärztekammer bestätigt worden. Damit wird er für vier weitere Jahre der deutschen Ärzteschaft vorstehen. Er erhielt 202 von 241 gültigen Stimmen der 250 Delegierten. Als vordringlichste Ziele für seine nächste Amtszeit bezeichnete Hoppe die Verbesserung der Patientenversorgung, die Transparenz der Rationierung und den Kampf um die ärztliche Freiberuflichkeit. Zum neuen Vizepräsidenten wurde Dr. **Frank Ulrich Montgomery**, Hamburg, im dritten Wahlgang gewählt. Der Vorsitzende des Marburger Bundes und Präsident der Ärztekammer Hamburg erhielt 121 von 237 gültigen Stimmen, nur 3 Stimmen mehr als sein Gegenkandi-

dat Dr. **Günther Jonitz**, Präsident der Ärztekammer Berlin. In ihrem Amt als Vizepräsidentin wurde Dr. **Cornelia Goesmann**, Hannover, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, bestätigt. Für die Allgemeinärztin Goesmann votierten ebenfalls im dritten Wahlgang 162 von 241 Delegierten des Deutschen Ärztetages.

Ebenfalls für vier Jahre wurden mit **Rudolf Henke**, Krankenhaus-Internist und MB-Vorsitzender in Nordrhein, sowie dem Allgemeinarzt Dr. **Max Kaplan**, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, zwei weitere Ärzte in den Vorstand gewählt, dem als weitere Mitglieder die 17 Präsidenten der Landesärztekammern angehören.



Bild: Johannes Aevermann

Mit Blumen bedacht: der neu gewählte Vorstand der Bundesärztekammer.

Der Gastkommentar

Die KV Bayerns oder das selektive Kontrahieren

Ausgezeichnete Patientenversorgung in Bayern

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) steht für ausgezeichnete Patientenversorgung. Ziel aller Bemühungen ist es, den Patienten in Bayern Zugang zu einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir bestrebt, moderne und leistungsfähige Strukturen aufzubauen und zu betreiben sowie kompetente Dienstleistungen für das Gesundheitswesen anzubieten. Die Fortsetzung der Qualitätsinitiative in der Patientenversorgung spiegelt die Philosophie der KVB wider. Wir gestalten die Zukunft unserer Mitglieder und handeln proaktiv im Zusammenhang mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Im Rahmen dieser Zielsetzung fokussieren wir uns auf die Verbindung von klassischer Qualitätssicherung mit verpflichtender elektronischer Dokumentation von medizinischen Daten. Die von uns entwickelten Konzepte basieren darauf, dass nur dokumentierte Qualität transparent ist und dementsprechend honoriert wird. Dabei liegt unser Augenmerk darauf, dass der Aufwand für die niedergelassenen Ärzte so gering wie möglich gehalten wird. In diesem Sinne verhandeln wir mit potenziellen Vertragspartnern eine differenzierte Vergütung für unsere Mitglieder

entsprechend der Qualität ihrer Leistung. Dies bedeutet, dass nur Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die die Erbringung einer höheren Qualität in der Behandlung ihrer Patienten akzeptieren, entsprechend honoriert werden. Um eine Auszeichnung für besondere Versorgungsqualität zu erwerben, müssen eine Reihe von Qualitätssicherungskriterien von den Mitgliedern erfüllt werden. In Frage kommen all jene Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die der Qualitätssicherung der KVB offen gegenüber stehen. Es werden die Mitglieder ausgewählt, auf die sich die Leistungen letztendlich konzentrieren, während nicht-zertifizierte Ärzte immer weniger zur Versorgung in diesem Bereich beitragen.

Erfolgsbeispiel Koloskopie

Die Einführung der elektronische Dokumentation in der Koloskopie ist nur ein Projekt in der KVB, bei dem eine erfolgreiche Steuerung des Leistungs geschens erkennbar ist. Seit 2002 ist eine Dokumentation aller präventiven Koloskopien bundesweit verpflichtend. Allerdings hat die Dokumentation auf Papier häufig invalide Bögen und unverwertbare Datenmengen zur Folge. Aus diesem Grund wurde in der KVB ein Portal zur elektronischen Dokumentation der präventiven und kurativen Koloskopien entwickelt. Als besonderer Mehrwert gilt das Rückmeldesystem für die teilnehmenden Ärzte, die quartalsweise eine Auswertung ihrer

Daten im Vergleich zu denen ihrer Kollegen erhalten und damit die Möglichkeit haben, ihre Leistung selbst zu bewerten. Außerdem wird der vorliegende Datenbestand von über 250 000 elektronischen Dokumentationen für die präventive und die kurative Koloskopie innerhalb nur eines Jahres im Rahmen dieses Projekts wissenschaftlich evaluiert und dient als Grundlage für Versorgungsforschung. Im März 2007 konnte ich für das Projekt „Elektronische Dokumentation der Koloskopie“ in Berlin den Felix Burda Award 2007 entgegennehmen. Die Ergebnisse der Evaluation der Daten werden im Rahmen der Digestive Disease Week (DDW) in Washington D.C. im Mai in Zusammenarbeit mit dem Institut für Biometrie und Epidemiologie (IBE) der LMU München in Form von sechs Abstracts präsentiert und sollen zu einer qualitätsgesicherten und damit verbesserten Versorgung beitragen.

Erfolgreiche Vorhaben wie die Koloskopie haben gezeigt, dass wir uns mit der Qualitätsinitiative weiterhin auf dem richtigen Weg befinden. Allerdings werden die Handlungsoptionen der KVen im Selektivvertragsbereich durch das am 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-WSG erheblich geschwächt. Auf der einen Seite sieht die Gesundheitsreform 2007 eine generelle Ausweitung der Möglichkeiten zum Abschluss von Selektiv-



Dr. med. Axel Munte ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB).

verträgen vor, auf der anderen Seite jedoch werden wir zunehmend eingeschränkt, selbst den Abschluss von Selektivverträgen vorzunehmen. Um die Erfolgsstory der KVB weiter fortsetzen zu können, muss dafür ein neuer

Rahmen geschaffen werden.

Reaktionen auf das GKV-WSG

Die KVB versucht daher, sich durch die Gründung der Gediselect, einer ärztlich und psychotherapeutisch getragenen Managementgesellschaft, zu positionieren und somit eine starke Verhandlungsposition ihrer Mitglieder gegenüber Kassen zu schaffen. Die Gediselect soll dort aktiv werden, wo die Möglichkeiten der KVB enden, nämlich in der Konzeptionierung und beim Abschluss von Selektivverträgen. Ziel der Gediselect ist es, sämtliche Chancen auszunutzen, die sich den Ärzten und Psychotherapeuten, Patienten, Kassen und auch der KVB durch Selektivverträge bieten.

- Den Leistungserbringern wird die Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte ermöglicht,
- Dadurch können den Patienten fortschrittliche Behandlungsformen und -methoden zugänglich gemacht werden.
- Die Krankenkassen haben durch Selektivverträge die Chance, sich gegenüber ihren Wettbewerbern

durch individuelle Angebote zu differenzieren.

- Die KVB hat den Vorteil, auf bestehende Strukturen sowie Erfahrungen mit dem Angebot von Dienstleistungen, wie zum Beispiel der Abrechnung, zurückgreifen zu können.

Wir verfolgen eine ambitionierte und nachhaltige Vertragspolitik, bei der Qualität und Wirtschaftlichkeit durch elektronische Dokumentation belegt werden und unsere Mitglieder sich durch nachgewiesene Leistung auszeichnen und ein ihren Leistungen entsprechendes Honorar für ihre Anstrengungen erhalten. Gleichzeitig sichern wir den Kostenträgern durch valide Dokumentation und Evaluation die Umsetzung vereinbarter Vertragsinhalte zu.

Gestaltung der Zukunft

Durch die Gründung der Gediselect hält die KVB an ihrer Qualitätsausrichtung fest. Der bewährte Service für unsere Mitglieder und weitere Interessierte wird durch das Angebot kompetenter Dienstleistungen beibehalten. Vorhandene Ressourcen und die Infrastruktur in der KVB können trotz der Auswirkungen des GKV-WSG effizient ausgenutzt werden. Ebenso zählt die Gestaltung der ambulanten medizinischen Versorgung in Bayern weiterhin zum Kompetenzbereich der KVB. Durch diese Strategieausrichtung wird die Zukunft der KVB und vor allem ihrer Mitglieder gesichert.

Dr. med. Axel Munte

KBV-Vertreterversammlung in Münster am 14. Mai 2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Dauerclinch mit dem Hausärzterverband

Eigentlich hat die KBV schon längst die Entscheidung gefällt, Dienstleister sein zu wollen. Und doch wird immer noch sehr kontrovers darüber diskutiert. Köhler kritisierte, es handle sich hier um eine Funktionsdebatte, „die mit dem Wohl und dem Interesse unserer Mitglieder vor Ort nur noch sehr wenig zu tun hat“. Es sei eine Diskussion darüber, wie sich das Verhältnis von KBV und KVen untereinander und zu den Berufsverbänden in Zukunft gestalten. Vor allem das Verhältnis von KBV/KV und Hausärzterverband müsse dringend geklärt werden. Der Hausärzterverband reklamieren für sich eine Art Alleinvertretungsanspruch – „den hat er aber nicht“. Hausärzte seien und blieben Pflichtmitglieder der KVen und hätten einen Anspruch darauf, von den KVen und der KBV genauso gut vertreten und behandelt zu werden wie die Fachärzte und Psychotherapeuten.

• Köhler beschwört Einigkeit

Er beschwor in Münster die Einigkeit. Anstatt die Differenzen öffentlich

auszutragen, sollte man den Krankenkassen als den Vertragspartnern in den selektiven Verträgen keine Chance bieten, die Ärzte gegeneinander auszuspielen. Künftig haben es die Ärzte nicht mehr mit einer Vielzahl von Krankenkassen zu tun, die untereinander in einem eingeschränkten Wettbewerb stehen und

durch sieben unterschiedliche Kassenverbände vertreten werden. Stattdessen gebe es nur einen einzigen Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Wenn die Ärzte diesem Spitzenverband ein Gegengewicht bieten wollten, bräuchten sie unabdingbar eine starke organisierte Interessenvertretung, die versorgungsebenen-

übergreifend agiert und auch den regionalen Ausgleich im System schafft.

Köhler, der noch vor Inkrafttreten des GKV-WSG passiven Widerstand durch Nichtvollzug angekündigt hatte, befindet sich bereits mitten im Umsetzungsprozess. Man müsse trennen zwischen dem kollektivvertraglichen Bereich und dem Wettbewerbsfeld. Im ersten habe die KBV als versorgungsebenen-übergreifende Körperschaft klare Aufgaben. Sie verhandle eine neue Vergütungssystematik für die Hausärzte und für die Fachärzte. Basis sei der Beschluss der Vertreterversammlung vom 22. Mai 2006 in Magdeburg. Damals habe sie festgelegt, die Vergütungen für den hausärztlichen und den fachärztlichen Bereich jeweils getrennt weiterentwickeln zu können. Kein Versorgungsbereich dürfe den jeweils anderen benachteiligen. Genau das aber drohe jetzt durch die gesetzlich vorgegebene unterschiedliche Struktur und Leistungsbeschrei-

bung ärztlicher Leistungen und in Folge davon die Leistungsbewertung. Das Konzept des beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung für den neuen Hausärzte-EBM biete eine gute Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen im Bewertungsausschuss. Das gelte auch für die Eckpunkte des Konzeptes für den neuen EBM für den fachärztlichen Bereich, das aber noch nicht fertig sei.

• Getrennte Schlafzimmer für

Ärzte in der KV

Köhler machte sich ausdrücklich für den körperschaftlichen Status der KBV und der KVen stark. Im Kollektivvertrag brauche die Ärzteschaft ein Gegengewicht gegen die geballte Macht der Krankenkassen. Das könne nur das KV-System bieten, nicht zum Beispiel die Berufsverbände. Da diese keine Körperschaften des öffentlichen Rechts seien, fehle ihnen der rechtliche Status, um ihren Mitgliedern gegenüber auch durchgreifen zu können. Der Körperschaftsstatus



Bild: Johannes Aevermann

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, sieht seine Organisation an einer Weggabelung: Geht es für die KBV in Richtung Regulierungsbehörde oder in Richtung Dienstleister?



Bild: Johannes Aeberrmann

Auch bei der KBV-Vertreterversammlung wurde die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt diskutiert. „Von wem soll der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ausgebildet werden, wenn es keinen Facharzt für Innere Medizin mehr gibt?“, fragte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack.

habe viele Vorteile für die Mitglieder, das habe auch das vertragsärztliche Referendum bestätigt. Er verschwieg dabei, dass das KV-System überwiegend schlechte Noten erhalten hatte und die Zustimmung nur daher rührte, dass es (noch) keine Alternativen gibt.

Genauso wichtig ist für Köhler, dass das KV-System versorgungsebenenübergreifend arbeitet. Allerdings sei das auch ein zweischneidiges Schwert, räumte er ein. An der anhaltenden Diskussion um die angebliche Benachteiligung der Hausärzte im KV-System – „die eher viszeral als cerebral motiviert ist“ – sehe man, dass solche ‚Dolchstoßlegenden‘ die Arbeit sehr behindern können. Der KBV-Vorsitzende bemühte das Bild der Ehe, um einen Ausweg aufzuzeigen: Das KV-System wolle die Scheidung nicht, sondern an der gemeinsamen Lebensplanung festhalten. In vielen funktionierenden Ehen nutzten die Eheleute getrennte Schlafzimmer – „diese getrennten Schlafzimmer haben wir letzten Mai in Magdeburg schon beschlossen“. Jetzt sollten sie bezogen werden und damit der Ehe neuen Schwung verleihen.

Doch wenn einer der Partner immer von Trennung spreche, könne man nicht über eine neue Rollenverteilung entscheiden. Wenn das so weiter gehe, werde dies das Ende des bewährten, für Patienten relativ freien Gesundheitssystems bedeuten. „Wir hätten den restriktiven Gate-Keeper, dessen Hauptaufgabe es ist, Leistungen zu vermeiden. Von verantwortlicher ärztlicher Tätigkeit würden wir uns immer mehr entfernen. Dagegen wehren wir uns.“ Dass es mit dem Ehe-Verhältnis auch an der KBV-Spitze nicht zum Besten steht, demonstrierte die Rede von Köhlers Stellvertreter Ulrich Weigelt, ehemals Vorsitzender des Deutschen Hausärztesverbandes. Der plädierte nämlich, offenbar ohne Köhler darüber in Kenntnis gesetzt zu haben, für eine vorgezogene Umsetzung der neuen Gebührenordnung für die hausärztliche Versorgung. Das würde bedeuten, dass bei einer hausärztlichen Grundpauschale von 85 Euro Geld den Hausärzten zufließen würde, dass der fachärztlichen Versorgung entzogen würde.

Köhler, und mit ihm letztlich in einem mit großer Mehrheit angenommenen Beschluss die Vertreterversammlung, lehnte die vorgezogene Einführung einer hausärztlichen Gebührenordnung ab und plädierte dafür, getrennte Orientierungspunkte für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Bewertungsausschuss festzusetzen. Damit soll die Möglichkeit zur getrennten Festlegung und Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Vergütungsanteile unter dem gemeinsamen Dach der KV/KBV geschaffen werden. Noch einmal betonte die Vertreterversammlung, dass bei der Erarbeitung des EBM mit Wirkung

zum 1. Januar 2008 weder Strukturen und Leistungsbeschreibungen noch Leistungsbewertungen implementiert werden dürfen, die den jeweils anderen Versorgungsbereich benachteiligen. „Dies setzt getrennte Orientierungspunkte voraus.“

Das Dilemma: Im Gesetz ist nur ein einheitlicher Orientierungspunkt gefordert. Der Gesetzgeber müsste also noch das Gesetz ändern, damit die Forderung der Vertreterversammlung realisiert werden kann. Köhler ließ offen, ob das angesichts des vorgeschriebenen Terminplans – „Wir sind in einem erheblichen Zeitdruck“ – überhaupt zu schaffen ist. Wenn die Selbstverwaltung das nicht schafft, ist das BMG gefordert, auf dem Wege der Rechtsverordnung selbst für eine neue Gebührenordnung zu sorgen.

