

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de

Nr. 12 • Dezember 2007

Inhalt

Der KBV sucht Unterstützung Wer vertritt die Fachärzte?

An Verbänden mangelt es nicht in der Ärzteschaft. Nun soll ein ganz neuer Verband entstehen, der die Interessen der Fachärzte vertritt.

Seite 6

Berlin und Bayern Neue WBO angenommen

Im Saarland gab es ihn bereits wieder: den Facharzt für Innere Medizin. Nun haben auch Berlin und Bayern die neue WBO verabschiedet und den Facharzt für Innere Medizin wieder eingeführt.

Seite 8

Therapie der renalen Anämie Mit welchem Ziel?

Vor etwa 20 Jahren wurde das rekombinante humane Erythropoietin (rhEPO) entwickelt – ein Durchbruch in der Therapie der renalen Anämie. Damit kann die Erkrankung meist komplett korrigiert werden.

Seite 10

DRG-System Was ist 2008 neu?

Wie bereits in den letzten Jahren erfolgten auch für das Jahr 2008 zum Teil umfangreiche Änderungen im DRG-System.

Seite 12

Impressum

Seite 15

Der 1. Deutsche Internistentag in Berlin

Eine Demonstration der Geschlossenheit

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat im vergangenen Jahr schon ihren 113. Kongress abgehalten, der Deutsche Hausärztetag findet bereits seit 30 Jahren statt, aber der Deutsche Internistentag als gemeinsame Veranstaltung von DGIM und Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. hatte vom 25. bis 27. Oktober 2007 in Berlin Premiere. Beide Veranstalter werten die „Demonstration der Geschlossenheit“ als wichtigen Erfolg.

Berlin, betonte die Wichtigkeit des gemeinsamen Auftretens der Internisten. Mit sachlichen Argumenten allein kämen weder DGIM noch BDI voran. Es komme darauf an, die Bevölkerung zu erreichen und über die Bevölkerung Druck auszuüben. „Durch unser gemeinsames Auftreten haben wir an die 30 000 Ärzte hinter uns. Das ist eine Zahl, die man nicht einfach ignorieren kann.“

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Er glaube, dass diese Demonstration der Geschlossenheit von DGIM und BDI die Vielfalt und Stärke der Inneren Medizin sehr gut dokumentiere, fasste BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack am letzten Kongresstag im Berliner Estrel-Hotel zusammen. Der stellvertretende DGIM-Vorsitzende Prof. Dr. med. Wolfgang Hidemann, einer der zwei Tagungspräsidenten in



Dr. Wolfgang Wesiack zeigte sich sehr zufrieden über den Erfolg des 1. Deutschen Internistentags, der von mehr als 800 Teilnehmern besucht wurde.

Bild: J. Aevermann

EBM-Beschlüsse – ein schlechter Kompromiss

BDI besteht auf 5,11 Cent Punktwert

Der BDI begrüßt grundsätzlich die Strategie der KBV bei der Umsetzung des neuen EBM. Ziel der Verhandlung muss eine deutliche Erhöhung des Punktzahlenvolumens, eine an der Versorgung orientierte Definition der Regelleistungsvolumina und ein angemessener bundeseinheitlicher Punktwert sein.

Er bedauert, dass der Vergütungsausgleich erst in 2009 vorgesehen ist und dies durch die unveränderten Bedingungen beim Budget und der Honorarverteilung in 2008 noch nicht realisiert wird.

Die im Erweiterten Bewertungsausschuss gefassten Beschlüsse aber hält der BDI für völlig unzureichend. Die Steigerung der Punktzahlen von nur etwa 10 % bildet den Mehrbedarf nicht ab und lässt befürchten, dass bei der Abstufung über die Regelleis-

tungsvolumina noch weniger Punkte als vorher zur Verfügung stehen werden.

Deshalb besteht der BDI darauf, dass 5,11 Cent in 2009 als bundeseinheitlicher Punktwert eingeführt wird. Ein Orientierungspunkt unter dieser Marke ist nicht hinzunehmen, zumal die Kalkulationsgrundlage des neuen EBM sich erneut an diesem Wert festmacht. Nur so lassen sich die Folgen des schlechten Kompromisses im Erweiterten Bewertungsausschuss abmildern.

Ansonsten übt der BDI unverändert Kritik an einzelnen Punkten des EBM und bedauert erneut, dass seine im Vorfeld eingebrachten Vorschläge nicht berücksichtigt wurden.

Lesen Sie hierzu auch den Artikel „Einigung zum EBM“ auf Seite 4.

Dr. Wolfgang Wesiack Eröffnungsrede zum 1. Deutschen Internistentag

Nachhaltige und verantwortungsbewusste (Gesundheits-)Politik – unter diesem Motto stand die Eröffnungsveranstaltung zum 1. Deutschen Internistentag in Berlin. Der Festvortrag des Karlsruher Philosophen Prof. Dr. Peter Sloterdijk stellte den Patienten als fordernden „Impatienten“ in den Mittelpunkt und nannte als wichtigste Aufgabe des Arztes das „Zusammensein in der Krise“ mit dem Patienten. Zuvor hatten Ärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Prof. Dr. Georg Ertl, den Internistentag offiziell eröffnet. Lesen Sie auf Seite 3 die Eröffnungsrede von Dr. Wesiack.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Arzneimittelverordnungen und Morbidität

Mehrverbrauch von Medikamenten ist zwangsläufig

Seit mehr als 20 Jahren erscheint der Arzneiverordnungsreport (AVR) von Prof. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath aus dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) mit den ewig gleichen Aussagen auf dem Markt: Die Ärzte verordnen zuviel und zu teuer. Für Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und viele andere lieferte der AVR willkommene Argumente für politische Angriffe auf die verordnenden Ärzte. Diesen pauschalen Behauptungen setzt seit kurzem eine neuartige Verordnungsstudie eine differenziertere Betrachtungsweise entgegen: der Arzneimittel-Atlas.

Der jüngst in zweiter Auflage erschienene „Arzneimittel-Atlas 2007“, vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) erstellt und vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) e.V. beauftragt, liefert für 23 Indikationsgruppen transparente und strukturierte Informationen über die Entwicklung der Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) des Jahres 2006.

Er konstatiert, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel im vergangenen Jahr 25,9 Mrd. Euro betragen und so mit +2,0 % (516 Mio. Euro) weit weniger stark gestiegen sind als 2005.

Lesen Sie weiter auf Seite 5

Editorial

Der 1. Deutsche Internistentag in Berlin war ein Erfolg!

Während im Frühjahr beim traditionellen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden die wissenschaftliche Innere Medizin und Fortbildung auf höchstem Niveau weiterhin im Vordergrund stehen werden, soll beim jährlich im Herbst stattfindenden Deutschen Internistentag die Berufspolitik gepaart mit praxisnaher Fortbildung im Zentrum des Interesses stehen. Beide Veranstaltungen ergänzen sich bei der Darstellung der Inneren Medizin nach innen und gegenüber der Öffentlichkeit

und sind und werden auch zukünftig keine Konkurrenzveranstaltung sein. Berlin, das Zentrum der Politik, ist der geeignete Platz für den Internistentag, Wiesbaden für den Jahreskongress der DGIM mit seiner weit über hundertjährigen Tradition und seinem exzellenten Ruf. Mit der gemeinsamen Trägerschaft von Deutscher Gesellschaft für Innere Medizin und Berufsverband Deutscher Internisten für den 1. Deutschen Internistentag hat die Innere Medizin nicht nur ein weiteres deutliches Zeichen für ihre Geschlossenheit gesetzt. Sie belegt darüber

hinaus, dass die Zeichen der Zeit erkannt sind, wonach Wissenschaft und Berufspolitik mehr denn je nicht zu trennen sind, ja das eine ohne das andere nicht mehr erfolgreich zu gestalten ist.