● KBV gegen Wiedereinführung des FA für Innere Medizin

Beim Tagesordnungspunkt „Vorbereitung des Deutschen Ärztetags“ befasste sich die Vertreterversammlung, obwohl dafür nicht zuständig, vor allem aufgrund von Wortmeldungen aus dem Kreis der Delegierten, die dem Deutschen Hausärztesverband angehören, mit dem Antrag des BÄK-Vorstands, den Facharzt für Innere Medizin wieder einzuführen. Der Vorsitzende des Hausärztesverbandes in Baden-Württemberg, Dr. Berthold Dietzschke, behauptete, das

Argument, EU-Recht lasse die Rostocker Regelung mit dem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin nicht zu, sei wiederlegt. Die Etablierung eines Allgemein-Internisten führe zu einem „Stationssklaven“ im Krankenhaus ohne jede Zukunftsperspektive. Er verwies auf einen Artikel des ehemaligen Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Allgemeinärztes Dr. Hans Hege im Deutschen Ärzteblatt, der dafür plädierte, den Facharzt für Innere Medizin wieder als „Hausarzt zu Pferde“ in der

In dieselbe Kerbe hieb auch der Vorsitzende des Bayerischen Hausärztesverbandes, Dr. Wolfgang Hoppenthaler: Heute werde der Allgemein-Internist an keinem Krankenhaus gebraucht.

Sorgfältig und bedachtsam bemühte sich BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, die größten Missverständnisse auszuräumen. Die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin sei eine Initiative der Bundesärztekammer, nicht des BDI oder der DGIM. Es gehe um die Wieder-



Bild: Johannes Aeberrmann

Die Mehrheit der Vertreterversammlung lehnte die vorgezogene Einführung einer hausärztlichen Gebührenordnung ab und plädierte dafür, getrennte Orientierungspunkte für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Bewertungsausschuss festzusetzen.

ambulanten Versorgung zu installieren. Das verschärfe die Probleme in der hausärztlichen Versorgung.

einführung des Facharztes für Innere Medizin im stationären Bereich, „weil wir ihn brauchen“. Der Weg in die Spezialisierung sei eine Sackgasse. Die Innere Medizin benötige einen Aufbau, der vom Allgemeinen zur Spezialisierung gehe. Der von den Hausärzten beschworene Mangel an Ärzten bestehe nicht nur im hausärztlichen, sondern auch im fachärztlichen Bereich. Der in Rostock beschlossene Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin werde durch die Wiedereinführung überhaupt nicht tangiert. Einen „Hausarzt zu Pferde“ und einen „Hausarzt zu Fuß“ werde es daher nicht geben. Wenn sich der Facharzt für Innere Medizin als Hausarzt niederlassen wolle, müsste er sich noch zwei Jahre in Allgemeinmedizin weiterbilden. Wesiack beteuerte: „Wir Internisten sind bereit und willens, gemeinsam Konzepte zu entwickeln, damit der Ärzte-Mangel behoben werden kann.“ Und er fragte: „Von wem soll denn der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin weitergebildet werden, wenn es keinen Facharzt für Innere Medizin mehr gibt?“ Das Bemühen war erfolglos. Mit großer Mehrheit forderte die KBV-Vertreterversammlung den Deutschen Ärztetag auf, die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin abzulehnen. KBV-Vorsitzender Köhler verhehlte seine Bedenken nicht: „Mit einem solchen Beschluss tue ich mich sehr schwer. Hier tun wir etwas, was die Krankenkassen seit Jahrzehnten fordern, wir Ärzte aber immer abgelehnt haben, nämlich das Vertragsrecht über das Bildungsrecht der Länder zu stellen.“

Anzeige

Euthyrox/Jodthyrox

169 x 188

Aufwendungen für Fachkongresse im Ausland

Werbungskosten absetzbar

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in seinem Urteil vom 11. Januar 2007 (Az. VI R 8/05) entschieden, dass Aufwendungen für Fachkongresse als Werbungskosten bei den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit abziehbar sein können, wenn ein konkreter Zusammenhang mit der Berufstätigkeit besteht. Dies ist im Rahmen einer Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls zu bestimmen. Bildungsaufwendungen können nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes Werbungskosten sein sofern sie beruflich veranlasst sind. Eine berufliche Veranlassung ist gegeben, wenn ein objektiver Zusammenhang mit dem Beruf besteht und die Aufwendungen subjektiv zur Förderung des Berufs getätigt werden. Aufwendungen für einen Lehrgang sind demnach dann als Werbungskosten abziehbar, wenn ein konkreter Zusammenhang mit der Berufstätigkeit besteht. Ob dies zutrifft ist nach Würdigung aller Umstände des Einzelfalls zu beurteilen. Ebenfalls im Rahmen einer Gesamtwürdigung ist zu bestimmen, ob bei

einem Fortbildungslehrgang, der wie im Streitfall nicht am Wohnort des Steuerpflichtigen stattfindet, neben den reinen Kursgebühren auch die Aufwendungen für die mit dem Lehrgang verbundenen Reise als Werbungskosten abziehbar sind. Dabei kann die steuerliche Berücksichtigung der Aufwendungen nicht allein deshalb versagt werden, weil die Bildungsmaßnahme im Ausland stattgefunden hat. Der vollständige Abzug der Reisekosten setzt voraus, dass die Reise ausschließlich oder nahezu ausschließlich der beruflichen Sphäre zuzuordnen ist. Das ist dann der Fall, wenn der Reise ein unmittelbarer beruflicher Anlass zugrunde liegt und die Verfolgung privater Reiseinteressen nicht den Schwerpunkt der Reise bildet. Gleiches gilt, wenn die berufliche Veranlassung bei weitem überwiegt und die Befriedung privater Interessen, wie z.B. Erholung, Bildung und Erweiterung des allgemeinen Gesichtskreises nicht ins

Gewicht fällt und nur von untergeordneter Bedeutung ist. Begrüßenswert ist insbesondere die Entscheidung des BFH dahingehend, dass es zum Nachweis der tatsächlichen Teilnahme an den Veranstaltungen nicht in jedem Fall eines Anwesenheitstestates bedarf. Maßgeblich ist alleine, dass die Teilnahme zur Überzeugung des Gerichts feststeht. Der Bundesfinanzhof bestätigt mithin seine bisherige Rechtsprechung in Bezug auf die Absetzbarkeit für die Aufwendungen für die Teilnahme an Fachkongressen auch im Ausland als Werbungskosten.

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht Helge Rühl
Rechtsanwältin Ulsenheimer & Friederich
E-Mail: Ruehl@uls-frie.de

Haben Sie Fragen zum Steuerrecht?

Auf dem

1. DEUTSCHEN INTERNISTENTAG

in Berlin referiert Steuerberater Dipl.-Kfm. P. Schnabel am 26. Oktober über das aktuelle Steuerrecht (siehe auch Programm auf den Seiten 10/11).

1. Regionaltagung der Vorstände der norddeutschen Landesverbände in Viellank

Schnelle Absprache bei regionalen Aufgaben

Am 24. und 25. Februar 2007 wurde im mecklenburgischen Viellank die erste Regionaltagung der norddeutschen Landesverbände des BDI durchgeführt. Die Idee für eine solche Regionaltagung entstand bereits im April 2006 bei intensiven und insbesondere konstruktiven Gesprächen zwischen den Vorständen der Landesverbände Mecklenburg-Vorpommerns und Niedersachsens. Breite Zustimmung wurde dann auch von den weiteren teilnehmenden Landesverbänden aus Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein gerntet.

Zu Beginn der Tagung erläuterte der Vorsitzende des in diesem Jahr federführenden Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern, Bernd Helmecke, kurz die Grundüberlegung für die Durchführung der Klausurtagung und formulierte die Kernpunkte für die sich anschließende Diskussion. Er erläuterte auch den Hintergrund für die Wahl des Veranstaltungsortes. Die Gemeinde Viellank befindet sich

unweit der historisch sowohl zu Mecklenburg als auch zu Niedersachsen gehörenden Gemeinde Amt Neuhäus. Ein Ort, welcher also auch historische Gemeinsamkeiten aufweist und deshalb symbolträchtig für regionale Verbundenheit steht. In einem Leitreferat stellte der stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen, Dr. Klaus-Jürgen König, die aktuelle gesund-

heitspolitische Entwicklung und spezielle Auswirkungen auf die Tätigkeit in Niedersachsen dar. In der sich anschließenden regen Diskussion wurden im Ergebnis eine schnelle Absprache bei der Lösung regionaler Aufgaben vereinbart. Die teilnehmenden Landesverbände wollen zukünftig gemeinsame Veranstaltungen planen. Über den Sprecher der Landesverbände, Herrn Dr. Horst Feyerabend, erging der Antrag an den Vorstand des BDI, künftig generell den Begriff Landesgruppe durch Landesverband zu ersetzen.

Der Präsident des BDI, Dr. Wolfgang Weslack, stellte in einem Resümee die Veranstaltung als Erfolg dar. Die Bildung von regionalen Strukturen im gesamten Bundesgebiet wird geprüft. Der Regionalverband Nord trifft sich an gleicher Stelle wieder am Wochenende nach Aschermittwoch 2008 zur Klausur, dann unter Leitung des Vorstandes des Landesverbandes Niedersachsen mit seinem Vorsitzenden Dr. Michael Bodammer.



Die Landesverbände von Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wollen künftig gemeinsame Veranstaltungen planen.

Kommentar

Die Doppeluntersuchungen

Seit Jahren gehört es zum Standardrepertoire der Gesundheitspolitiker, Krankenkassenvertreter und sogar altgedienter KV-Funktionäre zu behaupten, dass die Doppeluntersuchungen eine ganz wesentliche Ursache für die Finanzierungsmisere der GKV seien. Millionenbeträge werden genannt. Insbesondere Prof. Lauterbach erwähnt, dass man auf diesem Wege das System sanieren könne. Dabei ist die so genannte doppelte Facharztschiene voll ins Visier geraten, wobei man insbesondere vermutet hat, dass teure, bildgebende Verfahren besonders oft wiederholt würden. Es war schon immer vermutet worden, dass diese plakativ vorgetragenen Behauptungen durch Zahlen nicht bewiesen werden können. Dies hat die Akteure aber nicht daran gehindert, ihre Argumente gebetsmühlenartig zu wiederholen. Prof. Rürup hat mit dem IGES-Insitut endlich eine Untersuchung zu diesem Thema durchgeführt und dabei festgestellt, dass Doppeluntersuchungen vorkommen aber bei Vermeidung nicht mehr als 0,23 Prozent der Krankenkassenausgaben einsparen würden. Besonders interessant ist, dass die bildgebenden Verfahren auf ein Jahr betrachtet kaum wiederholt werden. Man muss die kritische Frage stellen, warum diese Untersuchung erst jetzt durchgeführt wurde, nachdem die Diskussion über die doppelte Facharztschiene durch neue Gesetzgebungsverfahren nahezu beendet ist. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird somit das eingeläutete Ende des Facharztes in der freien Praxis nicht mehr stoppen.

HFS

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 Weslack • 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 (Cm) • 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: Thomas Ahne, Dr. Claudia Pinto de Carvalho, Ch. Frye, Th. Hudler, Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke, Birgit Kielblock, Dr. Stefan Kottmaier, Dr. Konrad Meyne, Prof. Dr. Martin Middeke, Dr. Christian Pietsch, Dr. Peter Rupp, Klaus Schmidt (KS), Dr. Elisabeth Siegmund-Schulte, Dr. Robert Stangl, Prof. Dr. Wulf Storch, Dr. Johannes Weiß

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharma media Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmamedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6

Kleinanzeigen schicken Sie bitte an die BDI-Geschäftsstelle (Adresse s.o.) oder an rbomemann@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 verwendet 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 Warenamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen fremden Warenamen 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.

- Anzeige -

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

Vorstandssitzungen des BDI am 13. und 14. April 2007 in Wiesbaden

„Nur gemeinsam sind wir stark“

Am Vorabend des 113. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin trafen sich der engere und der erweiterte Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V. in Wiesbaden zu zwei Sitzungen. In einer einstimmig verabschiedeten Resolution zum neuen EBM kam die Geschlossenheit der BDI-Vorstandsmitglieder zum Ausdruck.

BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack machte zu Beginn in seinem Bericht zur Lage klar, dass der Wahlkampf bereits begonnen hat. Die erste Landtagswahl wird im Mai 2007 in Bremen stattfinden. Im Jahr 2008 folgen Landtagswahlen in Hessen, Niedersachsen und Hamburg, dann finden Kommunalwahlen in Bayern und Schleswig-Holstein statt, im Herbst 2008 stehen Landtagswahlen in Bayern an. Im Wahljahr 2009 finden die Wahl des

Bundespräsidenten und die Europawahlen statt sowie im Herbst die Wahlen zum 17. Deutschen Bundestag. Die Politik ist folglich permanent im Wahlkampf, eine sachorientierte Politik findet so gut wie nicht statt. Eine der Auswirkungen des GKV-WSG ist laut Wesiack die GKV-isierung der PKV und die PKV-isierung der GKV. Es wird die Pflicht zur Versicherung für alle Bürger eingeführt. Auch für die PKV besteht damit ein

Kontrahierungszwang. Der Basistarif wird bei einem zu erwartenden Zustrom von PKV-Versicherten zur Premienerhöhungen in den anderen Tarifen führen. Durch die Portabilität der Altersrückstellungen wird der Wechsel von einer privaten in eine andere private Krankenversicherung erleichtert. Auf der anderen Seite werden PKV-Elemente in die GKV eingeführt: Wahltarife mit Selbstbehalt, Kosten-

erstattung, Prämien für Nicht-Inanspruchnahme und Tarife für besondere Versorgungsformen. Die nächste Baustelle ist der EBM 2008. In Wesiacks Augen ist der Zeitplan mit dem Ziel 1.10.2007 viel zu eng gefasst. Ohne zusätzliche Finanzmittel droht ein neues EBM-Chaos (siehe Resolution). Der Vorstand befasste sich intensiv mit der Vorbereitung des 110. Deutschen Ärztetags Mitte Mai in Müns-

ter. Die Chancen stehen nicht schlecht, dass das Anliegen des BDI, den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wieder in die Weiterbildungsordnung einzuführen, diesmal von Erfolg gekrönt werden wird. „Wir gehen mit Optimismus nach Münster“, betonte Wesiack und fügte unter dem Beifall der Vorstandsmitglieder hinzu: „Nur gemeinsam sind wir stark.“

KS

Grußwort des Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack zur 113. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden am 15. April 2007

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Schröder,
sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,
sehr geehrter Herr Professor Hoppe,
sehr geehrter, lieber Herr Kongresspräsident Hiddemann
meine Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich freue mich sehr, Ihnen die herzlichen Glückwünsche der internistischen Schwesterorganisation, des Berufsverbandes Deutscher Internisten, zum 125. Jubiläum übermitteln zu dürfen.

Lieber Herr Hiddemann! Auch meine persönlichen Glückwünsche gehen an Sie verbunden mit dem Dank für die vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit im letzten Jahr. Dank Ihres großen Einsatzes sind DGIM und BDI enger zueinander gerückt. Viel Erfolg mit diesem Jubiläumskongress! Nun ist es also in Kraft, das GKV-WSG, das Gesetzliche-Krankenversicherungs-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz. Erschöpft lehnen sich die Politiker zurück – endlich, es ist vollbracht – und wissen doch genau, dass die ursprünglich formulierten Ziele nicht erreicht worden sind. Die große Koalition hat die große Chance vertan, generationengerechte und demografie-feste Finanzstrukturen in der GKV zu schaffen. Stattdessen hat sie mit dem geplanten Gesundheitsfonds ein Meisterstück politischer Unzulänglichkeit abgeliefert. Der Weg zu diesem Gesetz war abstrus, bisweilen auch nicht frei von Komik – denken Sie nur an die diversen „Durchbrüche“, die nach langen Nachtsitzungen von übermüdeten Parteivorsitzenden verkündet werden mussten. Dass Union und SPD gegen alle Vernunft und gegen den erklärten Willen aller Beteiligten im Gesundheitswesen handelten, war letztlich eine Frage des politischen Überlebens.

Sachliche Argumente dabei spielten keine Rolle. Ohne diesen Formelkompromiss zu Lasten der Patienten und Leistungsträger im Gesundheitswesen wäre die Koalition am Ende gewesen. Was aber, frage ich Sie, wäre daran so schlecht gewesen? Diese Reform wäre uns jedenfalls erspart geblieben. Was will die Regierung eigentlich? Wirklich mehr Wettbewerb oder doch nur mehr staatlichen Zentralismus? Geradezu grotesk ist es doch, wenn nun das demografie-feste Modell der privaten Krankenversicherung Schritt für Schritt der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen wird, um den Weg frei zu machen für die staatliche Einheitskasse. Diese GKV-isierung eines Teils der PKV wird über die Einführung des sog. Basistarifes gesteuert. Auf der anderen Seite gibt es auch die PKV-isierung der GKV mit der Einführung der neuen Wahltarife mit Beitragsrückerstattung oder Selbstbehalt. Und was macht der gesunde junge Versicherte? Er geht natürlich in die günstigen Wahltarife mit Rückerstattung. Die chronisch kranken Versicherten, die ca. 80% der Kosten verursachen, können dies aber nicht. Dieser Wettbewerb in den Wahltarifen wird das Solidarprinzip auf Dauer entscheidend gefährden, wenn nicht sogar aushebeln. Deshalb werden wir Ärzte nicht müde und nicht nachlassen in unserer Aufklärungsarbeit, deshalb werden wir die Patienten dauerhaft darüber informieren, wer für die negativen Folgen

dieses Gesetzes die Verantwortung trägt. Und wer die Verantwortung trägt für die Schließung des Krankenhauses in unmittelbarer Nähe oder für den Verlust der gewohnten flächendeckenden und wohnortnahen ambulanten Versorgung durch Haus- und Fachärzte. Diese vom Gesetzgeber beabsichtigte so genannte Marktberingung wird für ältere Menschen, Familien mit Kindern und einkommensschwache Bevölkerungsteile zu enormen Problemen führen. Wir werden diese Probleme aufzeigen – mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Auswirkungen dieser Reform werden nach und nach zu Tage treten. Ich bin ganz sicher, dass die Menschen wissen, wer ihnen das eingebrockt hat und dies auch vor der nächsten Wahl nicht vergessen ist. Doch jetzt zu einem erfreulichen Thema: die Chance zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin auf dem kommenden Deutschen Ärztetag im Mai in Münster. Es sieht allerdings nicht nach einem „Westfälischen Frieden“ zu Münster und Osnabrück“ wie 1648 aus, als nach 30-jährigem Kampf Katholiken und Protestanten, Habsburger und andere europäische Großmächte der mehrjährigen diplomatischen Kunst folgend, einen dauerhaften Frieden schlossen. Wir Internisten sind für diesen Frieden. Wir bauen auf Kooperation statt Konfrontation. Dazu gehört aber für uns unverzichtbar die Wiedereinführung des FA für Innere Medizin. Wir haben das Recht, wie es jeder anderen Arztgruppe auch zusteht, uns die Weiterbildung zu geben, die wir für die Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen brauchen. Selbst die EU-Kommission droht mit einem Vertragsverletzungsverfahren,

wenn Deutschland jetzt keine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ vorlegt. Wir sind deshalb dem Vorstand der Bundesärztekammer außerordentlich dankbar, dass er dieses Thema noch einmal auf die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages gesetzt hat. DGIM und BDI haben ihre Hausaufgaben zusammen mit der BÄK gemacht und legen einen einheitlichen und abgestimmten Vorschlag dem Deutschen Ärztetag zur Entscheidung vor. Dieses modulare Konzept, welches die Beschlüsse von Rostock und Köln nicht verändert, sondern nur erweitert, führt als 3. Komponente neben dem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und dem Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt xy den Facharzt für Innere Medizin wieder ein, den wir dringend im Krankenhaus zur Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen brauchen. Zuversichtlich und gelassen werden wir die Delegierten der Allgemeinärzte, der anderen Arztgruppen, des Marburger Bundes und der anderen Verbände, die Vertreter der Landesärztekammern und die ärztliche Öffentlichkeit mit unseren Argumenten zu überzeugen versuchen. Lieber Herr Professor Hiddemann, wir beide sind optimistisch, dass uns dies gelingen wird. Unseren Optimismus schöpfen wir aus der Kraft unserer Zusammen-

arbeit. DGIM und BDI, diese beiden großen Organisationen der Inneren Medizin, haben erkannt, dass Trennendes hinter dem Gemeinsamen zurück stehen muss, dass wir zusammen stärker sind. Aus diesen Überlegungen heraus ist auch die gemeinsame Durchführung des Deutschen Internistentages entstanden, den wir gemeinsam, BDI und DGIM, erstmalig vom 25. bis 27. Oktober 2007 in Berlin durchführen werden. Wir werden dort, mehr noch als in Wiesbaden, wo traditionell die wissenschaftliche Medizin und die Fortschritte in der Inneren Medizin im Mittelpunkt stehen, gesundheitspolitische Themen unter dem Thema „Nachhaltige Gesundheits- und Gesellschaftspolitik aus Sicht der Inneren Medizin“ in den Vordergrund stellen. Aber wir wären nicht Internisten, wenn wir nicht auch der Fortbildung ihren wichtigen Stellenwert einräumen würden. Schon heute möchte ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, auch im Namen von Herrn Professor Ertl, dem nächsten Vorsitzenden der DGIM und den beiden Tagungspräsidenten, den Herrn Professoren Riemann und Hiddemann, ganz herzlich nach Berlin einladen. Doch geht heute unser Blick auf die Eröffnung dieses Jubiläumskongresses. Gutes Gelingen und viel Erfolg! Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Anzeige

Pentalog Motiv 3

111 x 50

Facharzt Innere Medizin wieder eingeführt (Fortsetzung von Seite 1)

Großer Erfolg des BDI beim Deutschen Ärztetag

● Deutschland im Jahre 2011 ohne Internisten?

Der Vorsitzende der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer, Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, schilderte den Sachstand und erklärte die Situation: Würde man die Weiterbildungsordnung so belassen, wie sie ist,

Innere und Allgemeinmedizin und dem Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt XY den Facharzt für Innere Medizin wieder einzuführen. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack machte in der Diskussion des Ärztetags zu dem Antrag der BÄK deutlich, dass der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt dringend im Kran-

ckeln, damit der Ärztemangel behoben werden kann. Er machte darauf aufmerksam, dass der Facharzt für Innere Medizin auch für die Weiterbildung der Allgemeinmediziner benötigt werde. „Von wem soll denn der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin weitergebildet werden, wenn nicht vom Facharzt für Innere Medizin? Nur dieser verschafft ihm ein breites Basiswissen der Inneren Medizin, nicht der Nephrologe oder Endokrinologe.“



Bild: Johannes Aevermann

Der Vorsitzende der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer, Dr. H. Hellmut Koch, befürchtet, dass es ab 2011 keinen Internisten mehr in Deutschland geben wird, wenn es bei der in Köln und Rostock beschlossenen Weiterbildungsordnung bleibt.

würde der Facharzt für Innere Medizin spätestens 2010 in Brüssel denotifiziert. Deutschland wäre dann das einzige Land in Europa ohne Facharzt für Innere Medizin. Er glaube nicht, dass die EU-Kommission das so ohne weiteres hinnehmen würde. Er könne sich durchaus vorstellen, dass dann eines Tags etwa ein Internist aus Österreich, der in Deutschland arbeiten möchte aber nicht dürfte, dagegen vor dem Europäischen Gerichtshof klagen würde. Es gebe daher nur zwei Möglichkeiten: Entweder bleibt es bei der in Rostock und Köln beschlossenen Weiterbildungsordnung, dann gibt es ab 2011 keinen Internisten mehr in Deutschland, oder es wird der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt eingeführt, der die europäischen Vorgaben erfüllt und keine hausärztliche Tätigkeit ausübt.

kenhaus zur Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen benötigt wird.

Der Weg in die Spezialisierung sei eine Sackgasse. Die Innere Medizin benötige einen Aufbau, der vom Allgemeinen zur Spezialisierung gehe. Das Fachgebiet Innere Medizin habe das Recht, wie es jeder anderen Arztgruppe auch zusteht, sich die Weiterbildung zu geben, die für die Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen gebraucht werde.

Wesiack zerstreute die Ängste der Hausärzte vor der Konkurrenz der Internisten im hausärztlichen Sektor. Der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sei in keiner Weise tangiert. Es werde keine Hausärzte zu Fuß und zu Pferde geben. Wenn der Facharzt für Innere Medizin sich als Hausarzt niederlassen wolle, müsse er noch zwei Jahre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin absolvieren. Er reichte den Hausärzten die Hand: Die Internisten seien bereit und willens, gemeinsam Konzepte zu entwi-

● Der Internist wird gebraucht

Der BÄK-Vorstand hat sich den gemeinsamen Vorschlag des BDI und der DGIM zu eigen gemacht, als dritte Komponente neben dem Facharzt für



Bild: Johannes Aevermann

BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack betonte, dass der Weg in die Spezialisierung ein Weg in die Sackgasse sei.

zu können, eine mindestens achtjährige Weiterbildung (5+3) absolvieren. Unterstützung fand das Anliegen des BDI und der DGIM jedoch von seiten des Marburger Bundes, indem sich prominente MB-Delegierte in einem eigenen Beschlussantrag für die Einrichtung des Weiterbildungsgangs „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin“ aussprachen.

● Zweidrittel-Mehrheit für den Internisten ohne Schwerpunkt

Mit einer überzeugenden Zweidrittel-Mehrheit (140:72) folgte das Plenum des Deutschen Ärztetags der Argumentation der Befürworter und billigte nach zweistündiger Diskussion den Beschlussantrag des BÄK-Vorstands. In den Augen von BDI-Vizepräsident Dr. Wolf von Römer, der als bayeri-

vielen Frauen, die ihren Arztberuf im Krankenhaus ausüben wollen, eine reelle Chance erhalten, ihren Beruf unter befriedigenden Umständen ausüben zu können.

Er zeigt Verständnis für die Nachwuchs-sorgen der Hausärzte, betont jedoch, dass die Internisten ihnen die Hand reichen werden, damit genügend Stellen zur Weiterbildung gefunden werden. Er verweist auf den angenommenen Entschließungsantrag aus den Reihen der MB-Delegierten, wonach sich der 110. Deutsche Ärztetag zur gezielten Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für eine gemeinsame Aktion der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen einsetzt, um den Nachwuchsbedarf ohne Abstriche an der Qualität decken zu können. Die Internisten werden dabei mithelfen, versichert von Römer. Es sei gelungen, dem Ärztetag klar zu machen, dass das Fachgebiet den Internisten brauche. Ohne diesen Internisten gebe es niemanden, der die Allgemeinmediziner weiterbilden könne. Die Schwerpunkt-Internisten seien dazu nicht geeignet. Insgesamt zeigten sich die Repräsentanten des Fachs Innere Medizin zufrieden mit dem Beschluss des Ärztetags zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin. Doch das ist kein Grund, sich beruhigt zurückzulehnen. Schließlich muss dieser Beschluss noch in den einzelnen Landesärztekammern umgesetzt werden. Der Deutsche Hausärzterverband hat bereits angedeutet, dass er



Bild: Johannes Aevermann

Mit einer überzeugenden Zweidrittel-Mehrheit billigten die Delegierten den Beschlussantrag des BÄK-Vorstands und führten den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wieder ein.

● Kötzle: „Internist ohne Schwerpunkt verstärkt Hausärztemangel“

Eine Reihe von Delegierten aus dem Hausarzt-Lager, angeführt vom Vorsitzenden des Deutschen Hausärzterverbands, Rainer Kötzle, hatte in einem Antrag gefordert, der Ärztetag möge beschließen: „Zur Sicherung einer ausreichenden wohnortnahen hausärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin wird die Wiedereinführung eines Internisten ohne Schwerpunkt abgelehnt.“

Sie begründeten das damit, dass durch einen dritten Weiterbildungsgang im Gebiet Innere und Allgemeinmedizin dem sich abzeichnenden Hausärztemangel nicht entgegen-gewirkt, sondern dieser sogar verstärkt werde. Es bestehe die Gefahr, dass Kolleginnen und Kollegen, die die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin begonnen haben, diese aufgrund der aufwändigen Weiterbildung mit den nötigen Rotationen in anderen Gebieten nicht zu Ende führen, sondern den einfacheren Weg zum Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wählen. Kolleginnen und Kollegen, die die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt durchlaufen haben und keine beruflichen Perspektiven haben, müssten, um hausärztlich tätig zu sein, unnecessary eine siebenjährige Weiterbildung (5+2 Jahre) und, um als Schwerpunkt-Internist tätig werden



Bild: Johannes Aevermann

BDI-Vizepräsident Wolf von Römer zeigte Verständnis für die Nachwuchssorgen der Hausärzte und bot die Hilfe der Internisten an.

scher Delegierter am Deutschen Ärztetag teilnahm, ist dieser Beschluss ein ganz wesentlicher Schritt voran. Er weist darauf hin, dass damit auch

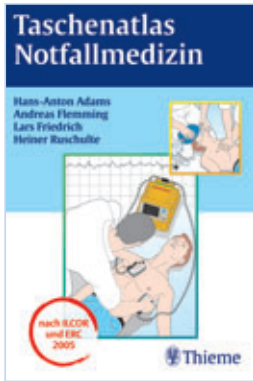
seinen Widerstand fortsetzen und für abweichende Entscheidungen in den Ländern sorgen wolle.

KS



Bild: Johannes Aevermann

Bei der KBV-Vertreterversammlung (Foto) hatte eine große Mehrheit die Wiedereinführung eines Facharztes für Innere Medizin abgelehnt. Umso zufriedener zeigten sich die Repräsentanten des Fachs Innere Medizin mit dem Beschluss des Ärztetags.



Hans-Anton Adams, Andreas Flemming, Lars Friedrich, Heiner Ruschulte
Taschenatlas Notfallmedizin
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2006
29,95 €

Ein gutes Buch für Einsteiger in die Notfallmedizin

Der Thieme „Taschenatlas Notfallmedizin“ ist nach der bewährten Art der Buchreihe der Taschenatlanten aufgebaut: Auf dem linken Teil der Doppelseite ist ein leicht verständlicher, informativer Text, rechts befindet sich eine entsprechend zum Thema passende, einprägsame Abbildung. Die Autoren haben erfolgreich den schweren Versuch unternommen, die große und zum Teil komplexe Thematik der Notfallmedizin in einem Buch in Kitteltaschenformat abzubilden.

Die Herausforderung von Verdichtung und Beschränkung auf die Praxisrelevanz wurde noch dadurch erschwert, dass sich das Buch sowohl an den tätigen Notarzt, als auch an nichtärztliche Rettungsdienstpersonal und Ärzte sowie Assistenzpersonal aus angrenzenden Gebieten richtet. Diese große Zielgruppe hat zum Teil sehr unterschiedliche Vorkenntnisse. Das Buch ist daher für die Autoren und die Leser ein Kompro-

miss zwischen knappen, hochwertigen und aktuellen Empfehlungen für den Routinier, für den manche Abbildung überflüssig ist, und leicht einprägsamen, einfachen Erläuterungen für den Einsteiger, für den wiederum manche Informationen eventuell zu weit gehen.

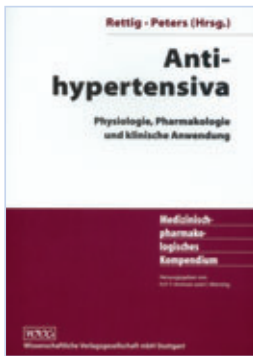
Die ERC Guidelines 2005 wurden im vorliegenden Buch bereits berücksichtigt.

Fazit: Das Buch gibt einen kurzen prägnanten Überblick über die gesamte Notfallmedizin, was es besonders für Einsteiger empfehlenswert macht. Wer es ganz genau wissen will, muss ggf. in größeren Werken nachschlagen.

Thomas Ahne



Thomas Ahne ist Ausbildungsleiter des ehrenamtlichen Rettungsdienstpersonals des DRK Freiburg.