Dieser Erkenntnis und unserer Geschlossenheit ist es auch zuzurechnen, dass auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Münster der Facharzt für Innere Medizin wieder eingeführt wurde, ein Erfolg, der der intensiven Vorarbeit beider Organisationen, DGIM und BDI zu gleichen Teilen, zu verdanken ist.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

So ist auch der erfolgreiche Start des 1. Deutschen Internistentages ein gemeinsamer Erfolg. Dieses „Kind“ ist jetzt geboren, beide „Elternteile“ können stolz sein und werden dafür sorgen, dass dem „Kind“ eine erfolgreiche Zukunft bevorsteht.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident



Jetzt schon vormerken!

Vom 30. Oktober bis
1. November 2008 findet
der

2. DEUTSCHE INTERNISTENTAG

in Berlin statt.



Der 1. Deutsche Internistentag in Berlin (Fortsetzung von Seite 1)

Eine Demonstration der Geschlossenheit

• Über 800 Teilnehmer

Immerhin haben jetzt schon gut 800 Teilnehmer an der ersten Veranstaltung in Berlin partizipiert. Die „große“ Politik hat den Internistentag allerdings ignoriert. Während Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt keinen Hausärztetag auslässt, macht sie sich bei den Internisten rar, ebenso wie die gesamte Gesundheitspolitikerriege der Regierungskoalition, ob schwarz oder rot. Möglicherweise sind die Veranstalter nicht ganz unschuldig daran. Wie Hiddemann einräumte, hat die DGIM bzw. der damalige Kongresspräsident Prof. Dr. Werner Seeger, Hamburg, im Jahre 2006 darauf bestanden, dass nur die Ministerin nach Wiesbaden eingeladen sei, und den an ihre Stelle tretenden Staatssekretär prompt wieder eingeladen. Jetzt kommt weder die eine noch der andere

re. Für 2008 hat die DGIM deshalb eine andere Ministerin eingeladen, die Bildungsministerin Dr. phil. Annette Schavan. Sie hat bereits zugesagt. Wesiack bemerkte, er sei gar nicht so unglücklich darüber, dass es auf dem Internistentag keine politische Präsenz gegeben habe. „Die nicht gehaltenen Reden sind uns eigentlich auch bekannt.“

Er wies darauf hin, dass die Internisten im Gegensatz zu anderen Fachgebieten einen großen Standortvorteil haben: Sie sind hervorragend weitergebildet, auf allen Versorgungsebenen vertreten, und die großen Volkskrankheiten sind alle internistische Krankheiten. Er betonte, dass die Internisten alles tun wollten, um die Ängste der Hausärzte um die Weiterbildungsplätze und ihre Position im Versorgungssystem abzubauen. „Wir reichen dem Hausärzte-

verband die Hand, um gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.“

Den Begriff der „doppelten Facharzt-Schiene“ will der Hamburger Internist nicht als Vorwurf oder Nachteil ansehen. Überall dort, wo es diese doppelte Facharzt-Schiene nicht gibt, stellte er klar, müssen die Patienten riesige Wartelisten in Kauf nehmen. Der große Vorteil der doppelt besetzten Facharzt-Struktur sei es, dass der Patient sehr schnell dorthin gelange, wo er hin müsse. BDI-Vorstandsmitglied Dr. Peter Schmied stieß sich jedoch persönlich an dem Begriff der doppelten Facharzt-Schiene. Man sollte ihn als Unwort des Jahres rasch vergessen, meinte er, und stattdessen von der komplementären Facharzt-Schiene sprechen.

Hiddemann betonte, dass die Innere Medizin die „Mutter“ der Medizin sei. Pläne, vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung die Weiterbildung des Internisten auf 3 Jahre zu verkürzen, wie es in den nun wieder korrigierten Ärztetagsbeschlüssen von Rostock und Köln versucht worden war, nannte er glatten Unsinn. „Wir brauchen für eine breite Versorgung der Bevölkerung einen breit ausgebildeten Internisten, primär im Krankenhaus, aber auch im ambulanten Bereich.“ Ohne Spezialisierung kommt die Innere Medizin nicht aus, bemerkte BDI-Vorstandsmitglied Dr. med. Hans-Friedrich Spies. Nötig sei

eine Aufgabenteilung. Allerdings werde auch der Generalist benötigt, der den typischen multimorbiden Patienten so „verteilt“, dass er immer wieder an der richtigen Stelle behandelt wird.

Auch im stationären Bereich werde es zunehmend Veränderungen geben; die alte Chefarzt-Struktur werde sich nicht mehr länger halten lassen. Der Allgemeininternist werde auch auf den Stationen gebraucht, vor allem in der Aufnahme. Man werde auch Kooperationsformen finden, in denen die Tätigkeit des Allgemeininternisten zu engerer Kooperation zwischen Facharzt und Krankenhaus führen werde. Der Spezialist wird sich nach der Ansicht von Spies mehr und mehr dem Krankenhaus annähern. Für die ambulante Tätigkeit sei die doppelte Facharzt-Schiene notwendig. Der hausärztliche Internist sei eben nicht der Allgemeinarzt. Überhaupt fänden sich in der hausärztlichen Versorgungsebene nicht nur die Allgemeinärzte, sondern daneben die hausärztlichen Internisten, die Kinderärzte, die Gynäkologen und sogar die Augenärzte. Die künftige hausärztliche Versorgung gehe über die Allgemeinmedizin hinaus. „Wir brauchen den Generalisten in der Inneren Medizin in allen Bereichen, nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im ambulanten Bereich, wo er sich vor allem in Kooperationen etablieren wird.“

• Internistentag als Forum für die Zukunft des Gesundheitswesens
In seiner Eröffnungsrede hatte BDI-Präsident Wesiack Kritik an dem poli-



Der Karlsruher Philosoph Prof. Dr. Peter Sloterdijk kennzeichnete in seinem Festvortrag den modernen Patienten als „Impatienten“.

Bild: J. Aevermann

tischen Umfeld geäußert. Von der Rente bis zum Gesundheitswesen ziehe der Staat immer stärker die Steuerung an sich, gleichzeitig ziehe er sich aber aus der Verantwortung zurück und spreche stattdessen von mehr Eigenverantwortung der Patienten. Durch die politische Forderung nach Durchökonomisierung werde das System zerredet und materiell zerstört, mahnte er. Den Internistentag nannte er ein Forum für die bisher nicht ausreichende öffentliche Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens. In einer Diskussionsrunde zum Thema Wettbewerb am ersten Kongresstag beklagte er, dass es keinen fairen Finanzierungsrahmen für die GKV und keine Transparenz über das Leistungsgeschehen gebe. Als Beispiel führte er die verfahrenre Honorar-Situation der Ärzte an. Die einzelnen Schritte der Vergütungsreform sind im GKV-WSG festgelegt worden. Jetzt hat der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Punktzahl-Mehrung für 2008 festgelegt, aber über das Geld dahinter soll erst 2009 entschieden werden. Für Wesiack eine „makabre“ Vorstellung. „Für 2008 bekommen wir mehr Punkte, aber von Punkten hat sich noch keiner etwas kaufen können.“ Was 2009 wirklich für den Punkt gezahlt wird, ist höchst fraglich. Wesiack blieb skeptisch: Man müsse kein Prophet sein



Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann, Vorstandsmitglied des BDI, war einer der beiden Tagungspräsidenten des 1. Deutschen Internistentags.

Bild: J. Aevermann

um festzustellen, dass man wohl dann auf die Idee kommen werde, die Vereinbarung des Erweiterten Bewertungsausschusses wieder zu ändern. Er sprach von Misstrauen, Skepsis an der Basis, Depression „und vielleicht auch Wut“.

Dem stimmte auch der 1. BDI-Vizepräsident Dr. med. Wolf von Römer zu. Die Situation führe zu weiteren Schließungen von Krankenhäusern und Praxen und damit zur Unterversorgung der Bevölkerung. Die Kollegen resignieren, stellte er fest. Wer immer kann, reicht seine Pensionierung ein. Jüngere Kollegen gehen ins Ausland oder in andere Wirtschaftszweige. Nachdem nun die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gefördert wird, zeige sich, dass viele Kollegen



Auch die Fortbildung – in Kursen und Vorträgen – kam beim 1. Deutschen Internistentag nicht zu kurz. Bild: J. Aevermann

in ein MVZ gehen, weil sie dem finanziellen Druck der Existenzgründung nicht gewachsen sind. Vor allem für

Frauen bieten sich durch die MVZ Möglichkeiten, halbtags zu arbeiten, für Fachärzte entstehen neue Chancen

der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.