Rainer Rettig, Jörg Peters (Hrsg.)
Anti-hypertensiva
Physiologie, Pharmakologie und klinische Anwendung
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 2007
32,- €

kinetik und Wirkmechanismus besprochen. Die Erläuterungen sind kurz und prägnant, dabei aber ausführlich genug, um dem Leser in kurzer Zeit einen breiten Überblick zu geben und dabei gleichzeitig wichtige Zusammenhänge zu vermitteln. Besonders hervorzuheben ist die präzise Zuordnung zu umfassenden aktuellen Literaturangaben, die jedem Kapitel hinten angegliedert sind. Ansprechend aufgearbeitet sind die Indikationsgebiete aller Stoffklassen. So wird beispielsweise der Betablocker auch hinsichtlich der Differenzialtherapie bei arterieller Hypertonie und Ko-Morbidität mit KHK, Diabetes mellitus, arterieller Verschlusskrankheit oder Herzinsuffizienz besprochen. Kaum eine Frage aus dem klinischen Alltag bleibt hier unbeantwortet. Aufgeführte Behandlungsstrategien und spezielle Probleme, z.B. die Therapie des hypertensiven Notfalls, des Bluthochdrucks in der Schwangerschaft oder auch der Umgang mit Non-Compliance seitens des Patienten bieten Hilfe im klinischen Alltag. Aber auch der nicht ganz alltägliche Einsatz der Antihypertensiva, wie beispielsweise die topische Anwendung von Minoxidil

bei Alopecia androgenetica oder die Behandlung rezidivierender Hypoglykämien bei Insulinom durch Diazoxid, kommt zur Sprache. Das letzte Kapitel widmet sich neuen Wirkstoffklassen der Hypertoniebehandlung. Der aktuelle Wissenstand über Endothelin-Rezeptor-Antagonisten, Vasopeptidase-Inhibitoren und Renin-Inhibitoren rundet das Buch wertvoll ab.

Ein umfassendes Register und ein Verzeichnis gängiger Abkürzungen erleichtern das Nachlesen.

Fazit: Die Aufarbeitung der Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie ist übersichtlich und prägnant gelungen. Dieses kompakte Expertenwissen bereichert jede allgemeinmedizinische und internistische Kitteltasche.

Dr. med. Konrad Meyne



Dr. Konrad Meyne war Chefarzt der Abteilung Innere Medizin am Johanner Krankenhaus in Bramsche und ist seit Mai 2007 in eigener Praxis für Gefäßmedizin in Goslar niedergelassen.

Kaum eine Frage bleibt unbeantwortet

227 Seiten vermitteln mit 38 teils mehrfarbigen Abbildungen und 31 prägnanten Tabellen einen spannenden und informativen Überblick über die arterielle Hypertonie und deren Therapie.

Beim ersten Blick auf den Titel scheint das Werk ausschließlich auf die therapeutische Anwendung der Antihypertensiva abzielen. Doch der Leser wird von der ersten Seite an auch auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Physiologie des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Pathophysiologie und Diagnostik des Bluthochdrucks gebracht. Die einzelnen Wirkstoffklassen werden übersichtlich und einheitlich gegliedert hinsichtlich Struktur, Pharmako-

Werden Sie Rezensent!

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



In aller Kürze

Christopher J. Fielding (Hrsg.)

Lipid Rafts and Caveolae – From Membrane Biophysics to Cell Biology
278 Seiten, Wiley-VCH, Weinheim 2006.
119,- €

Das Buch ist eine sehr gute Übersicht zum Thema. Es enthält 12 Kapitel/Arbeiten. Natürlich ist das Buch sehr speziell, so dass es nur wirklich Interessierte kaufen werden. Ein Bezug zu aktuellen Themen wie M. Alzheimer, Prionenerkrankungen, Krebs, endotheliale NO-Synthase ist erkennbar. Als angenehm empfand der Rezensent u.a. die Literaturangaben und ein Abkürzungsverzeichnis am Ende jeden Kapitels. Der Preis ist angemessen. Druck und Ausstattung sind gut.

Fazit: Eine sehr gute Übersicht zum Thema bei angemessenem Preis

Prof. Dr. Wulf Storch

Maria João Varela Pinto de Oliveira

Medizinisches Wörterbuch Deutsch-Portugiesisch
223 Seiten, Helmut Buske Verlag Hamburg, 2007
26,80 €

Das Medizinische Wörterbuch Deutsch-Portugiesisch von Maria João Varela Pinto de Oliveira schließt eine Lücke im ansonsten dichten medizinischen Büchermarkt. Ärzte, Medizinstudenten und Mitarbeiter in anderen Gesundheitsberufen, die portugiesischsprachige Patienten betreuen, sowie Dolmetscher und Übersetzer können sich über dieses neue Buch freuen. Das Wörterbuch umfasst um die 7 000 Stichwörter aus Medizin, Klinik und Gesundheitswesen. Es bietet neben der Übersetzung der Fachausdrücke auch ausführliche Erläuterungen in umgangssprachlichem Portugiesisch. Die übersichtliche Gliederung und ansprechende Schrift erleichtern das Auffinden der gesuchten Begriffe und das handliche Taschenbuchformat mit festem Einband macht es zum idealen Begleiter in Kittel- oder Aktentasche.

Fazit: Ein gelungenes Basiswörterbuch für verschiedenste Ansprüche.

Dr. med. Claudia Pinto de Carvalho



Neu im Bücherregal

Dietmar P. Berger, Rupert Engelhardt, Roland Mertelmann

Das Rote Buch – Hämatologie und Internistische Onkologie
1049 Seiten, Ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Landsberg 2006. 98,- €

Harald Lutz

Ultraschallfibel Innere Medizin

476 Seiten, 3., vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage,
Springer Verlag, Heidelberg, 2007. 119,95 €

RA Dr. Hans-Jürgen Rieger (Hrsg.)

Lexikon des Arztrechts

3 674 Seiten, C. F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Landsberg 2007.
148,- €
auch als Kombiausgabe Loseblattwerk und CD-ROM erhältlich (192,- €)
17. Aktualisierung, 158 Seiten, 53,80€

Thorsten Lewalter

Tachykardie Arrhythmien – Vom Anfalls-EKG zur modernen Differentialtherapie

102 Seiten, Steinkopff Verlag Darmstadt, 2007. 49,95 €

Uwe K. Preusker (Hrsg.)

Lexikon Gesundheitsmarkt 2006

Economia Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm, Landsberg 2006. 119,- €
Auch als CD mit Booklet (119,- €) oder als Kombiausgabe Loseblattwerk mit CD-ROM (157,- €) erhältlich



1. DEUTSCHER INTERNISTENTAG
25.–27. Oktober 2007
ESTREL Convention Center Berlin



Innere Medizin: Gestern Vergangenheit, heute Zukunft

Die Tendenzen zur Spezialisierung in der Inneren Medizin waren unübersehbar und gingen so weit, dass ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin in der Weiterbildungsordnung nicht mehr vorgesehen war. Es sollte nur mehr einen Facharzt für (hausärztliche) Allgemeinmedizin und Innere Medizin und die Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung geben, die zwar einen „Common Trunc“ Innere Medizin in ihrer Weiterbildung vorgesehen haben, aber nicht mehr den Internisten als Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung. Und die Spezialisierung geht weiter, die Methoden in den Spezialgebieten werden technisch aufwändiger, die notwendigen Spezialkenntnisse und Fertigkeiten nehmen weiter zu. Gleichzeitig werden unsere Patienten älter und multi-morbider, häufig bestimmt nicht mehr das einzelne Krankheitsbild die Prognose, Lebensqualität und Therapie, sondern die Summe der Erkrankungen, die Komorbiditäten. Die Nachfrage nach dem, der die Fäden zusammenführt, nach dem „ganzheitlichen“ Mediziner wird dringender. Schon immer versammelte die Innere Medizin in ihrem Schoß die unklaren, nicht eindeutig zuordenbaren, fachübergreifenden Krankheitsbilder. In Zukunft werden diese internistischen Patienten eher die Regel als die Ausnahme sein. Hierfür müssen wir uns rüsten mit einer entsprechenden Weiterbildung, aber auch schon entsprechenden Lehrinhalten im Medizinstudium. Dem entspricht unser altes und wieder hoch aktuelles Selbstverständnis als Internisten. Der Internistentag wird die Position des Internisten in der Gesellschaft und unter den Ärzten diskutieren und die strukturellen Voraussetzungen für die zukünftigen Herausforderungen erarbeiten.

Prof. Dr. Georg Ertl
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
für den vom 25.–27. Oktober 2007 in Berlin stattfindenden 1. Deutschen Internistentag liegt nun bereits ein Programm vor, das wir Ihnen hiermit vorstellen möchten.

Das zentrale Anliegen des Deutschen Internistentages ist, dem umfassenden Versorgungsauftrag der Inneren Medizin – der sich über alle Versorgungsebenen, vom hausärztlichen über den allgemein fachärztlichen und die Teilgebiete der Inneren Medizin bis in die stationäre Krankenversorgung einschließlich der Rehabilitationsmaßnahmen erstreckt – gerecht zu werden.

Die Innere Medizin muss wieder stärker zu gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen Stellung beziehen; sie muss als kompetenter Vertreter ihrer Patienten in der Öffentlichkeit präsent sein. Denn die Innere Medizin ist und bleibt das zentrale, ganzheitliche Fachgebiet der gesamten Medizin. Innere Medizin in Diagnostik und Therapie ist nie nur organ- oder teilgebetsbezogen, sondern immer ganzheitlich und schließt immer den ganzen Menschen mit ein. Der Deutsche Internistentag wird, in Ergänzung zum traditionsreichen Frühjahrskongress in Wiesbaden, unsere Vorstellungen und Konzepte zu Berufs-, Gesundheits- und Gesellschaftspolitik – verbunden mit hochwertiger Fortbildung – im Bewusstsein der Öffentlichkeit verankern und in Zukunft jährlich im Oktober in Berlin stattfinden.

Der Berufsverband Deutscher Internisten und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin laden Sie herzlich ein nach Berlin zum 1. Deutschen Internistentag. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Dr. Wolfgang Wesjack
Präsident des BDI e.V.

Programm

Berufspolitik

Donnerstag, 25.10.2007

- 11:00–12:30 Uhr** Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf die Innere Medizin in Klinik und Praxis
Moderation: W. van den Bergh, Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg
Referenten: Dr. W. von Römer, München; Dr. W. Wesjack, Hamburg; Prof. Dr. W. Hiddemann, München; Prof. Dr. J. F. Riemann, Ludwigshafen
- 11:00–12:30 Uhr** Vereinbarkeit von Weiterbildung und Familie in der Inneren Medizin
Moderation: N.N.
Referenten/-innen: Dr. A. von Bühren, Berlin; Dr. C. Jaurisch-Hancke, Wiesbaden; Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München
- 12:45–13:30 Uhr** Aktuelle Abrechnungsfragen zur GOÄ/Basistarif DKV
Referent: Dr. B. Kleinken, PVS Rhein-Ruhr, Köln
- 16:00–17:30 Uhr** Neue Weiterbildungsordnung – Auswirkungen für den Internisten
Moderation: Dr. W. von Römer, München
Referenten: Prof. Dr. E. G. Hahn, Erlangen; Dr. G. Voigt, LÄK Niedersachsen, Hannover; Prof. Dr. P. von Wichert, Hamburg; Dr. H. H. Koch, LÄK Bayern, München
- 17:15–19:15 Uhr** Workshop Qualitätsmanagement in der Inneren Medizin
Referenten: Prof. Dr. H. K. Selbmann, Tübingen; Dr. B. Gibis, KBV, Berlin; Dr. B. Birkner, München

Freitag, 26.10.2007

- 9:00–10:30 Uhr** Deutsche Krankenhauslandschaft im Umbruch – Das Krankenhaus im Jahre 2020
Moderation: Prof. Dr. M. Ludwig, Berg; Prof. Dr. R.E. Kolloch, Bielefeld
Referenten: Prof. Dr. E. G. Hahn, Erlangen; J. Deerberg-Wittram, Prien; Dr. R. Wichels, München

- 11:00–12:30 Uhr** Rationierung im Gesundheitswesen (Industrieseminar)
Moderation: Dr. S. Wahler, vfa, Berlin
Referenten: Prof. Dr. P. T. Sawicki, Köln; Prof. Dr. J. F. Riemann, Ludwigshafen; Dr. H.-F. Spies, Frankfurt
- 14:00–15:30 Uhr** Zukunft der PKV in der Inneren Medizin
Moderation: H. Kautz, BILD-Redaktion, Berlin
Referenten: Dr. V. Leienbach, Köln; Dr. H.-F. Spies, Frankfurt; Prof. Dr. H. Sodan, Berlin; D. Bahr, MdB, Berlin; Dr. D. Stachon, Köln
- 16:00–16:40 Uhr** Business Plan
Referent: Prof. Dr. G. E. Braun, München
- 16:50–17:30 Uhr** Aktuelles Steuerrecht
Referent: Dipl.-Kfm. P. Schnabel, Steuerberater, Wolftrathausen
- 17:45–19:15 Uhr** Internistische Universitätsklinik zwischen Harvard und Humboldt
Moderation: N.N.
Referenten: Prof. Dr. J. Schölmerich, Regensburg; Prof. Dr. J. F. Debatin, Hamburg; Prof. Dr. Georg Ertl, Würzburg; Prof. Dr. rer. pol. habil. D. von der Oelsnitz, Ilmenau

Samstag, 27.10.2007

- 9:00–10:30 Uhr** Bild des Internisten in der Öffentlichkeit
Der Internist in der Patientenversorgung in Deutschland – gesteuerte Diskussion
Moderation: W. van den Bergh, Ärzte Zeitung, Neu-Isenburg
Referenten: Dr. P. Schmied, Burgkunstadt; Dr. H.-F. Spies, Frankfurt; Prof. Dr. h.c. H. Rebscher, DAK, Hamburg
- 11:00–11:40 Uhr** Risk-Management
Referent: RA R.-W. Bock, Rechtsanwälte Ulsenheimer/Friederich, Berlin

- 11:50–12:40 Uhr** Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Neue Kooperationsmöglichkeiten für Vertragsärzte
Referent: Dr. jur. R. Steinbrück, Rechtsanwälte Ulsenheimer/Friederich, München
- 14:00–15:30 Uhr** Innere Medizin und Selbsthilfegruppen (Patientenforum)
Moderation: B. Seguin, NDR, Hamburg
Referenten: Dr. S. Etgeton, Berlin; Prof. Dr. M. Ludwig, Berg; Dr. W. von Römer, München
- 14:00–16:00 Uhr** Innovation in Deutschland (Industrieseminar)
Moderation: Dr. K.-H. Grajer, Amgen GmbH, München
- 16:30–18:30 Uhr** Workshop Karriereplanung
Moderation: Dr. W. Martin, Frankfurt
Referenten: Prof. Dr. M. Ludwig, Berg; Prof. Dr. habil. H. Schweisfurth, Cottbus

Aktuelle Medizin

Donnerstag, 25.10.2007

- 14:00–15:30 Uhr** Kardiologie: Herzrhythmusstörungen/Kardiale Bildgebung
Moderation: Prof. Dr. E. Erdmann, Köln; Prof. Dr. U. Sechtorn, Stuttgart
Referenten: Prof. Dr. H.M. Hoffmeister, Solingen; Prof. Dr. W. G. Daniel, Erlangen
- 16:00–17:30 Uhr** Angiologie/Intensivmedizin: Thrombose/Sepsis
Moderation: Prof. Dr. M. Ludwig, Berg; Prof. Dr. H.-J. Trappe, Herne; Referenten: Prof. Dr. U. Hoffmann, München; Prof. Dr. U. Janssens, Eschweiler



Donnerstag, 25.10.2007
19:30-21:00 Uhr

Eröffnungsveranstaltung zum Deutschen Internistentag
Nachhaltige und verantwortungsbewusste (Gesundheits-)Politik
Moderation: Dr. N. Förster, FTD, Hamburg
Eröffnungsvortrag: Prof. Dr. P. Sloterdijk, Karlsruhe
Diskussionsteilnehmer: Dr. L. R. Raettig, Frankfurt; Dr. W. Wesiack, Hamburg; B. Katzenstein, Köln

Allgemeine Informationen

Tagungsort

Estrel Convention Center Berlin
Sonnenallee 225
12057 Berlin
Tel.: +49 (0) 30/68 31-0
Fax: +49 (0) 30/68 31-2345
www.estrel.com

Veranstalter

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Geschäftsstelle BDI
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Tel.: +49 (0) 6 11/181 33-0
Fax: +49 (0) 6 11/181 33-50
info@bdi.de

Tagungspräsidenten

Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann
Klinikum der Stadt Ludwigshafen

Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin e. V.
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden
Tel.: +49 (0) 6 11/20 58 04-00
Fax: +49 (0) 6 11/20 58 04-046
info@dgim.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann
Klinikum der Universität München

Organisation

Thieme.congress
in Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: +49 (0) 711/89 31-480
Fax: +49 (0) 711/89 31-370
deutscherinternistentag@thieme.de
www.deutscherinternistentag.de

Änderungen

Programm, Themen und Referenten entsprechen dem Stand bei Drucklegung. Der Veranstalter behält sich Programmänderungen, Verlegung oder Absage der Veranstaltung aus dringendem Anlass vor.