Tagungspräsident Prof. Jürgen Riesmann stört vor allem, dass die Ökonomen viel zu viel Einfluss im Gesundheitswesen bekommen haben, ohne dass dadurch irgendetwas besser geworden wäre. Von den Ärzten werde verlangt, das umzusetzen, was die Politik beschlossen habe. So finde ein Verantwortungsschiff in einen Bereich statt, für den die Ärzte gar nicht ausgebildet seien.

Wesiack rief dazu auf, die Schuldigen für diese Zustände beim Namen zu nennen, und das seien die Politiker und die Krankenkassen. „Mit Offenheit und Transparenz werden wir die Dinge besser regeln als die Politik.“

KS

Der Internist in Zahlen

Ohne Internisten ist die hausärztliche Versorgung nicht darstellbar, betonte BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack vor der Presse in Berlin: 11 182 Fachärzte für Innere Medizin arbeiten im hausärztlichen Sektor, 7356 im fachärztlichen Bereich. 2402 Fachärzte für Innere Medizin haben keinen Schwerpunkt/Teilgebiet.

In den internistischen Schwerpunkten sieht die Verteilung aktuell so aus:

Kardiologie	1549
Gastroenterologie	739
Endokrinologie	129
Hämatologie u. Onkologie	422
Hämatologie	78
Angiologie	257
Nephrologie	1086
Pneumologie	694
Rheumatologie	308

Dr. Wolfgang Wesiack (Fortsetzung von Seite 1)

Eröffnungsrede zum 1. Deutschen Internistentag

Weltweit durchdringen sich immer rascher wirtschaftliche, politische und kulturelle Lebensbereiche, also das, was heute mit dem Terminus „Globalisierung“ beschrieben wird. Diese Veränderungen machen vielen Menschen Sorgen, sie machen ihnen Angst. Immer mehr Menschen fragen: Kann unser Staat auch weiterhin die Voraussetzungen für Freiheit, Arbeit, Wohlstand und sozialen Ausgleich bieten?

Von der Rente bis zur Gesundheit: Der Staat reißt immer mehr die Steuerung an sich; gleichzeitig zieht er sich mehr und mehr aus seiner materiellen Verantwortung zurück und verweist auf die zunehmende Eigenverantwortung des Individuums. Stellt aber die zunehmende Eigenverantwortung des Individuums, also unserer Patienten eine Entlastung dar oder wird sie als Belastung empfunden? Führt sie tatsächlich zu mehr Freiheit oder nur zu mehr Überforderung?

Gesundheit ist keine Ware, sie ist unser wichtigstes Gut. Ohne Gesundheit ist alles nichts. Patienten sind keine Käufer, keine Kunden, Ärzte keine Kaufleute. Das Vertrauen der Menschen in die Medizin und ihre Ärzte, auch in die Innere Medizin und in den Facharzt für Innere Medizin mit seinem Wissen und Können, seinem Engagement, seiner Zuwendung – der Arzt als kompetente Vertrauensperson des Patienten (Fels in der Brandung) – ist für die große Mehrheit unserer Bevölkerung die Basis und entscheidende Stütze unseres Gesundheitswesens.

Durch die politisch immer lauter werdende Forderung nach einer Durchökonomisierung (z. B. elektronische Gesundheitskarte) unseres Gesundheitswesens wird unser System nicht nur zerredet, es wird inhaltlich und materiell zerstört. Die Politik sieht seit vielen Jahren unser

Gesundheitssystem nur unter Kostengesichtspunkten und betreibt deshalb eine an materiellen Zielen ausgerichtete Kostendämpfungspolitik, die die für den Erfolg unserer Arbeit unentbehrliche Patienten-Arzt-Beziehung weitgehend außer Acht lässt, ja sie sogar zerstört.

Dabei beutet sie geschickt das „Helfersyndrom“ der Ärzteschaft aus. Wir Internisten, wir Ärzte befinden uns in der ethischen Falle. Kostenlose Überstunden in den Kliniken, unzureichende

mende Verstaatlichung der Behandlungsabläufe und zugleich Beginn eines ruinösen Preiswettbewerbes – das Delta zwischen dem politischen Versprechen einer optimalen Medizin und der grauen Wirklichkeit nimmt immer weiter zu.

Das Bewusstsein, geleistete, notwendige Arbeit am Patienten nur unvollständig vergütet zu bekommen und die ständig zunehmende Bürokratisierung führen zu einer Verdrossenheit, einer „inneren



„Patienten sind keine Käufer, keine Kunden, Ärzte keine Kaufleute“, so Dr. Wesiack in seiner Eröffnungsrede, in der er die „Durchökonomisierung des Gesundheitswesens“ geißelte. Bild: J. Aevermann

Finanzausstattung der Krankenhäuser, Abbau der wohnortnahen ambulanten und stationären Krankenversorgung sind nur einige Stichworte. In der ambulanten Versorgung werden ca. 30 % der Leistungen niedergelassener Ärzte nicht mehr bezahlt, die ambulanten Budgets sind ca. 4 Wochen vor Quartalsende erschöpft. Allein in der ambulanten Versorgung besteht inzwischen eine Unterfinanzierung von ca. 8 Mrd. €.

Die Bilanz der Gesundheitspolitik der letzten 20 Jahre ist ernüchternd. Stetige Reduktion der Ressourcen, Verbürokratisierung des ärztlichen Alltags, zuneh-

Emigration“ teilweise sogar zur Auswanderung.

In England verdient der „Primary Care Physician“ seit den Blair'schen Reformen inzwischen das Doppelte bei geregelter Arbeitszeit, allerdings anders als bei uns mit langen Wartelisten für die Patienten. Deutsche Ärzte trifft man immer häufiger auf sog. „Ärztemessen“ in England. Da bewerben sich Kliniken um deutsche Mediziner, die sich die Kliniken mit dem besten Ruf, der besten Bezahlung und manchmal auch der schönsten Lage aussuchen, bei Vergütungen, die oft mehr als doppelt so hoch sind wie bei uns.

„Nachhaltige und verantwortungsbewusste (Gesundheits-)Politik“ ist das Thema der Eröffnungsveranstaltung des 1. Deutschen Internistentags. Dabei geht es uns nicht nur um die durch das so genannte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz fehlende nachhaltige Ausfinanzierung des Gesundheitssystems. Es geht nicht nur um die fehlende ökonomische Nachhaltigkeit bei den Entscheidungen der Politiker, es geht vielmehr um die fehlende öffentliche Diskussion über eine ethische Nachhaltigkeit solcher Entscheidungen, es geht um den Wert der Gesundheit in unserer Gesellschaft, es geht um das Prinzip der Verantwortlichkeit.

Der Internist als der Vertreter des großen Faches Innere Medizin ist der Generalist unter den Medizinern. Wir Internisten sind bereit, in dieser Verantwortung zu stehen. Hierzu fühlen wir uns nach der Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetages in Münster verpflichtet und wollen unseren Teil zu einer gesamtgesellschaftlichen Diskussion beitragen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin als wissenschaftliche und der Berufsverband Deutscher Internisten als berufspolitische Vertretung der deutschen Internisten haben sich deshalb zusammen getan, um diesen 1. Deutschen Internistentag gemeinsam zu gestalten.

Was wollen wir mit dem 1. Deutschen Internistentag erreichen? Nicht nur eine weitere Tagung, einen weiteren Ärztekongress abhalten. Wir wollen auch nicht Ziele einer einzigen Arztgruppe in den Mittelpunkt stellen. Mit dem Deutschen Internistentag wollen wir eine Bühne, ein Forum für die bisher nicht ausreichende öffentliche Diskussion über die Zukunft unseres Gesundheitswesens bieten.

- Sind die so genannten Effizienzreserven im System noch vorhanden und wenn, wo?
- Spargesetze ereilen uns seit Anfang der siebziger Jahre, doch zu welchem Preis?

- Ist mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern der richtige Weg?
- Ist das, was uns die Politik in ihren Gesetzen als „Wettbewerbsförderung“ verkaufen will, tatsächlich Wettbewerb?
- Ist Wettbewerb in einem staatsdirigierten System überhaupt möglich?
- Sind niedrigere Vergütungspreise und gleichzeitige Erhöhung der Qualität angesichts einer dramatischen Entwicklung bei der Demographie und einer Explosion des medizinischen Fortschritts überhaupt möglich?

Wohlgermerkt, es geht nicht um die Automobilindustrie, es geht um Menschen es geht um unser wichtigstes Gut, unsere Gesundheit.

Neben hochaktuellen Themen wie die Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf die Innere Medizin in Klinik und Praxis, die Rationierung im Gesundheitswesen oder die deutsche Krankenhauslandschaft im Umbruch, um nur einige wenige zu nennen, ist es aber auch Sinn und Zweck dieses 1. Deutschen Internistentages, aktuelle Fortbildung unseren Ärztinnen und Ärzten praxisnah zu vermitteln. So hoffen wir auf einen guten Start und breite Akzeptanz dieser Veranstaltung.

Die Ärzteschaft selbst, die qualifizierte Versorgung durch Fachärzte ist eine der letzten vertrauensbildenden Bastionen dieses Landes. Kompetente Hilfe, Vertrauen und Sicherheit sind die Aspekte, die der Bürger in Gesundheit und Krankheit zu Recht erwarten kann. Auch wenn Frau Schmidt versucht, unsere Gesundheitskultur nachhaltig zu verändern, wir Ärzte werden unseren Kampf gegen Bürokratie und Verstaatlichung ebenso unbeirrt fortsetzen, wie seit jeher auch unseren Kampf gegen Krankheit und Not.

Der Bürger soll wissen, dass er sich auf seinen Internisten verlassen kann, als hausärztlicher Internist, als allgemein-fachärztlicher Internist, als Teilgebiets-spezialist in Praxis und Klinik überall in Deutschland.

Dr. Wolfgang Wesiack

Der Gastkommentar

Höhere Ärztehonorare sind berechtigt

Die organisierte Ärzteschaft hat in den vergangenen Jahren immer wieder darauf hingewiesen, dass die vertragsärztliche Versorgung deutlich unterfinanziert sei. Die genannten Fehlbeträge gingen bis in den zweistelligen Milliardenbereich. Vor allem wegen dieser Unterfinanzierung würden sich immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in der Patientenversorgung entscheiden. Dem haben die Krankenkassen vehement widersprochen. Die Behauptung von der Unterfinanzierung sei eine „Mär“ – schließlich würde ein Versicherter im Durchschnitt 26.250 Euro im Jahr verdienen, ein niedergelassener Arzt jedoch 82.000 Euro plus PKV-Honorar und IGEL-Einnahmen. Diese Frontstellung hat sich bei den Beratungen zum neuen EBM im Bewertungsausschuss erneut bestätigt. Der letztlich gefällte Beschluss kam nur mit der Stimme des unparteiischen Vorsitzenden zustande. Ärzteschaft und Kassen hatten sich auf keinen Kompromiss verständigen können.

Sicher, die von den Kassen ins Feld geführten Zahlen lassen sich nicht einfach wegwischen. Die Ärzteschaft steht insgesamt nicht vor dem sozialen Abgrund. Allerdings verkennen die Kassen in ihrer Argumentation zweierlei: Durchschnittszahlen sagen nichts über die Einkommenslage des Einzelnen aus. Die Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Fachgruppen, aber vor allem auch in strukturschwachen Regionen liegen deutlich niedriger als Durchschnittszahlen suggerieren. Vor allem aber ist der Vergleich mit den Durchschnittsverdiensten gesetzlicher Krankenversicherter fragwürdig. Ganz davon abgesehen, dass bei dieser Berechnung die höheren Einkommen von Privatversicherten nicht berücksichtigt werden, sind Ärztinnen und Ärzte hochqualifiziert und gehen einer besonders verantwortungsvollen Tätigkeit nach. Will man hier Vergleiche anstellen, sollten diese mit Berufsgruppen erfolgen, die vergleichbare Qualifikationen aufweisen und unter ähnlichen Belastungen stehen. So viel Fairness würden auch Rechtsanwälte, Piloten

oder Berufspolitikerinnen verlangen. Geht man aber so vor, dann stellen sich die Relationen schon sehr viel anders dar.

Kurzum: Ein Anstieg der Ärztehonorare ist gerechtfertigt. Die konkrete Höhe wird im nächsten Jahr ausgehandelt werden müssen. Das wird dann zwischen den Selbstverwaltungspartnern geschehen. Doch indirekt ist auch die Bundesregierung beteiligt. Bis zum 1.11.2008 muss die erstmalige Festsetzung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes durch das Bundesgesundheitsministerium für das Jahr 2009 erfolgen. Und bei dieser Festlegung muss selbstverständlich auch die Honorarentwicklung berücksichtigt werden. Der zuständige Abteilungsleiter des Ministeriums hat erst kürzlich auf einer KBV-Veranstaltung eine zehnjährige Steigerung der Ärztehonorare – das wären rund 2,5 Milliarden Euro – als akzeptabel bezeichnet. Die werden aber ohne Beitragssatzsteigerungen nicht zu heben sein. Darüber hinaus hat Ulla



Biggi Bender ist Mitglied des Bundestags und gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Schmidt mehrfach erklärt, den Beitrag für das Jahr 2009 so hoch festsetzen zu wollen, dass im Wahljahr möglichst wenige Krankenkassen den neuen Zusatzbeitrag verlangen müssen. Die üblichen Ausgabensteigerungen in der GKV müssten also vollständig über den allgemeinen Beitragssatz aufgefangen werden. Damit dürfte es bei den 0,25 Prozentpunkten, die für die höheren Ärztehonorare notwendig wären, nicht bleiben. Und für diese Beitragssatzsteigerungen wäre erstmalig die Bundesregierung voll verantwortlich. Da wird von Ulla Schmidt einiges Standvermögen abverlangt werden, wenn sie ihre Versprechungen gegenüber der Ärzteschaft halten will.

Vor allem aber macht die Diskussion noch einmal deutlich, wie dringend unser Krankenversicherungssystem auf eine Finanzreform angewiesen ist. Die einseitige Anbindung der Bei-

tragseinnahmen der Krankenkassen an die Erwerbseinkommen der Versicherten koppelt das Gesundheitswesen zunehmend von der gesamtgesellschaftlichen Wachstumsentwicklung ab. Einkommen aus abhängiger Beschäftigung machen einen immer geringer werden Teil der gesamten Einkommen aus. Eine breitere Finanzierungsbasis ist dringend erforderlich, wenn das Gesundheitswesen und die darin Tätigen mit der übrigen Gesellschaft Schritt halten sollen. An dieser Aufgabe ist die Große Koalition gescheitert. Ein neuer Anlauf wird notwendig sein. Die derzeit günstige Konjunkturschafft eine kurze Atempause – mehr nicht.

Biggi Bender, MdB

Einigung zum EBM

... von bis zu 10 % Steigerung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich mit den Krankenkassen auf den neuen EBM geeinigt. Sie ist stolz, weil sie die Zeitvorgabe des 1. Januar 2008 eingehalten hat und damit den Forderungen der Politik Rechnung tragen konnte. Die Selbstverwaltung hat wieder funktioniert.