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zum 1. Deutschen Internistentag 2007 an:

Gesamttagung, 25.-27.10.2007

- Mitglieder in DGIM und BDI €70,-
- Mitglieder in DGIM oder BDI €160,-
- Nichtmitglieder €210,-

Tageskarte, und zwar am _____ (bitte jeweiligen Tag angeben)

- Mitglieder in DGIM und BDI €40,-
- Mitglieder in DGIM oder BDI €85,-
- Nichtmitglieder €115,-

Ich melde mich für folgende Kurse an:

- KHK-Intensivseminar, 25.10.2007
- Aktuelle Diabetologie, 26.10.2007
- Aktuelle Infektiologie, 27.10.2007
- Lungenfunktionskurs, 27.10.2007
- Raucherberatung, 27.10.2007

- Studenten €40,-
- Assistenzärzte €120,-
- Nichtmitglieder/Mitglieder €160,-

Die Buchung eines Kurses berechtigt gleichzeitig zur Teilnahme an allen weiteren Veranstaltungen am jeweiligen Kurstag.

Die Teilnahmebedingungen können auf Wunsch gerne vor der Anmeldung zugesandt werden. Ab Mai finden Sie die Bedingungen im Internet und im Vorprogramm, welches Ihnen nach Erscheinen automatisch zugesendet wird.

Absender

Titel/Name/Vorname

Institution

Berufsbezeichnung/Facharzttrichtung

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

Bitte senden Sie mir nach Erscheinen (August) das Hauptprogramm zu.

Bitte abtrennen und zurückschicken oder faxen an: +49 (0) 711/8931-370

Freitag, 26.10.2007

9:00-10:30 Uhr Gastroenterologie: Refluxassoziierte Erkrankungen/ Helicobacter pylori und Präventionsstrategien zur Vermeidung des HCC
Moderation: Prof. Dr. M. P. Manns, Hannover; Prof. Dr. J. F. Riemann, Ludwigshafen
Referenten: Prof. Dr. J. Mössner, Leipzig; Prof. Dr. C. P. Strassburg, Hannover

11:00-12:30 Uhr Hämatologie/Onkologie: Chronische myeloische Leukämie/Das myelodysplastische Syndrom
Moderation: Prof. Dr. W. Hiddemann, München; Prof. Dr. W.-D. Ludwig, Berlin
Referenten: Prof. Dr. R. Hehlmann, Mannheim; Prof. Dr. L. Kanz, Tübingen

14:00-15:30 Uhr Rheumatologie/Infektiologie: Arthrose/Arthritis und AIDS
Moderation: Prof. Dr. G.-R. Burmester, Berlin; Prof. Dr. B. Salzberger, Regensburg
Referenten: Prof. Dr. B. Manger, Erlangen; Prof. Dr. J. Bogner, München

16:00-17:30 Uhr Endokrinologie/Diabetologie: Struma/Therapiekombinationen bei Diabetes mellitus
Moderation: Prof. Dr. K. Mann, Essen; Prof. Dr. H. Lehnert, Magdeburg
Referentinnen: Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger, München; Dr. C. Jaursch-Hancke, Wiesbaden

Samstag, 27.10.2007

9:00-10:30 Uhr Pneumologie: Chronische obstruktive Lungenerkrankung/Bronchialkarzinom
Moderation: Prof. Dr. R. Buhl, Mainz; Prof. Dr. C. Vogelmaier, Marburg
Referenten/-in: Prof. Dr. D. Kirsten Großhansdorf; Prof. Dr. M. Thomas, Heidelberg

11:00-12:30 Uhr Nephrologie/Hypertensiologie: Therapie des Hochdrucks in der Praxis/Chronische Niereninsuffizienz
Moderation: Prof. Dr. M. Weber, Köln; Prof. Dr. U. Frei, Berlin
Referenten: Dr. L.C. Rump, Düsseldorf; Prof. Dr. H. Haller, Hannover

Kurse

Donnerstag, 25.10.2007

14:00-18:00 Uhr KHK-Intensivseminar
Kursleitung: Prof. Dr. P. Baumgart, Münster; Prof. Dr. C. Holubarsch, Bad Krozingen

Freitag, 26.10.2007

9:00-16:00 Uhr Aktuelle Diabetologie für die tägliche Praxis des Typ 2 Diabetes
Kursleitung: Prof. Dr. H. Mehnert, München
Referenten: Dr. K. Funke, Potsdam; Prof. Dr. O. Schnell, München; Dr. P. Schwarz, Dresden

Samstag, 27.10.2007

9:00-16:20 Uhr Aktuelle Infektiologie
Kursleitung: Prof. Dr. W. R. Heizmann, Berlin
Referenten: Prof. Dr. J. Knobloch, Tübingen; Prof. Dr. J. Lorenz, Lüdenscheid; PD Dr. M. Hummel, Lüdenscheid; Prof. Dr. M. Ruhnke, Berlin

9:00-17:00 Uhr

Lungenfunktionskurs
Kursleitung: Prof. Dr. W. Petro, Bad Reichenhall
Referent: Dr. T. Schultz, Berlin

10:00-13:00 Uhr

Raucherberatung in der Gruppe – Seminar für Kursleiter
Kursleitung: Dr. W. Grebe, Frankenberg

Chronische Herzinsuffizienz

Einfluss einer telemedizinisch unterstützten Betreuung auf Gesamtbehandlungskosten und Mortalität

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten internistischen Erkrankungen [4, 12, 15, 23]. Prävalenz und Inzidenz sind stark altersabhängig: Im Alter zwischen 45 und 55 Jahren leidet etwa 1 % der Bevölkerung an einer Herzinsuffizienz, zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr bereits ca. 5 %, und im Alter über 80 Jahren ca. 10–15 % [13, 16, 21, 31]. Bei 22 % der Männer und 46 % der Frauen entwickelte sich in einem amerikanischen Register innerhalb von 6 Jahren nach einem Herzinfarkt eine Herzinsuffizienz [27]. Der Großteil der entstehenden Kosten ist auf die Krankenhausbehandlung zurückzuführen [6, 9, 24]. Dementsprechend belastet die Herzinsuffizienz das Gesundheitssystem erheblich [9, 26]. In Deutschland geht man davon aus, dass aktuell ca. 1–3 % des gesamten Gesundheitsbudgets für die Herzinsuffizienz ausgegeben wird. Laut amtlicher Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit betragen die Krankheitskosten der Herzinsuffizienz im Jahr 2002 in Deutschland 2,7 Milliarden Euro [1]. Aufgrund der Altersabhängigkeit der Herzinsuffizienz ist bei der zu erwartenden demografischen Entwicklung eine weitere Steigerung der Kosten für die Behandlung der Herzinsuffizienz zu erwarten [17, 27, 30].

Die Anzahl der herzinsuffizienzbedingten Krankenhausaufenthalte steigt seit den 80er Jahren kontinuierlich an [9, 20, 26]. Der Anstieg ist maßgeblich auf die hohe Anzahl von wiederholten Krankenhausaufenthalten zurückzuführen [9, 25]. Nach einer Analyse der Daten der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover (KKH) bezogen sich 52 % der Ausgaben für herzinsuffiziente Versicherte auf stationäre Wiederaufnahmen. Innerhalb eines Jahres wurde jeder zweite

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz zu stationären Erstbehandlungen (18 %, 5,2 Mio €) oder stationären Wiederaufnahmen (52 %, 15,3 Mio €) im Krankenhaus aufgenommen. Die stationäre Wiederaufnahmen betragen 15,3 Mio € (52 %), stationäre Erstbehandlungen 5,2 Mio € (18 %), Arzneimittel 7,8 Mio € (27 %), Reha 0,8 Mio € (3 %) und stationäre Wiederaufnahmen 15,3 Mio € (52 %).

Patienten und Methodik

● Hypothesen und Zielparameter

Hypothese: Die telemedizinische Betreuung ist der üblichen ambulanten Behandlung überlegen und geeignet, die Rehospitalisierungsraten von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz zu verringern und die Krankheitskosten zu senken. Primärer Zielparameter war die Reduktion der Krankenhausaufenthalte, sekundäre Zielparameter waren die Reduktion der Gesamtbehandlungskosten sowie die Senkung der Mortalität.

● Studienpopulation

Patienten mit den relevanten ICD-Diagnosen (I50.1, I50.11–19, I50.9) zur chronischen Herzinsuffizienz wurden im Datenbestand der KKH aus den Krankenhausentlassungs-Mitteilungen ausgewählt. Innerhalb von 9 Monaten wurden durch die KKH im Jahr 2004 Patienten mit der Krankenhaus-Entlassungsdiagnose „Herzinsuffizienz“ identifiziert, die wegen Herzinsuffizienz stationär behandelt wurden und deren letzter Krankenhausaufenthalt maximal 6 Wochen zurücklag. Die Patienten durften keine gravierenden Komorbiditäten aufweisen wie konsumierende Tumorerkrankungen, Demenz oder Pflegebedürftigkeit. Weiterhin mussten die Probanden in der Lage sein, in deutscher Sprache telefonisch zu kommunizieren und zu lesen. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien kamen 997 Patienten für das Projekt in Betracht. Zunächst wurden diese Patienten anhand des Geburtsdatums randomisiert einer Kontrollgruppe bzw. Inter-

ventionsgruppe zugeteilt. Die Kontrollgruppe erhielt keine telemetrische Intervention. Den anderen Patienten wurde die Betreuung angeboten. Sie wurden schriftlich und telefonisch eingeladen an dem Programm im Rahmen einer freiwilligen Kassenleistung teilzunehmen. Sobald die Zielzahl von 251 Patienten in den Gruppen erreicht war, wurden keine weiteren Personen mehr aufgenommen.

● Telefonische Betreuung und Schulungsmaterial

Die Inhalte des Betreuungsprogramms wurden im Detail bereits an anderer Stelle beschrieben [7, 32]. Regelmäßige telefonische Betreuung durch geschultes medizinisches Fachpersonal stand im Mittelpunkt des Programms „Herzengut“. Die Betreuer kommen überwiegend aus dem Pflegebereich und sind speziell für Kommunikation und Coaching geschult. Bei Spezialproblemen stehen Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen bereit. Nach der Erfüllung sehr umfangreicher Informationsbedürfnisse in den ersten Gesprächen traten im weiteren Verlauf der Betreuung die strukturierten Gesprächsteile und damit die Management-Aspekte des Programms – Förderung der Compliance, das Nachhalten von Untersuchungen, Zielvereinbarungen – in den Vordergrund. Das Gerüst der Gesprächsführung wurde in einer speziell entwickelten Software in Form von interaktiven Fragebömen abgebildet. Die Betreu-

● Telemetrie

Das engmaschige telemetrische Monitoring des Körpergewichts ermöglicht bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz die frühzeitige Erkennung und Intervention bei Verschlechterung der Herz-Kreislauf-Situation [2, 3, 8, 18]. Die Teilnehmer erhielten eine telemetrische Körperwaage. Sie wurden angehalten, sich täglich zur selben Uhrzeit zu wiegen. Über ein Modem via Telefon-Festnetz oder SMS über

Variable	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p
Anzahl	251	251	
Frauen	106 (42,6%)	138 (55,3%)	
Alter (Jahre)	71,7	76,5	<0,001 ²
Median	73	78	
SD	10,2	11,3	
NYHA I/and II	18 (7,2%)	19 (7,6%)	
NYHA III	51 (20,3%)	32 (12,7%)	
NYHA IV	81 (32,3%)	60 (23,9%)	
nicht näher bezeichnet ¹	101 (40,2%)	140 (55,8%)	
Anzahl Rezepte	23,8	27,1	0,05 ³
Median	20,2	22,8	
SD	15,2	17,9	
Krankenhauseinweisung*	2	3,4	0,04 ³
- Median	1	1,5	
- SD	2,9	8,8	
Krankenhauseinweisung**	25,3	49,1	0,01 ³
- Median	8,2	14,5	
- SD	45,3	151,1	
Leistungsangaben			
Krankenhauseinweisung (EUR)	8682	15810	0,01 ³
- Median	2249	3948	
- SD	26816	53155	
Arzneimittel (EUR)	1881	1636	0,53 ³
- Median	1078	1024	
- SD	3807	2282	
Gesamt (EUR)	10563	17446	0,05 ³
- Median	3799	5303	
- SD	27230	53322	
Todesfälle ⁴ (%)	37 (14,7%)	69 (27,1%)	<0,001 ⁴

Tab. 1 Patientencharakteristika, Anzahl Rezepte, Krankenhausaufenthalte, Kosten und Mortalität. Angegeben sind Anzahl mit Prozentwerten in Klammern, Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen (SD).

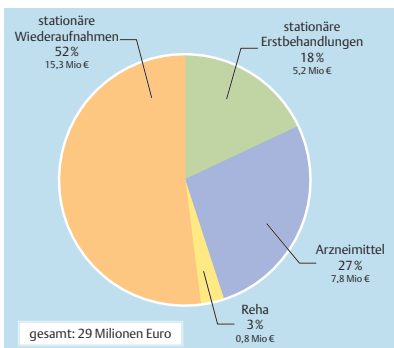


Abb. 1 Teilnahmequote in Abhängigkeit vom Alter. CHL = chronische Herzinsuffizienz.

Patient mit chronischer Herzinsuffizienz erneut im Krankenhaus behandelt. Aufgrund der hohen Prävalenz, des großen Leidensdrucks der Patienten und der hohen Kosten im stationären Bereich sind nach der Studie von Rich et al. [24] weltweit Studien und Programme entwickelt worden, die mit Methoden des Disease Management (DMP) und der Telemedizin diese Probleme angehen. Die Mehrzahl der Ergebnisse sind vielversprechend [18, 19, 22, 29], es liegen bislang jedoch keine deutschen Ergebnisse zu Kosteneinsparungen durch entsprechende Programme bei herzinsuffizienten Patienten vor. Der positive Effekt von telemedizinisch begleiteten Programmen bei herzinsuffizienten Patienten ist in den letzten Jahren mehrfach nachgewiesen worden [2, 3, 5, 8, 11, 14, 28]. Die Zahl stationärer Aufenthalte konnte gesenkt und eine Steigerung der Lebensqualität bewirkt werden. Unter der Annahme, dass mit einer Reduk-

tion der Krankenhausaufenthalte auch eine Kostensenkung verbunden ist, hat die Kaufmännische Krankenkasse gemeinsam mit der ArztPartner almeda AG ein umfangreiches Konzept zur telemedizinischen Betreuung herzinsuffizienter Patienten entwickelt. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz zu stationären Erstbehandlungen (18 %, 5,2 Mio €) oder stationären Wiederaufnahmen (52 %, 15,3 Mio €) im Krankenhaus aufgenommen. Die stationäre Wiederaufnahmen betragen 15,3 Mio € (52 %), stationäre Erstbehandlungen 5,2 Mio € (18 %), Arzneimittel 7,8 Mio € (27 %), Reha 0,8 Mio € (3 %) und stationäre Wiederaufnahmen 15,3 Mio € (52 %).