Zur Erinnerung: wir hatten in der letzten Ausgabe von BDI aktuell dargestellt, dass das KBV-Konzept drei wichtige Schritte bei der Neuordnung der ärztlichen Vergütung vorsieht. Der erste Schritt ist jetzt getan. Es

geht um die Punktzahlsteigerung im Vergleich zum EBM 2000 plus. Hier sollte ein möglichst hoher Punktzahlzuwachs vereinbart werden, als zweiter Schritt ist ein möglichst hoher bundeseinheitlicher Punktwert not-

wendig. Die Entscheidung fällt aber bei der Definition der Abstufungsgrenzen der Regelleistungsvolumina. Voraussetzung für eine angemessene ärztliche Vergütung ist aber eine ausreichend hohe Punktzahlsteigerung. Unter dem Eindruck, dass bereits jetzt 30 Prozent der Leistungen im GKV-System bei den Vertragsärzten nicht vergütet werden, hat die KBV eine Forderung von 36 Prozent Steigerung des Punktzahlvolumens eingebracht. Die Veröffentlichungen über das Ergebnis der Verhandlungen sind ernüchternd. Sie sprechen von einer Steigerung bis zu 10 Prozent, was bedeutet, dass man wahrscheinlich nicht einmal ein Viertel der eigenen Forderungen hat durchsetzen können. Der erste Schritt zu einer angemessenen Vergütung der Vertragsärzte ist bereits zu kurz ausgefallen. Das Verhandlungskonzept droht schon jetzt zu scheitern.

Der Kalkulierte Arztlohn

Besonders delikat ist die Diskussion über den kalkulierten Arztlohn. Hier lohnt es sich wieder, über die Systematik des EBM als Bewertungsmaßstab und unsere Punktzahlwährung nachzudenken. Besonders stolz wird darauf hingewiesen, dass man die Krankenkassen dazu gebracht hat, den kalkulierten Arztlohn von 95 000 € auf 105 000 € anzuheben. Jetzt sollte der Vertragsarzt aber bitte nicht glauben, dass ihm bei den einzelnen Leistungen auch tatsächlich ein Gegenwert des Arztlohnes von 105 000 € zufällt. Denn wir haben es ja weiter mit unserer Punktwertwährung zu tun. Die Krankenkassen gehen nach ihrer Pressemitteilung davon aus, dass man etwa 0,37 € Punktwert zur Verfügung stellen kann. Dies heißt im Klartext, dass bei der Kalkulation real nicht 105 000 €, sondern 76 020 € eingerechnet werden. Damit fängt die Rechnung aber erst an. Der Kostenanteil in der jeweiligen Position des EBM wird auch mit einem Punktwert von 0,37 € vergütet werden, obwohl die kalkulatorische Größe mit 5,11 Cent zugrunde gelegt wurde und sich weder Personal noch Sachkosten mit Punkten, sondern nur

mit € und Cent bezahlen lassen. Die Defizite, die durch die Abwertung auf 3,7 Cent entstehen, müssen durch den kalkulatorischen Arztlohn ausgeglichen werden. Wie gesagt, es handelt sich nicht um 105 000 €, sondern um 76 000 €, die dafür zur Verfügung stehen. Erbringt eine Praxis ihre GKV-Leistungen mit einem Schnitt von 60 Prozent EBM Kostenanteil, so entsteht ein Defizit von 43 470 €, das über den Arztlohn ausgeglichen wird, von dem dann nur noch 32 150 € übrig sind. Bei einem Prozentsatz von etwa 72 Prozent ist der gesamte Arztlohn aufgebraucht, er wird benötigt, um die Kosten quer zu subventionieren. Diese Berechnung trifft im Übrigen auch schon auf den derzeit gültigen EBM zu, sodass immer verständlicher wird, warum Praxen mit einem hohen Kostenanteil immer mehr in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Trotz aller Ernüchterung lohnt es sich immer wieder, die Kalkulationsbasis des EBM und die tatsächliche Vergütung bezogen auf den Arztlohn in Relation zu setzen. Man sollte diese Berechnung zum Anlass nehmen, die Forderung nach einer Vergütung von 5,11 Cent pro Punkt zu erneuern.

HFS

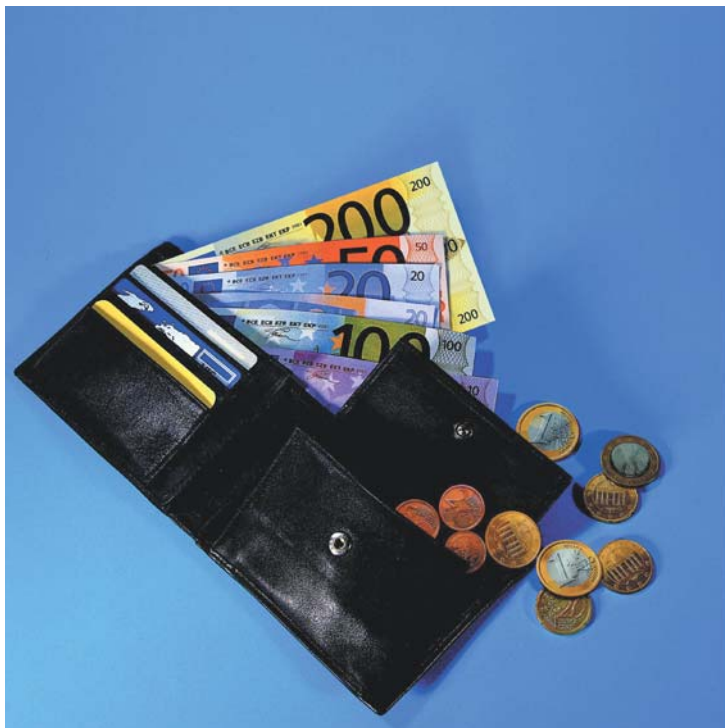


Bild: J. Photodisc

Mehr Geld im Portemonnaie der Ärzte? Der BDI besteht darauf, dass 2009 5,11 Cent als bundeseinheitlicher Punktwert eingeführt wird.

Arzneimittelverordnungen und Morbidität (Fortsetzung von Seite 1)

Mehrverbrauch von Medikamenten ist zwangsläufig

Die moderaten Umsatzsteigerungen müssen vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass eine älter werdende Gesellschaft zwangsläufig einen Mehrverbrauch von Medikamenten nach sich zieht, so IGES-Direktor Prof. Bernhard Häussler bei der Präsentation des Atlas in Berlin. Sparpotenziale seien bereits weitgehend ausgeschöpft: Der beobachtete Mehrverbrauch bei Volkskrankheiten schließe bestehende Versorgungslücken und führe zu einer verbesserten Gesundheit. Oder die Mehrausgaben sind, wie im Bereich Prävention (Impfen), gesundheitspolitisch erwünscht.

● Gravierende Fehler des AVR

Der Wissenschaftler weist auf zwei besonders gravierende Fehler des WIdO-AVR hin: Verschiebungen zu größeren Arzneimittelpackungen werden nicht als Einsparungen, sondern als Mehrumsatz missgedeutet. Er zeigte ein Beispiel: Verordnet ein Arzt statt zwei N2-Packungen mit jeweils 50 Tabletten zu je 50 Euro nur noch eine große Packung N3 mit 100 Tabletten, kostet die Verordnung nur noch 90 Euro, die gleiche Menge Tabletten also 10 Euro weniger. Der AVR sieht das jedoch als einen Wechsel zu einer teureren Verpackung an.

Ein anderer Fehler: Im AVR werden alle Arzneimittel für untereinander austauschbar gehalten, was das Volumen der Strukturkomponente drastisch aufbläht. Damit wird z. B. unterstellt, dass ein Rückgang der Verordnungen von Venensalben und eine Zunahme der Verordnungen von Interferonen als „Austausch“ zu betrachten sei. Gerade Ulla Schmidt macht sich das dies gerne zunutze, wenn sie Jahr für Jahr beklagt, dass die Ärzte „ohne medizinische Notwendigkeit immer häufiger neue, teurere Medikamente anstelle bewährter, sicherer Präparate“ verordnen.

● Differenzierte Betrachtung

Alle Analysen des Arzneimittel-Atlas basieren auf dem Konzept der Tagesdosen. Für das Jahr 2006 werden im

Vergleich zu 2005 die Änderungen von Verbrauch, Preis und strukturellen Verschiebungen betrachtet, wobei erstmals auch die monatlichen Umsatzveränderungen betrachtet werden. Neu ist auch eine Übersicht der wesentlichen Einflussfaktoren auf den Arzneimittelumsatz. Schließlich wird der Arzneimittelverbrauch in Beziehung zur Prävalenz der jeweiligen Indikation gesetzt. Abgerundet wird der Arzneimittel-Atlas 2007 durch die Betrachtung der Arzneimittelausgaben auf regionaler KV-Ebene.

Das wirkliche Ergebnis des Jahres 2006 weicht sehr stark ab von der Prognose, die die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Anpassung der Einflussfaktoren auf das Ausgabenvolumen für das Jahr 2006 ausgegeben haben. Kritik wird von den Autoren des Atlas vor allem daran geübt, dass das Sozialgesetzbuch V morbiditätsbezogene Einflussfaktoren bisher nur mangelhaft berücksichtigt und die realen Umsatzsteigerungen somit nur unzureichend erklärt werden können. Mit Ausnahme des Faktors „Zahl und Alter der Versicherten“ hat der Gesetzgeber keine nachfragebezogenen Anpassungsfaktoren formuliert. Häussler betont dagegen, dass eine morbiditätsbezogene Anpassung im SGB V geradezu zwingend sei, weil verbrauchsbezogene Umsatzsteigerungen derzeit die wichtigste Komponente von Umsatzsteigerungen überhaupt seien. Er bilanziert: „Der Arzneimittel-Atlas basiert darauf, dass Veränderungen bei den Arzneimittelausgaben der GKV indikationsweise betrachtet werden. Dabei hat sich gezeigt, dass ca. 70 % der Steigerungen auf weit verbreitete chronisch-somatische Erkrankungen wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Rheuma und Diabetes zurückzuführen sind. Damit treten die Folgen einer alternden Gesellschaft mit ihren typischen Erkrankungen zunehmend deutlicher zu Tage.“

● Umsatzsteigerungen beruhen auf gestiegenem Verbrauch

Für einen detaillierten Vergleich der Arzneimittelumsätze wurden die Versorgungssegmente Grund-, Spezial-, Supportiv- und HIV-Versorgung getrennt voneinander betrachtet. Die Umsatzsteigerungen der Apotheken in Höhe von 563 Mio. Euro resultierten aus Arzneimitteln zur Spezialversorgung (+623 Mio. Euro), zur Supportiv-Versorgung (+41 Mio. Euro) und zur Versorgung von HIV-Infizierten (+52 Mio. Euro). In der Supportiv-Versorgung werden Schwerkranken mit solchen Arzneimitteln versorgt, die ihr Verbleiben im ambulanten Versorgungssektor ermöglichen (z. B. Infusionen und starke Schmerzmittel).

Die Umsatzsteigerungen wurden teilweise kompensiert von Umsatzrückgängen bei der Grundversorgung (-153 Mio. Euro). Die Umsatzzuwächse in der Spezialversorgung entstanden im Rahmen der Behandlung schwerer und lebensbedrohlicher Erkrankungen, darunter die rheumatoide Arthritis (+112 Mio. Euro), Krebserkrankungen (+107 Mio.) und Multiple Sklerose (+77 Mio.).

Die Umsatzsteigerungen beruhen überwiegend auf gestiegenem Verbrauch an Arzneimitteln. Strukturelle Verschiebungen zu Gunsten innovativer Arzneimittel ließen die Umsätze um etwa 504 Mio. steigen. Hier handelte es sich vor allem um Innovationen zur Behandlung von schwererwiegenden Erkrankungen wie Krebs, neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen, rheumatoide Arthritis etc. Verbrauchssteigerungen und Innovationen hätten die Umsatzsteigerungen noch wesentlich stärker erhöht, wenn sie nicht durch „technische Einsparungen“ (Wahl preisgünstiger Arzneimittel, -595 Mio. Euro) und Preisreduktionen mehr als im Vorjahr reduziert worden wären. Die „technischen Einsparungen“ wurden vor allem erzielt durch die Verordnung größerer Packungen (-94 Mio.) und Wirkstärken (-95 Mio.), Parallelimporte (-50 Mio.) und vor allem durch den Wechsel auf Arzneimittel, deren Patentschutz im Jahr 2006 endete (-321 Mio.). Die im Jahr 2006 besonders starke Senkung der Festbeträge sowie die Befreiung besonders preisgünstiger Arzneimittel von der Zuzahlung brachten Preissenkungen im Wert von insgesamt -555 Mio. Euro.

Kommentar

Regelhaft weist die Politik Behauptungen zurück, dass in unserem Gesundheitswesen insbesondere im Arzneimittelbereich rationiert wird. Ärzte und Betroffene werden aufgefordert, diese Behauptung zu belegen. Dabei wird immer wieder angeführt, dass es leider in Deutschland keine Daten gibt, nach denen bei bestimmten Indikationen der Bedarf an Arzneimitteln abgeschätzt werden kann. Damit lässt man alle Befürchtungen bezüglich einer Rationierung ins Leere laufen. Der hier vorgestellte Arzneimittelatlas ist nicht nur eine Chance für eine bessere Bewertung von Arzneimittelbudgets in der Zukunft, er hilft uns auch, die Vergangenheit in dieser Frage zu bewältigen. Es wird in dem Arzneimittelatlas nämlich berichtet, dass seit den 90er Jahren

das Bundesgesundheitsministerium aufgrund von validen Umfragen den tatsächlichen Bedarf an Arzneimitteln bei bestimmten Indikationen gekannt hat. Dies gilt vor allem für die Antihypertensiva und für die Lipidsenker. Dabei wird sichtbar, dass hier seit Jahren ein erheblicher Nachholbedarf an Therapie besteht. Trifft diese Tatsache zu, so hat das Bundesgesundheitsministerium hingenommen, dass aus rein ökonomischen Gründen die Patienten nicht ausreichend versorgt worden sind. Sie hätte auch diesen Umstand durchaus seit Jahren hinweisen können. Mit zu niedrig bemessenen Arzneimittelbudgets hat man aus rein ökonomischen Gründen den Vertragsarzt mit seinem Patienten alleingelassen. Rationierung pur!

HFS

● Warum manche KVen „billiger“ sind

Neu im vorliegenden Arzneimittel-Atlas 2007 ist das Thema der regionalen Besonderheiten bei der Arzneimittelversorgung. Auf der Ebene einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen wurden für das Jahr 2006 Pro-Kopf-Umsätze festgestellt, die zwischen 347 (Bayern) und 446 Euro (Berlin) und damit um annähernd 100 Euro pro GKV-Versicherten variierten. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass sich die Unterschiede im Wesentlichen aus der Grundversorgung ergaben. Bei der Grundversorgung spielen die Faktoren „Morbidität“ und „Altersstruktur“ eine entscheidende Rolle, wobei der Anteil der fettstichtigen Einwohner als Maß für die Morbidität verwendet wurde. In den neuen Bundesländern ist der Anteil adipöser Menschen besonders hoch. Bei der Spezialversorgung spielen ebenfalls der Anteil Fettstichtiger sowie die Dichte von Fachärzten in einer KV eine wichtige Rolle.

Die Analysen im Arzneimittel-Atlas zeigen, dass der überwiegende Teil der Abweichungen durch krankheitsbestimmende Faktoren (z.B. Fettleibigkeit), demographische Faktoren (z.B. Anteil von Personen über 65) und das Ärzteangebot (Anteil der Fachärzte) erklärt werden kann. Das individuelle Verschreibungsverhalten der Ärzte ist dagegen von geringerer Bedeutung.