Mobiletelefon wurde täglich ein Gewichtswert des Teilnehmers in die medizinische Datenbank des Servicecenters übertragen. Die eingehenden Werte wurden von der Software durch im Hintergrund laufende Auswertungs-Algorithmen auf kritische Gewichtsveränderungen überprüft, die durch zunehmende Wassereinlagerung bedingt sein können und damit einen Hinweis auf eine sich anbahnende Dekompensation geben. Dabei wurde ein einfacher gleitender Durchschnitt aus den letzten 10 Gewichtswerten des Patienten berechnet. Bei einer Gewichtszunahme von 1,5 kg im Vergleich zum Durchschnitt wurde vom System ein Alarm für den Betreuer generiert, der dann mit dem Teilnehmer in Verbindung trat („zentraler Alarm“). Weitere Alarme wurden erzeugt, falls die Werte nicht regelmäßig eingingen oder falls beim Patienten eine langsame und stetige Gewichtszunahme zu beobachten war („Alarme zweiter Klasse“). Der Betreuer versuchte, die Ursache näher einzugrenzen und dem Patienten situationsgerechte Hinweise zu geben, z. B. auf Reduzierung der Flüss-

Variable	Frauen Teilnehmer	Kontrolle	p	Männer Teilnehmer	Kontrolle	p
Mortalität (%) ¹	14,0	21,5	0,10 ¹	15,3	33,0	<0,001 ¹
Krankenhauseinweisung*	1,9	2,9	0,30 ²	2,1	4,0	0,03 ²
- Median	0,9	1,4		1,0	1,7	
- SD	3,1	8,3		2,8	9,3	
Krankenhauseinweisung**	25,6	37,5	0,24 ²	25,1	62,8	0,01 ²
- Median	8,3	12,7		7,9	15,6	
- SD	46,8	94,5		44,3	197,5	
Krankenhauseinweisung (EUR)	8231	9916	0,23 ²	9017	22719	0,01 ²
- Median	2224	3072		2446	5749	
- SD	32109	30861		22195	70425	
Arzneimittelkosten (EUR)	1623	1509	0,96 ²	2073	1786	0,71 ²
- Median	994	869		1140	1124	
- SD	3325	2399		4130	2138	
Gesamtkosten (EUR)	9854	11425	0,44 ²	11090	24505	0,02 ²
- Median	9854	4486		3844	7139	
- SD	3550	31010		23015	70596	

Tab. 2 Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Mortalität, Krankenhausaufenthalte und Kosten bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

Variable	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p
Anzahl	214	183	
Alter (Jahre)	71,0	74,8	<0,001 ¹
- Median	71,5	77,0	
- SD	10,2	11,3	
Anzahl Rezepte ²	22,3	22,9	0,44 ²
- Median	19,2	19,9	
- SD	13,7	13,3	
Krankenhäuser-Fälle ³	1,5	1,4	0,94 ²
- Median	0,8	0,8	
- SD	2,1	1,9	
Krankenhäuser-Tage ³	16,8	18,5	0,49 ²
- Median	5,3	7,0	
- SD	26,3	30,6	
Leistungsausgaben			
Krankenhäuser (EUR)	4834	5398	0,54 ²
- Median	1790	1893	
- SD	8464	12081	
Arzneimittel (EUR)	1697	1455	0,19 ²
- Median	1006	848	
- SD	3225	2059	
Gesamt ⁴ (EUR)	6530	6853	0,96 ²
- Median	3049	3441	
- SD	9393	13283	

Tab. 3 Krankenhausaufenthalte und Kosten der überlebenden Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

sigtigkeitszufuhr, konsequente Medikamenteneinnahme oder einen Hausarztbesuch. Eine Krankenhauseinweisung wurde ausschließlich durch den Hausarzt veranlasst. Alle Patienten der Interventionsgruppe erhielten ein Blutdruckgerät zur Selbstmessung. Davon wurden 72 telemetrisch genutzt.

• Gesundheitsberichte und Prozesssteuerung
Rückmeldungen an die Teilnehmer und deren behandelnde Ärzte erfolgten quartalsweise mittels standardisierter Gesundheitsberichte. Diese enthielten eine Übersicht der Medikation, die wesentlichen telemetrisch übermittelten oder im Gespräch erfragten Verlaufsparameter und den Erreichungsgrad vereinbarter persönlicher Ziele zur Verhaltensmodifikation, wie Gewichtsreduktion oder vermehrte Bewegung. Ein wichtiger Nebeneffekt dieser Berichte ist die Qualifizierung der Daten in der Betreuungssoftware. Sofern veraltete Daten vorlagen, konnten Arzt oder Patient diese an den Betreuer zurückmelden, der eine Aktualisierung vor-

lings der Gesundheitsprogramme ermöglichte.

• Programmablauf
Nach einem telefonischen Begrüßungsgespräch (30–90 Minuten) erhielten die Teilnehmer ein sog. Startpaket mit ausführlichen Programmunterlagen und die Waage. Geplante Betreuungsgespräche und die Zusage von Schulungsmaterial fanden in den ersten drei Monaten alle 14 Tage, danach monatlich statt. Dazu kamen die Interventionsanrufe bei auffälligen Werten. Für medizinische Fragen oder bei Problemen mit der Telemetrie stand kontinuierlich eine qualifizierte Hotline zur Verfügung.

• Dauer der Studie
Die Studie war auf zunächst auf ein Jahr von 2004 bis 2005 angelegt. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurden die Patienten weiter betreut und beobachtet.

• Statistik
Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse zeigt die Parameter Mittelwert, Standardabweichung und Median. Der

Median hat bei den meisten Ergebnisdarstellungen eine Bedeutung, da sich für beinahe alle Zielvariablen eine starke Rechtsschiefe der Verteilungen ergibt. Somit unterscheidet sich der Median in vielen Fällen auch erheblich von den Mittelwerten. In fast allen Fällen liegt der Mittelwert rechts vom Median, worin sich die bekannte Empfindlichkeit des Mittelwertes für Ausreißer in den Daten widerspiegelt. Aufgrund dieser Unterschiede kann auch bei

vielen Variablen nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden und die Ergebnisse der gängigen t-Tests (hier für unabhängige Stichproben) sind nur bedingt aussagekräftig. Bei derartigen Voraussetzungen wurde der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, der hier zuverlässigere Ergebnisse liefert. Des Weiteren wurde bei für die Mortalität die Risk-Ratio zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe berechnet. Die Signifikanz wurde hier mit dem Mantel-Haenszel-Estimator bestimmt, der besonders für stratifizierte Analysen geeignet ist.

Ergebnisse

• Patientengewinnung
Die Teilnahmebereitschaft zeigte deutliche geschlechts- und altersabhängige Unterschiede (Abb. 1): 38,6 % der angesprochenen männlichen Kandidaten und 28,7 % der Frauen waren zur Teilnahme bereit. Die Teilnahmebereitschaft war bei jüngeren Patienten größer. Daraus resultiert das niedrigere Durchschnittsalter der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die NYHA-Klassen III und IV waren mit 52,6 % häufiger in der Interventionsgruppe im Vergleich zu 36,6 % in der Kontrollgruppe (Tab. 1[1]). Eine unter den Teilnehmern durchgeführte Befragung ergab eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm: 57 % beurteilten das Programm als „sehr gut“, weitere 43 % als „ganz gut“. Keiner der Befragten gab „nicht so gut“ oder „gar nicht gut“ an.

• Kostenreduktion
Die Auswertung erfolgte für alle Teilnehmer stratifiziert auf ein Jahr. Der tatsächliche Beobachtungszeitraum betrug mindestens 6 Monate und maximal 18 Monate. In dieser Zeit konnte bei den Teilnehmern die Anzahl der Krankenhausaufenthalte um 48 % im Vergleich zur Kontrollgruppe reduziert werden. Die Ausgaben für stationäre Aufenthalte sanken um 45 %, die Kosten für Arzneimittel stiegen bei den Teilnehmern um 14,9 %. Insgesamt wurde eine Kostenreduktion von 39,5 % erreicht (s. Tab. 1). Werden die Kosten für das telemedizinische Programm berücksichtigt, beträgt die Einsparung im Verhältnis zu den Programmkosten („return on investment“; ROI) ca. 3 : 1. Die Auswertung der Daten der Kontrollgruppe ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen sowohl bei den Krankenhausaufenthalten als auch bei den Kosten (Tab. 2). Die Anzahl der stationären Aufenthalte lag im Mittel bei Männern bei 4,0 pro Jahr bei der Kontrollgruppe und 2,1 bei den Teilnehmern, bei Frauen betrug die Anzahl der Krankenhausaufenthalte 2,9 bzw. 1,9. Die Krankenhausverweildauer war bei den Männern 60,0 % und bei den Frauen 31,7 % niedriger in der Teilnehmergruppe. Die geringere Anzahl von Krankenhausaufenthalten und Tagen im Krankenhaus fand ihren Niederschlag in den Gesamtkosten. Im Vergleich zu den Kontrollen, verursachten die Männer in der betreuten Gruppe um 54,7 % reduzierte Gesamtkosten. Bei

Variable	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p
Anzahl	37	69	
Alter (Jahre)	75,8	81	0,007 ¹
- Median	78	84	
- SD	9,4	9,7	
Mittlere Beobachtungsdauer (Tage)	197	212	0,97 ²
- Median	179	185	
- SD	91,1	141,2	
Anzahl Rezepte ²	32,9	38,0	0,21 ²
- Median	29,9	33,8	
- SD	19,8	23,2	
Krankenhäuser - Fälle ³	4,8	8,7	0,09 ²
- Median	3,5	4,8	
- SD	4,9	15,3	
Krankenhäuser - Tage ³	74,6	130,3	0,27 ²
- Median	39,4	65,4	
- SD	85,0	269,3	
Leistungsausgaben			
Krankenhäuser (EUR)	30937,6	43422,3	0,17 ²
- Median	13942,3	17206,3	
- SD	63028,8	94728,2	
Arzneimittel (EUR)	2949,3	2117,3	0,74 ²
- Median	1515,0	1388,6	
- SD	6143,9	2747,2	
Gesamt ⁴ (EUR)	33886,9	45539,5	0,21 ²
- Median	16235,9	20480,5	
- SD	63016,9	94445,2	

Tab. 4 Krankenhausaufenthalte und Kosten der verstorbenen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- Telemedizinisch unterstützte Betreuung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz kann die Gesamtbehandlungskosten reduzieren und die Mortalität senken.
- Dies betrifft insbesondere Männer.
- Telemedizinische Programme können zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz führen.

den Frauen betrug die Kostenreduktion 13,7 %. Die Gesamtausgaben waren am höchsten bei den Patienten, die im Beobachtungsintervall starben (Tab. 3 und 4).

• Mortalität
Während der Beobachtungszeit starben 14,7 % der Patienten in der Betreuungsgruppe. In der Kontrollgruppe betrug die Mortalität 27,1 %. Dieser Unterschied war auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und Beobachtungsdauer statistisch hochsignifikant. Weitere sekundäre Zielparameter sind derzeit noch nicht ausgewertet.

• Medikation
Im Verlauf der Beobachtungszeit wurde die Einnahme relevanter Medikamente in der Interventionsgruppe um durchschnittlich 10,2 % gesteigert (von 4,6 % bei Diuretika bis 21,3 % bei Lipidsenkern (Tab. 5).

Diskussion
Die Ergebnisse zeigen, dass das Programm umso häufiger auf Interesse stößt, je jünger die Betroffenen sind. Ebenso konnten wir feststellen, dass die Teilnahmebereitschaft bei Männern mit 38,6 % wesentlich höher war als bei Frauen mit 28,7 % der angesprochenen Patienten. Nach einer durchschnittlich zwölfmonatigen Beobachtungszeit konnte eine Reduktion der Gesamtkosten aller Teilnehmer von 39,5 % und der Mortalität von 46 % im Vergleich zu einer Kontrollgruppe erreicht werden. Die Intensivierung der medikamentösen Therapie im Laufe der Intervention spricht für eine bessere Compliance, reicht jedoch nicht als Erklärung für die Mortalitäts-senkung aus. Die Stratifikation der Gruppen nach überlebenden und verstorbenen Patienten ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der untersuchten Parameter. Das deutet darauf hin, dass die Einsparungen und verminderten Krankenhausaufenthalte direkt mit einer Reduktion der Mortalität zusammenhängen.

Auch unter Berücksichtigung der Programm- und Personalkosten ist die Betreuung im Rahmen dieses Programms ökonomisch sinnvoll. Daher wurde bereits vor Ablauf der Studie die Gewinnung von neuen Patienten wieder aufgenommen. Die deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bedürfen weiterer Analysen. Es ist bisher nicht ersichtlich, warum unser Programm bei Frauen deutlich weniger wirksam war. Die höchsten Kosten betreffen die Gruppe der verstorbenen Patienten. Hier war auch der Altersunterschied zwischen der Behandlungsgruppe und der Kontrollgruppe am größten. Es bleibt zu analysieren, welche Patienten am stärksten gefährdet sind, und damit evtl. am meisten von dem Betreuungsprogramm profitieren. In dieser Untersuchung haben die Männer deutlich mehr profitiert als die Frauen. Vielleicht ist das Potential

Medikamentengruppe	0	12 Monate	Änderung (%)
Diuretika	67,9	71,1	4,6
ACE-Hemmer/ARB ¹	59,3	63,2	6,6
Beta-Blocker	52,7	58,8	11,6
Digitalisglykoside	29,2	31,8	8,9
Lipidsenker	25,3	30,7	21,3
Kaliumantagonisten	13,4	14,8	10,4
Antiarhythmika	4,7	5,1	8,5
Antihypertensiva (ohne Diuretika, ACE-H, ARB, Beta-Blocker)	4,3	4,7	9,3
Summe			10,2%

Tab. 5 Medikamenteneinnahme (%) in der Interventionsgruppe (n = 251) zu Beginn und nach einem Jahr.

für Verhaltensänderungen bei Männern mit chronischer Herzinsuffizienz größer als bei Frauen. Dies bleibt zu untersuchen. Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe waren nicht homogen. Während das Durchschnittsalter in der Kontrollgruppe deutlich höher war, waren in der Interventionsgruppe die höheren Schweregrade (NYHA) häufiger vertreten. Leider war die ICD-Klassifizierung im Entlassbericht fast bei der Hälfte aller Patienten nicht differenzierter nach dem Schweregrad. Trotz dieser Limitationen zeigt diese Untersuchung, dass ein telemedizinisches Betreuungsprogramm von den Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz gut angenommen wird und auch im deutschen Gesundheitswesen ein sinnvoller Bestandteil im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts sein kann.

B. Kielblock, Ch. Frye, S. Kottmair, E. Siegmund-Schultze, M. Middeke

Prof. Dr. Martin Middeke leitet das Blutdruckinstitut in München und ist im wissenschaftlichen Beirat der ArztPartner almeda AG, München. Dr. Stefan Kottmair ist Vorstand der ArztPartner almeda AG, die als medizinisches Servicecenter die Studie durchgeführt hat. Dort sind auch Ch. Frye und Th. Hudler tätig. Birgit Kielblock und Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze sind bei der Kaufmännischen Krankenkasse, Hannover, tätig.

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

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132:414-422) erschienen. Alle Rechte vorbehalten.

Wo stehen wir heute?

Östrogene in der Menopause

Die Ergebnisse zweier großer randomisierter Placebo-kontrollierter Interventionsstudien, WHI (18) und HERS (10), haben zu einer veränderten Wahrnehmung hinsichtlich Nutzen und Risiko der Hormontherapie im Klimakterium geführt (8). Es wurde gezeigt, dass der Einsatz von Hormonen in der Menopause mit ernsthaften Risiken verbunden sein kann. Die bis vor wenigen Jahren übliche, beinahe routinemäßige Empfehlung zum Einsatz von Hormonen in der Menopause – nicht nur wegen klimakterischer Beschwerden, sondern auch zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, Demenzerkrankungen und Osteoporose und generellem allgemeinem Wohlbefinden – ist deshalb nicht mehr haltbar. Verlassen wurde der Begriff Hormonersatztherapie (HET) und durch den Begriff Hormontherapie (HT) ersetzt.

Auf der Grundlage der neuen Datenlage ist folgendes festzustellen:

1. Östrogene und klimakterische Beschwerden

Typische klimakterische Beschwerden wie Hitzewallungen und Schlafstörungen werden unter einer Hormontherapie in der Menopause gebessert (18, 19).

Die WHI-Studie (18) konnte zeigen, daß durch eine Östrogen-/Gestagen-Therapie im Vergleich zu Placebo im ersten Jahr eine bessere allgemeine Gesundheit, weniger Schmerzen und eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit zu erreichen ist.

Eine beeinträchtigte Stimmungslage kann gebessert werden, depressive Symptome und Besserung der „geistigen Gesundheit“ konnte nur bei den Frauen beobachtet werden, die initial Hitzewallungen aufwiesen (9).

Die Wirkungen einer Östrogen-/Gestagen-Therapie auf die sexuelle Zufriedenheit wurden in der WHI-Studie (18) untersucht, dabei zeigte sich keine Wirkung.

Kosmetische Wirkungen, gutes Aussehen und Anti-Alterungseffekt wurden bisher nur anekdotisch beschrieben, Studien fehlen.

● Fazit: (3, 16)

a) Eine Östrogen-Therapie in der Menopause ist indiziert bei klimakterischen Beschwerden.

b) Es sollte die niedrigst wirksame Dosis von Hormonen eingesetzt werden; allerdings ist der Studienlage nicht zu entnehmen, ob eine niedrig dosierte Hormontherapie hinsichtlich der „Sicherheit“ einen besonderen Vorteil im Vergleich zu höheren Dosen bietet.

c) Eine Dauerhormontherapie wird nicht mehr empfohlen, Nutzen und Risikoabwägung sollten jährlich überprüft werden.

d) Hysterektomierte Frauen bekommen ausschließlich Östrogene, bei vorhandenem Uterus ist ein Gestagen-Zusatz (entweder zyklisch oder kontinuierlich kombiniert) obligat.

e) Vor Einleitung einer Hormontherapie sollte eine Mammographie durchgeführt werden.