Diese Variablen erklären erhebliche Teile von Grund- und Spezialversorgung, sodass die nicht erklärten Unterschiede zwischen den KV-Regionen mit +14 Euro (KV Thüringen) und -21 Euro (KV Nordrhein) eher marginal sind. Die höheren Werte von Berlin (+25 Euro) und Hamburg (+19 Euro) müssen im Zusammenhang mit den besonders geringen Werten von Brandenburg (-20 Euro) und Schleswig-Holstein (-16 Euro) gesehen werden, was mit der Zentrumsfunktion der beiden Großstädte zusammenhängt.

KS



B. Häussler, A. Höer, E. Hempel, Ph. Storz
Arzneimittel-Atlas 2007
 Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV
 Urban & Vogel GmbH, München 2007
 320 Seiten, 29,95 Euro.

Die KBV sucht Unterstützung

Wer vertritt die Interessen der Fachärzte?

An Verbänden mangelt es nicht in der Ärzteschaft. Nun soll ein ganz neuer Verband entstehen, der die Interessen der Fachärzte ähnlich kämpferisch vertritt wie der Deutsche Hausärzterverband die der Hausärzte. Das ist jedenfalls der Wunsch des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler.

Es gibt kein Gegenstück zu dem homogenen Hausärzterverband, weil die Interessenlage der Fachärzte so heterogen ist. Die sich als eigentliche Facharztvertretung gerierende Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) hat den Nachteil, dass ihr keine Fachärzte als zahlende Einzelmitglieder angehören, sondern dass sie lediglich als eine Art Dachorganisation der zahlreichen Berufsverbände der Fachärzte fungiert. Das schmälert ihre Durchschlagskraft auf politischer Ebene. Dann gibt es noch den Deutschen Facharztverband (DFV), der aber laut Insider-Angaben nicht mehr als 600 Mitglieder hat und unter seinem Vorsitzenden, dem Münchner Augenarzt Dr. Thomas Scharmann, saft- und kraftlos vor sich hindümpelt.

Für die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen aber sind die Fachärzte unverzichtbar, denn ohne sie verlor sie ihre Existenzberechtigung. Die Hausärzte praktizieren mehrheitlich den Ausstieg aus der KV bzw.

arbeiten auf eine eigenständige Hausarzt-KV hin. Der Gesetzgeber hat ihnen dazu die Tür geöffnet, als er den KVen im GKV-WSG einen Teil ihrer Aufgaben entzog.

● Gegengewicht zu den Hausärzten

Jetzt soll nach dem Wunsch Köhlers – aber wohl auch etlicher fachärztlicher Berufsverbände – ein Gegengewicht auf fachärztlicher Seite entstehen. Eine Runde von Vorsitzenden und Präsidenten fachärztlicher Berufsverbände hat Ende September auf Einladung der KBV diskutiert, wie ein solcher Verband aussehen und was er für die Fachärzte bewegen könnte. Es wurde ein Trio als Strukturkommission gekürt, das sich darüber nun konkrete Gedanken machen soll. Seine Mitglieder sind Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverbands Deutscher Internisten e.V., als mitgliederstärkste Gruppierung, Dr. Siegfried Götte, Vorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen, sowie der Gynäkolo-

ge Dr. Peter Potthoff als Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für die fachärztliche Versorgung bei der KBV. Sie haben keine leichte Aufgabe. Erst einmal müssten sich wohl die GFB als auch der DFV auflösen, des weiteren müssten sie die niedergelassenen Fachärzte dazu gewinnen, möglichst geschlossen dem neuen Facharztverband beizutreten, damit er auch wirklich die Interessen der Fachärzte gegenüber der Politik, aber auch in den KVen und der KBV vertreten kann. Das erfordert auch eine großzügige finanzielle Ausstattung. 100 € als Jahresmitgliedsbeitrag hat der Pneumologe Dr. Andreas Hellmann ins Gespräch gebracht. Wenn der neue Verband zu einer Verbesserung der Honorarsituation der Fachärzte beitragen könnte, wäre das Geld gut angelegt. Das aber ist vorerst eine sehr offene Frage. Die Notwendigkeit einer starken fachärztlichen Berufsvertretung bejaht auch der amtierende GFB-Präsident Dr. Andreas Rüggeberg. Dass daraus



Bild: Georg Thieme Verlag KG

Die Hausärzte sind im Deutschen Hausärzterverband organisiert – auf Seiten der Fachärzte fehlt eine ähnliche Interessenvertretung.

bisher kaum etwas geworden ist, liegt seiner Ansicht nach an den starken Partikularinteressen der Fachärz-

te. Hier sind in der Tat die Hausärzte im Vorteil.

KS

BDI fordert Krankenhausträger auf: Tarifvertrag für alle Oberärzte umsetzen

Der Vorstand des BDI fordert die Krankenhausträger auf, die neuen Vergütungen, die im Tarifvertrag mit dem Marburger Bund ausgehandelt wurden, für alle Oberärzte umzusetzen, die unter dieser Funktionsbezeichnung in den Krankenhäusern tätig sind.

Es geht nicht an, dass bei diesen Leistungsträgern im Krankenhaus der Oberarzttarif zum Teil nicht angewandt wird. Es wird eine eindeutige Festlegung im Tarifvertrag gefordert.

BDI e.V.

46. Bayerischer Internistenkongress

KBV-Chef glaubt an 10% mehr Honorar

In der berufspolitischen Diskussion auf dem 46. Bayerischen Internistentag Ende November in München versicherte KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Köhler, dass 10 % mehr Punkte im Jahr 2008 auch 10 % mehr Honorar im Jahr 2009 ergeben würden. Die zuhörenden Internisten nahmen die Botschaft mit großer Skepsis auf.

Am 1. Januar 2009 werden aus 10 % mehr Punkten 10 % mehr Euro, beteuerte der KBV-Chef. „Das möchten wir schriftlich haben“, tönte es aus dem Auditorium zurück. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack formulierte es deutlich: „Das Geld wollen wir erst einmal sehen, bevor wir glauben, dass es da ist.“ Das Honorarplus sei fest zugesagt, gab Köhler zurück. Wesiack ließ sich nicht so leicht überzeugen. Was beim einzelnen Arzt ankomme, hänge wesentlich vom noch auszuhandelnden Orientierungspunktwert und dem Zuschnitt der Regelleistungsvolumina ab.

Als „hochkritisch“ am neuen EBM 2008 bezeichnete Köhler die gesetzlich verankerte Pauschale. Bei den Hausärzten verschwinden 82 % aller Leistungen in einer Pauschale, und wenn am 1. Juli 2008 noch die Qualitätszuschläge dazu kommen, sind 91 % aller Leistungen der Hausärzte in einer Pauschale enthalten. Er bekannte, dass er persönlich Gegner einer

Pauschale sei, aber hier hätten sich die Hausärzte mit ihrem Wunsch nach einer Pauschale durchgesetzt, weil sie geglaubt hätten, 85 Euro pro Fall zu bekommen. Der Wunsch wurde ihnen nicht erfüllt, wohl aber die Pauschale.

Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte bekommen künftig alle die gleiche Pauschale. Für Köhler bedeutet das, dass der geringer qualifizierte und weniger gut ausgerüstete Arzt damit besser bezahlt wird als der höher qualifizierte und technisch optimal ausgestattete Vertragsarzt. Der 1. BDI-Vizepräsident Dr. Wolf von Römer, Ausrichter des Bayerischen Internistenkongresses, sieht die Gefahr durch die Pauschalierung, dass derjenige, der dann noch etwas macht, bestraft wird, während der Nichtstuer belohnt wird.

Das hat auch eine Steuerungswirkung, bestätigte Köhler. Die Qualitätszuschläge werden nicht für

besondere Qualität gezahlt, machte der KBV-Vorsitzende klar, sondern für das Vorhalten von Geräten bzw. Räumlichkeiten. Der Zuschlag wird immer gezahlt, unabhängig davon, ob im betreffenden Fall die Leistung überhaupt erbracht worden ist. Im Jahr 2011 sollen auch für den fachärztlichen Bereich diagnosebezogene Fallpauschalen gebildet werden. Dann wird auch hier völlig intransparent, welche Leistungen erbracht wurden. Konsequenzen hat das vor allem, wenn weitere Leistungen aus dem stationären Sektor in den ambulanten Sektor wandern. Unter einer Pauschale ist nicht darstellbar, welche und wie viel Leistungen das sind. Deshalb wird es auch schwer fallen, das dafür nötige Geld zu beziffern, das den Leistungen folgen muss.