2. Östrogene und kardiovaskuläre Erkrankungen

Östrogene haben vielfältige Effekte auf Blutgefäße, unter anderem Beeinflussung auf Homöostase/Fibrinolyse, NO, Endothel-, Lipid-, Kohlenhydrat- und Homocystein-Stoffwechsel, Herzmuskelfunktionen und Gefäßtonus sowie Interaktion mit zahlrei-

chen Zytokinen, CRP und Adhäsionsmolekülen.

Aufgrund von Beobachtungsstudien und Studien mit Surrogat-Parametern wurden Östrogene auch zur Kardioprotektion empfohlen (12, 6).

Die WHI-Studie (18) sollte klären, ob sich eine Hormonbehandlung zur Primärprophylaxe koronärer Erkrankungen eignet. Ein Studienarm umfasste 16 608 gesunde postmenopausale Frauen mit vorhandenem Uterus. Die Hälfte dieser Frauen erhielt 0,625 mg konjugierte Östrogene plus MPA, die andere Gruppe ein Placebo. Das mittlere Alter der eingeschlossenen Frauen lag bei 63,3 Jahren. Die Dauer der Studie war mit 8,5 Jahren angesetzt.

Aufgrund der Ergebnisse einer Zwischenauswertung insbesondere hinsichtlich unerwarteter Zunahme an Brustkrebs wurde dieser Studienarm bereits nach 5,6 Jahren abgebrochen. Die Zwischenauswertung der Östrogen-/Gestagen-Therapie hatte ergeben, dass hochgerechnet 7 zusätzliche Herzerkrankungen pro 10 000 hormonell behandelte Frauen pro Jahr im Vergleich zur Placebo-Gruppe auftraten.

Im Östrogen-Arm der WHI-Studie wurde innerhalb der medianen Beobachtungszeit von 6,8 Jahren keine Beeinflussung des kardiovaskulären Risikos gefunden (2).

Randomisierte kontrollierte Studien bei Frauen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren mit typischen menopausalen Beschwerden fehlen.

Sekundärprävention der koronären Herzerkrankung:

Auch hier hatten epidemiologische Daten nahegelegt, dass Östrogene protektiv sein könnten. Die Heart-and-Estrogen-Progestin-Replacement-Study (10) war die erste doppelblinde Placebo-kontrollierte prospektive Studie zur Evaluation einer bestimmten Östrogen-/Gestagen-Therapie (0,625 mg konjugierte equine Östrogene und 2,5 mg MPA) für die Sekundärprävention bei manifester KHK. Die primären Endpunkte waren nicht tödliche Myokardinfarkte und kardiovaskuläre Todesfälle. Bei vorzeitiger Beendigung der Studie nach vier Jahren ergaben sich keine Unterschiede zwischen Hormon- und Placebo-Gruppe, auch die offen weitergeführte HERS-Studie über 6,8 Jahre kam zu keinem anderen Ergebnis (7).

Daten der HERS-Studie und der WHI-Studie zeigen auf der anderen Seite, dass durch eine postmenopausale Hormontherapie das Risiko, Diabetes mellitus zu entwickeln, signifikant

verringert ist – damit einhergehend wäre auch das kardiovaskuläre Risiko vermindert (1, 11).

Zusammenfassend ist die Datenlage gegenwärtig unklar, viele Fragen hinsichtlich der direkten lokalen Gefäßwirkung und der systemischen Wirkung von Östrogenen sind offen.

● Fazit:

Eine Östrogen-Therapie in den Wechseljahren sollte nicht zum Schutz vor Herzerkrankungen verordnet werden.

3. Östrogene und kognitive Funktionen, Demenz, Morbus Alzheimer

Im Unterschied zu etlichen Beobachtungsstudien fand sich in der Womens-Health-Initiative-Memory-Study (20) keine Verbesserung kognitiver Partialfunktionen durch eine Östrogen-/Gestagen-Therapie. Es kam auch nicht zu einer Verminderung des relativen Risikos für Morbus Alzheimer.

In der Hormon-behandelten Gruppe wurde bei 40 Frauen eine Demenz-Erkrankung diagnostiziert, in der Placebo-Gruppe bei 21 Frauen. Die Wahrscheinlichkeit der Diagnose Morbus Alzheimer war also im Gegenteil in der Verum-Gruppe erhöht.

Wird nicht nur der globale kognitive Status, sondern spezielle kognitive Funktionen überprüft, finden sich durchaus positive Effekte für einzelne Bereiche bei postmenopausalen Frauen (17).

Gerade erschienen ist eine Placebo-kontrollierte Positron Emission Tomographie (PET)-Studie, die zeigt, dass eine Hormontherapie signifikante regionale Effekte auf das Gehirn hat (21).

Zusammenfassend ist die Datenlage derzeit widersprüchlich, wahrscheinlich weil die traditionellen Funktionstests nicht differenziert und empfindlich genug sind.

● Fazit:

Aktuell ist es nicht empfehlenswert, Östrogene zur Prävention kognitiver Einbußen in der Menopause einzusetzen.

● Fazit:

Aktuell ist es nicht empfehlenswert, Östrogene zur Prävention kognitiver Einbußen in der Menopause einzusetzen.

4. Östrogene und Osteoporose

Eine Vielzahl kontrollierter Studien hatte den Nutzen einer Hormontherapie für die Prävention einer Osteoporose hinsichtlich des Surrogat-Markers Knochendichte belegt. Erst durch die WHI-Studie (18) konnte aber der Nachweis einer Fraktur-reduktion erbracht werden. Hochgerechnet auf 10 000 Frauen pro

Zusammenfassung

Während in früheren Jahren Hormone undifferenziert jeder Frau in der Menopause verordnet wurden, hat sich die Situation heute in das Gegenteil verwandelt. Frauen mit typischen vasomotorischen und urogenitalen Symptomen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Schmerzen im Bewegungsapparat werden eher mit Psychopharmaka, Antirheumatika und nutzlosen bzw. nicht gut untersuchten Phyto-Präparaten (4, 15) behandelt anstatt mit einer effektiven Östrogen-Therapie. Dies liegt auf der einen Seite an der einseitigen Darstellung in der Laienpresse, auf der anderen Seite an der Therapie selber. Es gibt kein allgemeingültiges Schema – es erfordert im Einzelfall Geduld von beiden Seiten, bis die passende Dosis, die passende Kombination und das passende Anwendungsregime gefunden ist.

Behandlungsjahr konnten unter einer kombinierten Hormontherapie im Vergleich zu Placebo 5 Hüft- und 6 Wirbel- sowie 44 Frakturen insgesamt verhindert werden; die daraus resultierende signifikante Risikoreduktion für die Oberschenkelhalsfrakturen betrug 34 % (5).

Zusammenfassend gibt es keinen Zweifel, dass Östrogene knochenprotektiv sind. Wegen der Risiken einer Östrogen-Therapie sollten primär aber andere zur Osteoporose-Therapie zugelassene Arzneimittel eingesetzt werden.

● Fazit:

Die Hormontherapie in der Menopause dient nur noch zur Prävention einer Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit hohem Frakturrisiko, die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber anderen zur Osteoporose-Prävention zugelassenen Arzneimitteln aufweisen (16).

5. Östrogene und Brustkrebs

In der WHI-Studie (18) wurden 8 zusätzliche Brustkrebsfälle – hochgerechnet auf 10 000 Frauen pro Anwendungsjahr unter Hormontherapie im Vergleich zur Placebo-Gruppe – diagnostiziert. Frauen mit vorausgegangener HT zeigten dabei einen größeren Risikoanstieg als Frauen, die zuvor keine HT eingenommen hatten. Die Erhöhung des Brustkrebsrisikos war bei Frauen ohne vorherige Hormontherapie erst ab dem vierten Jahr zu verzeichnen, mit vorausgegangener HT ab dem dritten Jahr.

Im Östrogen-Arm der WHI-Studie (2) wurden innerhalb der medianen Beobachtungszeit von 6,8 Jahren kein erhöhtes Brustkrebsrisiko festgestellt. Es traten sogar weniger Mammakarzinome als in der Placebo-Gruppe auf (26 vs. 33 Ereignisse/10 000 Frauen/Anwendungsjahr), wobei der Unterschied nicht signifikant war.

Andere Studien, wie die „One-Million-Women“-Studie (14) zeigen, dass auch unter einer Östrogen-Monotherapie das Risiko für das Auftreten von Mammakarzinomen erhöht ist.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Industrieprodukte (16) kommt zu der folgenden zusammenfassenden Stellungnahme: In verschiedenen Studien wurde bei Frauen, die im Rahmen einer Hormonersatzbehandlung über mehrere Jahre Östrogene oder Östrogen-/Gestagen-Kombinationen oder Tibolon angewendet hatten, ein erhöhtes Brustkrebsrisiko

festgestellt. Dieses erhöhte Risiko zeigte sich für alle Formen einer Hormonersatztherapie nach einigen Anwendungsjahren. Es steigt mit zunehmender Behandlungsdauer an, kehrt jedoch einige (spätestens fünf) Jahre nach Beendigung der Behandlung auf das altersentsprechende Grundrisiko zurück.

● Fazit:

Vor Beginn einer HT sollte eine sorgfältige Aufklärung der Patientin erfolgen. Eine Mammographie ist vor Einleitung einer Hormontherapie durchzuführen, gefolgt von kontinuierlichen gynäkologischen Verlaufskontrollen.

6. Östrogene und thromboembolische Ereignisse und Schlaganfall

Thromboembolische Ereignisse treten unter einer HT gehäuft auf (13). Eine transdermale Östrogen-Gabe scheint das Thromboserisiko nicht zu erhöhen (19) – dies muss aber durch eine randomisierte kontrollierte Studie bestätigt werden.

Das relative Risiko eines Schlaganfalls war sowohl für die Kombinations- als auch für die Monotherapie in der WHI-Studie erhöht – allerdings nicht in der Altersgruppe der 50-59jährigen Frauen im Östrogen-Monotherapie-Arm der WHI-Studie (2).

Zusammenfassend ist bei älteren Frauen das Risiko für thromboembolische Komplikationen und Schlaganfälle erhöht. Ausreichende Untersuchungen an jüngeren Frauen liegen nicht vor.

● Fazit:

Vor größeren Operationen oder bei Hospitalisierung sollten Hormone abgesetzt werden bzw. eine subkutane Heparin-Prophylaxe durchgeführt werden.

Ein routinemäßiges hämostaseologisches Screening vor Beginn einer Therapie ist nicht notwendig. Thromboembolische Ereignisse in der Eigen- oder Familienanamnese sollten aber erfragt werden.

Dr. med. Cornelia Jausch-Hancke

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

Dr. Cornelia Jausch-Hancke referiert auch beim **1. DEUTSCHEN INTERNISTENTAG** vom 25. bis 27. Oktober in Berlin (siehe auch Programm auf den Seiten 10/11).

Typische EKG-Veränderungen beim Brugada-Syndrom sind häufig maskiert

Erfolgreiche Reanimation bei plötzlichem, unerwartetem Kreislaufstillstand

Unter dem Alarmierungsstichwort „Kollabierte Person“ werden Rettungstransportwagen (RTW) und Notarzt zu einer haltenden Straßebahn gerufen. Da der Einsatzort in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Rettungswache gelegen ist, erreichen beide Fahrzeuge zeitgleich nach drei Minuten die Einsatzstelle. In der Straßebahn findet sich ein zirka 40-jähriger Patient unter laufender Laienreanimation. Der Patient sei vor etwa fünf Minuten im Sitzen kollabiert und sei nicht mehr ansprechbar gewesen. Eine zufällig anwesende Krankenschwester und ein Medizinstudent begannen unmittelbar mit der Einleitung von Basis-Reanimationsmaßnahmen. Weitere Angaben zur Vorgeschichte sind in der Akutsituation nicht erhältlich.

• Erstbefund

40-jähriger Patient unter suffizient durchgeführter Laienreanimation. Unter Herzdruckmassage sind zentrale Pulse tastbar. Die Pupillen sind isocor, nicht entrudet mit erhaltener träger Lichtreaktion. Im unmittelbar angelegten EKG-Monitor zeigt sich folgender Befund (Abb. 1).

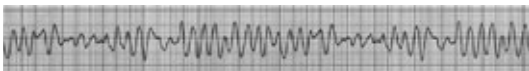


Abb. 1 Kammerflimmern

• Sofortmaßnahmen

Unmittelbar nach Detektion des Kammerflimmerns wird der Patient mit 360 J monophasisch defibrilliert (laufende Reanimation bei Ankunft, daher sofortige Defibrillation). Bereits nach dem ersten Schock kommt es zur Konversion in einen tachykarden Sinusrhythmus. Kurz danach sind zentrale und periphere Pulse palpabel. Da der Patient aufzuwachen beginnt, die Spontanatmung jedoch insuffizient und die Schutzreflexe deutlich eingeschränkt sind, erfolgt die endotracheale Intubation nach vorheriger Gabe von 20 mg Etomidat. Der Patient lässt sich anschließend problemlos maschinell beatmen. Zur Fortführung der Narkose werden im weiteren Verlauf fraktionierte Boli von Midazolam und Fentanyl verabreicht. Der Patient ist bereits unmittelbar nach ROSC (Return of spontaneous circulation) mit einem RR von 160/90 mmHg blutdruckstabil. Auch im weiteren Verlauf hat der Patient stabile Kreislaufwerte, eine Katecholamingabe wird nicht erforderlich.

Da ein akutes Koronarsyndrom als Ursache für das Kammerflimmern vermutet wird, wird noch vor Ort ein 12-Kanal-EKG abgeleitet. Es findet sich folgender Befund (Abb. 2).

• EKG-Befund

Es findet sich ein normokarder Sinusrhythmus. Die PQ-Zeit ist im Norm-

bereich. Auffällig ist die QRS-Morphologie in den rechtspräkordialen Ableitungen V1-V3. Es findet sich hier ein kompletter Rechtsschenkelblock (RSB). Dieser ist gut erkennbar an dem typischen rsR'-Muster und der auf über 0,12 Sekunden verlängerten QRS-Zeit. Auffällig sind die deutlich erhöhten ST-Streckenabgänge. Der komplette Rechtsschenkelblock in Kombination mit hohen, zelt- oder sattelförmigen ST-Abgängen aus dem R' heraus stellt den typischen Befund (Brugada-Pattern) beim Brugada-Brugada-Syndrom dar.

• Weiterer Verlauf

Der konstant kreislaufstabile Patient wird in ein Krankenhaus der Maximalversorgung auf die kardiologische Intensivstation gebracht. Der Patient kann noch am Nachmittag des Aufnahmetages komplikationslos extubiert werden. Es bestand erfreulicherweise keinerlei neurologisches Defizit. Bei einer im Verlauf durchgeführten Koronarangiographie konnte

eine relevante koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden. Die bereits anhand der typischen Morphologie im EKG-Initialbefund vermutete Diagnose konnte in einem Ajmalintest bestätigt werden. Bei gesichertem Brugada-Syndrom sowie überlebtem rhythmogenen Kreislaufstillstand bestand die Indikation zur Versorgung mit einem ICD-System.

• Diskussion

Das Brugada-Syndrom wurde 1992 von den Gebrüdern Brugada erstmalig beschrieben [1]. In dieser Arbeit wird eine Serie von Patienten beschrieben, die einen plötzlichen und unerwarteten Kreislaufstillstand erlitten hatten und erfolgreich reanimiert wurden. Als gemeinsames Merkmal aller Patienten fand sich zum einen das Fehlen einer nachweisbaren strukturellen Herzkrankheit, zum anderen eine typische Morphologie im EKG. Das für das Brugada-Syndrom typische EKG (Brugada-Pattern) zeigt eine Rechtsschenkelblockkonfiguration mit einem hohen zelt- oder sattelartigen ST-Abgang in den rechtspräkordialen Ableitungen V1-V3.

Diese EKG-Veränderungen können in wechselnder Ausprägung vorhanden sein und zum Teil auch nur intermittierend auftreten. Sie lassen sich durch die Applikation von Klasse-IA-Antiarhythmika verstärken und demaskieren [2]. Anwendung findet hier zum Beispiel der Ajmalin-Test (Ajmalin i. v. 1 mg/kg, 10 mg/min). Auch akute Infektionen oder Anämien können das Brugada-Pattern verstärken oder demaskieren [3, 4]. Das Brugada-Syndrom wird als eine Ionenkanalerkrankung verstanden, die offensichtlich bei einem Teil der Patienten autosomal-dominant vererbt wird. Vermutet wird eine Veränderung im Bereich eines myokardialen Natriumkanals [5]. Plötzliche Herztodesfälle in der Familienanamnese sind somit von hoher Bedeutung bei der Evaluation von vermuteten Fällen eines Brugada-Syndroms. Eine gesicherte Aussage über die Inzidenz des Brugada-Syndroms ist schwierig. Da die typischen EKG-Veränderungen häufig maskiert sind, entgehen diese demzufolge auch der Diagnosestellung bei elektrokardiographischen Routineuntersuchungen. Während man früher davon ausging, dass es sich um ein insgesamt seltenes Krankheitsbild handelt, zeigen neuere Untersuchungen ein erheblich häufigeres Vorkommen als initial vermutet. Im asiatischen Raum sind Populationen mit bis zu 10 Brugada-Syndrom-assoziierten Todesfällen pro 10000 Einwohner beschrieben [6]. In Patientenkollektiven reanimierter

Patienten wird die Häufigkeit des Brugada-Syndroms mit 3–24 % angegeben [7, 8].

In der Akutsituation gibt es keine spezifische Therapie der Rhythmusstörungen beim Brugada-Syndrom. Das Vorgehen bei Kammerflimmern oder ventrikulärer Tachykardie entspricht dem üblichen Vorgehen bei diesen Rhythmusstörungen [9]. Eine medikamentöse Dauertherapie des Syndroms hat sich als nicht effektiv erwiesen [10]. Als gesichert gilt die Indikation zur Implantation eines ICD-Systems bei Patienten mit überlebtem Herzkreislaufstillstand [2].

Für den Rettungsdienst gilt, dass Patienten mit diagnostischen Hinweisen auf ein Brugada-Syndrom in jedem Fall einer weiteren kardiologischen Abklärung zugeführt werden sollten. Dies gilt insbesondere für Patienten mit stattgehabten Synko-

Dieser Beitrag ist erstmals erschienen in der Zeitschrift Der Notarzt 2006; 22:200–202. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors. Alle Rechte vorbehalten.

pen und Kollapsereignissen, die vom Rettungsdienst notfallmäßig gesehen werden. Diese Patientengruppe muss unter Monitorüberwachung in ein Krankenhaus mit kardiologischer Abteilung und der Möglichkeit zur Rhythmusüberwachung gebracht werden.

Dr. med. Robert Stangl, Dr. med. Christian Pietsch, Dr. med. Peter Rupp

Die Autoren sind am Notfallzentrum Hirslanden Kliniken Bern, Salem-Spital, Klinik Beau-Site und Klinik Permanence, in Bern tätig.



Abb. 2 Brugada-Morphologie (Bild mit freundlicher Genehmigung von Dr. Ralf Schnelle)

Anzeige
Sonoring

111 x 210 mm)

Ärztegesundheit

Wenn der Doktor zum Patient wird

In den letzten Jahren sind die Arbeitsbedingungen von Ärzten zunehmend ins öffentliche Interesse gerückt. Im Vordergrund der Diskussion stand dabei allerdings stets das Wohl der Patienten. Doch das System kann Ärzte regelrecht krank machen. Hierüber wird noch relativ wenig gesprochen.

In den USA erkannte man das Problem bereits in den 1970er Jahren. Zu dieser Zeit wurden bei Ärzten zunehmend Suchtprobleme beobachtet, also suchte man nach den Ursachen. Ein Fachartikel im Journal of the American Medical Association brachte den Stein ins Rollen (JAMA 1973; 223: 684-687). Es wurde klar, dass nur ein gesunder Arzt gute Arbeit leisten kann, und dass die Ärzteschaft auch verantwortlich dafür ist, Kollegen adäquat zu versorgen. Ein eigener Forschungsweig entwickelte sich, der sich mit diesem Problem beschäftigte. In Deutschland gilt Prof. Dr. med. Matthias Gottschaldt als Nestor auf diesem Gebiet. Der Neurologe litt selbst an einem schweren Burn-out-Syndrom, das in eine Alkoholabhängigkeit führte. Als er nach mehreren Therapieversuchen mit der Erkrankung umgehen konnte, ging er anstatt sein Problem zu verbergen damit an die Öffentlichkeit. So wollte er dazu beitragen, Suchterkrankungen zu entstigmatisieren. 1998 kam er bei einem Flugzeugabsturz ums Leben.

● Häufig psychische Erkrankungen
Seit 1984 beschäftigt sich auch Dr. med. Bernhard Mäulen mit dem



Dr. med. B. Mäulen, Villingen-Schwenningen

Thema Ärztegesundheit. Der ehemalige Assistent von Prof. Gottschaldt ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und betreibt neben einer psychotherapeutischen

Praxis ein virtuelles Institut für Ärztegesundheit im Internet. Hier stellt er hilfeschuchenden Kollegen rund um die Uhr entsprechende Informationen zur Verfügung. „Das Thema Arztgesundheit wird zunehmend wichtig“, sagt Mäulen, „man sieht das schon daran, dass die Zahl der Publikationen auf diesem Gebiet stark ansteigt.“ Nach seinen Worten erkennt mittlerweile auch die Bevölkerung allmählich das Problem und seine Brisanz: Immer mehr junge Ärzte wandern wegen der schlechten Arbeitsbedingungen in Deutschland ins Ausland ab, so dass früher oder später hier eine Unterversorgung droht. „Genauso wie um die Gesundheit des Patienten, muss man sich auch um die Gesundheit der Ärzte kümmern“, fordert Mäulen. In seiner Praxis sind rund 40 % der Patienten ärztliche Kollegen. „Bei Ärzten psych-

len vor allem drei Erkrankungen eine große Rolle: Depressionen bzw. Burn-out, Suchterkrankungen und psychische Beeinträchtigungen durch Paarkonflikte“, berichtet Mäulen. Gerade bei Depressionen verschleppen betroffene Ärzte meist sehr lange Diagnostik und Therapie: „Bis sie letztlich einen Fachkollegen aufsuchen, vergehen mehrere Jahre“, weiß der Psychotherapeut. Denn die meisten doktern erst einmal selbst an sich herum und probieren verschiedene Psychopharmaka aus. „Das sind aber häufig die falschen und zudem in aller Regel nicht korrekt dosiert“, erklärt Mäulen. Der Psychiater rät daher betroffenen Kollegen, nichts alleine zu machen, sondern möglichst rasch kompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen.

● Ärzte zögern Behandlung lange hinaus

Für die meisten Ärzte ist es jedoch sehr schwer, sich die Erkrankung selbst einzugestehen. Ein beginnendes Burn-out-Syndrom schieben sie zunächst auf die starke Belastung durch den Beruf und arbeiten weiter, auch wenn sie sich immer schlechter fühlen. Bei vielen ist dann der Weg in die Depression vorgezeichnet. Einen Facharzt suchen sie meist erst kurz vor oder aber nach einem Zusammenbruch auf. Mäulen rät daher, auf frühe Anzeichen der Erkrankung zu achten: „Wenn die Arbeit und das Leben über längere Zeit keinen Spaß mehr machen und wenn alles einen Grauschleier bekommt, ist es höchste Zeit, einen Fachkollegen aufzusuchen!“ Korrekt behandelt, ist die Prognose der Erkrankung gut. Moderne Antidepressiva haben zudem ein günstigeres Spektrum an Nebenwirkungen, die auch viele Kollegen fürchten. Unterbleibt die Therapie, kann die Depression bis zum Selbstmord führen. Die Suizidraten von Ärzten liegen etwa 1,5-2-fach und die von Ärztinnen 2-4-fach höher als die der Allgemeinbevölkerung. In über 90 % sind Depressionen oder Suchterkrankungen der Auslöser.

● Ärztegesundheit als Fortbildungsthema

Bei den Abhängigkeiten steht Alkohol an erster Stelle, gefolgt von Tabletten. Beide Suchtmittel zusammen zeichnen für rund zwei Drittel der Fälle verantwortlich. Ärzte greifen bei Medikamenten am häufigsten zu so genannten „Downern“, also Beruhigungsmitteln, zumeist Benzodiazepinen. Betäubungsmitteln spielen mit weniger als 10 % der Substanzen keine so große Rolle, wie häufig angenommen. Gleiches gilt für Auf-

putschmittel wie Weckamine. Auch bei den Suchterkrankungen zögern betroffene Ärzte die Behandlung meist sehr lange hinaus. „Wenn sie im Krankenhaus oder in der Praxis eine Fahne haben und darauf von Kollegen oder Patienten angesprochen werden, können sie sich meist eine ganze Weile herausreden“, weiß Mäulen. Da machen sie beispielsweise eine Feier am Vorabend dafür verantwortlich. Oder geben sogar einen erhöhten Alkoholkonsum zu, den sie mit einer phasenweisen Überlastung begründen. Als Beweis, dass sie nicht abhängig sind, bleiben sie dann für einige Wochen abstinent. Erstaunlicherweise funktioniert dies oft recht lange.

Als Gründe für die Depressions- und Suchtgefährdung von Ärzten sieht Mäulen unter anderem nicht verarbeitete innere Konflikte, etwa im Umgang mit Leid und Tod. Aber auch die Arbeitsbedingungen spielen eine Rolle. „Wir müssen die Arztgesundheit zum Fortbildungsthema machen“, fordert er deshalb. Ärzte müssten lernen, mit Problemen umzugehen und dabei eine gewisse Psychohygiene zu betreiben. In den USA bringt man dies nach seinen Worten schon den Studenten bei, Assistenzärzte werden ganz gezielt in solche Programme eingebunden. „Den unverwüstlichen Hausarzt früherer Zeiten gibt es heutzutage nicht mehr“, sagt Mäulen. „Junge Ärzte erkennen zunehmend, dass sie nicht der Super-Arzt sind, sondern auch Familienvater. Treten da unbewältigte Konflikte auf, wird der Arzt zum Patienten und selbst krank.“

● Arbeitsbedingungen als Krankmacher

Auch der Diplom-Psychologe Dr. biol. hom. Harald B. Jurkat sieht einen wesentlichen krankmachenden Faktor in den Arbeitsbedingungen. Jurkat ist seit 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Giessen und leitet gemeinsam mit Prof. Dr. med. Christian Reimer unter anderem ein Forschungsprojekt zur Lebensqualität und Psychohygiene von Medizinern. „Ein niedriges Einkommen und starre Hierarchien führen zu enormen psychischen Belastungen bei Ärzten“, weiß Jurkat. Körperlich seien sie im Vergleich zur gesunden, gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung kaum beeinträchtigt, psychisch jedoch schwer angeschlagen. Erschreckend sind Zahlen einer Untersuchung, die Jurkat im Jahr 2003 durchgeführt hat. Ärzte im Praktikum arbeiteten zu diesem Zeitpunkt durchschnittlich 57

Stunden pro Woche bei einem Nettoeinkommen von 750 Euro. Psychisch ging es ihnen dabei schlechter als chronisch Kranken, was Jurkat anhand validierter psychologischer Fragebögen ermittelte. „Auch bei den anderen Ärzten ist die Situation nicht viel günstiger“, berichtet der Psychologe. „Die einzige Gruppe, der es psychisch besser geht als der Allgemeinbevölkerung, sind die Chefärzte.“ Aufgrund eigener empirischer Untersuchungen führt Jurkat als positives Gegenbeispiel die USA an. Dort liegt das Nettoeinkommen eines Arztes etwa 7 bis 8-mal höher als hierzulande. Die Assistentenzeit dauert in der Regel nur drei Jahre, und nach abgeschlossener Facharztprüfung gibt es so gut wie keine Hierarchien mehr. Da es in den USA keine Niederlassungssperre gibt, können Ärzte, denen in der Klinik etwas nicht passt, jederzeit den Weg in die eigene Praxis wählen. „Im Vergleich mit Deutschland konnten wir feststellen, dass es den Ärzten in den USA nach abgeschlossener Facharztausbildung psychisch wesentlich besser geht. Es ist ja aus der Organisationspsychologie allgemein bekannt, dass flache Hierarchien generell stressmindernd sind. Bei den Ärzteinkommen ist Deutschland leider in der westlichen Welt so ziemlich Schlusslicht. Die Ergebnisse dürfen einen also nicht allzu sehr wundern“, meint Jurkat.

● Wichtig: Psychohygiene

Der Psychologe sieht daher einen großen Bedarf, die Arbeitsbedingungen von Ärzten zu ändern, um dadurch ihre psychische Gesundheit zu verbessern. „Letztlich spielt dies auch in der Arzt-Patient-Beziehung eine wichtige Rolle. Steht der Arzt unter Stress, merkt der Patient dies. Nur ein gesunder Arzt kann mit dem Patienten ein qualifiziertes Gespräch führen. Und das wiederum beeinflusst die Compliance“, erklärt Jurkat. Lösungsansätze sieht er darin, Hierarchien flacher zu gestalten, Arbeit von bürokratischen Arbeiten durch nichtärztliches Personal zu entlasten, die Einkommen zu steigern und die Arbeitszeiten zu reduzieren. „Ärzte arbeiten pro Woche durchschnittlich 56 Stunden, eine EU-Richtlinie sieht da höchstens 48 Stunden vor. Das wird immer noch nicht ausreichend beachtet“, wundert sich der Psychologe. „Seltsam daran ist vor allem, dass dies in einem Fachgebiet geschieht, das selbst ein großes soziales Anliegen hat.“ Psychisch kranke Ärzte können in den Oberbergklinien, die sich unter anderem auf diese Klientel spezialisiert haben, kompetente Hilfe finden. Die Gründung dieser Einrichtung geht auf Prof. Gottschaldt zurück, der als Neurologe und selbst alkoholabhängiger Arzt ein spezielles Behandlungskonzept für Kollegen entwickelt hat. Mittlerweile gibt es drei Häuser im Schwarzwald, im Weserbergland und in Brandenburg. Viele Ärzte haben bei Gruppentherapien im Rahmen von stationären Behandlungen Schwierigkeiten, sich gegenüber anderen Menschen zu öffnen. Leicht-

ter fällt ihnen dies, wenn sie unter Kollegen sind. „Gerade bei Suchterkrankungen ist die Rückfallquote bei einer berufsspezifischen Therapie recht niedrig“, weiß Jurkat. Bevor es zu spät ist, sollten Ärzte



Dipl.-Psych. Dr. biol. hom. H. B. Jurkat, Giessen

nach Ansicht des Psychologen selbst etwas für ihre psychische Gesundheit tun. „Wichtig ist es, die Belastungen zu erkennen und rechtzeitig gegen-

zusteuern, um sie zu verarbeiten und zu bewältigen.“ Er empfiehlt daher, schon vom ersten Semester an Studenten auf die kommenden Stresssituationen vorzubereiten und ihnen Bewältigungsstrategien an die Hand zu geben. An der Universität Giessen hat Jurkat die Leitung solcher Kurse übernommen, die dort von Beginn an ins Studium integriert sind. „Ein wesentlicher Punkt ist es, für einen psychischen Ausgleich zu sorgen, beispielsweise durch ausreichend Bewegung. Auch soziale Kontakte dürfen keinesfalls dem Beruf geopfert werden, das Privatleben muss stimmen“, sagt Jurkat. Ein gewisses Hindernis sieht der Psychologe hierbei in der Helferrolle des Arztes: „Die meisten Mediziner denken, sie müssen für die Patienten da sein und mit den Problemen alleine fertig werden. Damit stehen sie sich dann selbst im Weg. Es fehlen ihnen geeignete Bewältigungsstrategien, um das erlebte Leid zu verarbeiten. Aber genau die brauchen sie.“ Jurkat rät deshalb, sich diese Fähigkeiten sorgfältig anzutrainieren, etwa bei entsprechenden Kursen oder in Balint-Gruppen. Denn ist der Arzt gesund, profitiert nicht nur er davon, sondern letztendlich auch die Patienten.

Dr. med. Johannes Weiß

Dieser Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 793-794). Alle Rechte vorbehalten.

Links und Adressen
Virtuelles Institut für Ärztegesundheit mit vielen Informationen zum Thema www.aerztegesundheit.de
Psychosomatische Kliniken, die sich unter anderem auf die Behandlung psychisch kranker Ärzte spezialisiert haben www.oberbergkliniken.de
Von Prof. Dr. med. Matthias Gottschaldt gegründete Stiftung für Suchterkrankungen www.deutsche-suchtstiftung.de