Aus diesem Grund ist es für Köhler enorm wichtig, auch unter der Pauschale das Leistungsgeschehen transparent zu machen. Dafür ist eine

exakte Dokumentation notwendig. Das soll das elektronische Abrechnungstool leisten, das die KBV noch in diesem Jahr allen Praxen zum Einbau in das jeweilige Praxiscomputer-System zur Verfügung stellen will.

● **Bayerische Ärzte benachteiligt**
Die Vertragsärzte in Bayern haben ein besonderes Problem, räumte der KBV-Vorsitzende ein: Wenn für die Lösung eines Patientenproblems überall im Bundesgebiet das Gleiche bezahlt wird – was er durchaus für richtig halte – dann werden aus Bayern Finanzmittel in der Höhe von 360 Millionen Euro aus der Vergütung der bayerischen Vertragsärzte abfließen. Das werde aber aufgefangen dadurch, dass die Ärzte 2009 ein Honorarplus von 10 % bekämen. Dann werde nämlich kein Honorar abfließen, sondern die Bayern bekämen von dem zusätzlichen Kuchen lediglich ein kleineres Stück als etwa ihre Kollegen in Brandenburg. Nun gilt aber die durch den Bundesrat ins Gesetz geschriebene Bayern-Regel: Sie besagt, dass die regionalen Kassen maximal 100 Millionen Euro in den Gesundheitsfonds einzahlen müssen. Das hätte zur Folge, dass etwa die AOK Bayern von den einbehaltenen 360 Millionen Euro Vergütung nur 100 Millionen an den Fonds abführt und die restlichen 260 Millionen für sich behält, die sie zur Entschuldung nutzen kann.

Was die Zukunft der Inneren Medizin angeht, so sieht der KBV-Vorsitzende gute Chancen für einen Berufsverband wie den BDI. Die jetzige Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung nannte er „archaisch“, sie werde aber 2009 aufgehoben. Im hausärztlichen Sektor besteht seit 2003 ein sich ständig verschärfender Ärztemangel und an den Kliniken ist die Weiterbildung zum Allgemeinarzt gescheitert. Erstmals dürfen nun Pflegekräfte ärztliche Leistungen erbringen. „Das ist das Einfallstor für die Pflege- und andere Berufe“, sagte Köhler. Die Versorgung der chronisch internistischen Kranken könne der Allgemeinarzt nicht mehr sicherstellen. Da habe der Facharzt für Innere Medizin ein Standbein.

Die Spezialisierung werde mehr und mehr mit dem Krankenhaus verschmelzen, prognostizierte er. Darauf müssen sich die Spezialisten in der Inneren Medizin vorbereiten. Für die wohnortnahe internistische Versorgung sei der BDI gut aufgestellt. Die Frage sei, ob er zur Konkurrenz für die KBV werden wolle. Von der Anlage her sei der BDI einer der wenigen Verbände, die populationsbezogene Versorgungsverträge abschließen könnten. „Ob er das tut, sollte er sich sehr überlegen.“

KS

Mitgliederversammlung

der außerordentlichen Mitglieder
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 11:00 Uhr
im Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden, Tel.: 0611/1620

Tagesordnung:

1. Begrüßung durch den Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack
2. Erläuterung des Wahlverfahrens durch RA Helge Rühl, Geschäftsführer
3. Aussprache
4. Wahl eines außerordentlichen Mitgliedes zur Entsendung in den BDI-Vorstand
5. Verschiedenes

Die Satzung des BDI e.V. sieht in § 4 Ziff. 4 und § 14 Ziff. 4 vor, dass die außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin / Internist) aus ihrer Mitte ein Mitglied wählen und in den Vorstand des BDI entsenden können.

Herr Dr. Tillman Bert, Weimar, der seit April 2004 für Sie im Vorstand des BDI e.V. vertreten war und zwischenzeitlich Facharzt für Innere Medizin geworden ist, kann somit für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung stehen, sodass eine Neuwahl erforderlich wird.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 11

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) zum Geschäftsjahr 2007 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Neuwahlen des Vorstands
6. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Nachruf

Der Berufsverband Deutscher Internisten trauert um sein langjähriges Mitglied und Ehrenpräsidenten Dr. med. Günter Pasewald, der am 25. September 2007 im Alter von 81 Jahren verstorben ist.

Herr Dr. Günter Pasewald wurde am 1. Mai 1926 in Mainz geboren. Nach der Übersiedlung der Familie nach Wiesbaden besuchte er dort ab 1937 das humanistische Gymnasium. Nach den Kriegswirren nahm er in Mainz und Innsbruck das Medizinstudium auf. 1953, nach dem Staatsexamen und erfolgter Promotion, leistete Dr. Pasewald seine Pflichtassistentenzeit in den städtischen Kliniken in Wiesbaden ab. 1960 erhielt er die Facharztanerkennung als Facharzt für Innere Krankheiten und eröffnete 1962 in Wiesbaden seine eigene Facharztpraxis, in der er bis 1992 erfolgreich tätig war.

Schon während seiner Assistenzarzt-tätigkeit machte er sich für eine wirk-same Vertretung der beruflichen Inter-essen dieser damals noch rechtlich unterprivilegierten Arztgruppe stark. Als er schließlich 1960 Mitglied der Delegiertenversammlung der Landes-ärztekammer Hessen wurde, konnte



Dr. med. Günter Pasewald

man bereits damals ahnen, dass der berufspolitischen Karriere eines Man-nes mit so reichhaltigem Kompetenz-profil nichts mehr im Wege stehen würde. 1973 wählte die Delegierten-versammlung Günter Pasewald zum Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen. Diese Funktion, die er bis 1984 ausübte, hatte für ihn insoweit eine große Bedeutung, als er jetzt die Mög-lichkeit hatte, in die Entwicklung der Gesundheits-, Berufs- und Sozialpolitik zukunftsweisend innovative Strategien einzubringen.

Darüber hinaus fand Günter Pasewald ebenfalls die Zeit, zusätzlich verant-wortliche Tätigkeiten bei der Kassen-ärztlichen Vereinigung zu überneh-men. Beispielhaft sei hier nur seine

Wahl zum Vorsitzenden der Kassen-ärztlichen Vereinigung Wiesbaden 1983 erwähnt.

In Wiesbaden hat sich Herr Pasewald darüber hinaus große Verdienste um den Ausbau des ärztlichen Notdien-stes erworben, der heute in der medi-zinischen Versorgung der Bevölke-rung dieser Stadt einen großen Stel-lenwert einnimmt.

Als im Jahr 1959 der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. mit seiner Geschäftsstelle in Wiesbaden gegrün-det wurde und von hier erste Initiati-ven zur Konstituierung internistischer Landesgruppen ausging, gehörte Herr Dr. Günter Pasewald zu den Männern der ersten Stunde, die sich mit steter Präsenz, enormem Fachwissen und ganzer Leidenschaft für eine segens-reiche Fortentwicklung dieses Ver-bandes von Fachärzten, der heute rund 25 000 Mitglieder zählt, einsetz-te. In diesem Ehrenamt hervorzuhe-ben sind seine langjährigen Tätigkei-ten als Schatzmeister und Vizepräsi-dent seit 1980 sowie seine Präsidenten-schaft, die er in schwerer Zeit in den Jahren 1987 und 1988 ausübte.

In seiner Amtszeit als Schatzmeister fiel auch die wesentliche Entschei-dung, dass jetzige Domizil des BDI e. V. – ein städtebauliches Juwel in

Wiesbaden in der Schönen Aussicht 5 – zu erwerben. In Würdigung sei-ner hervorragenden Verdienste um den BDI e. V. unter besonderer Her-vorhebung seiner Bemühung um die Konsolidierung des Verbandes in seiner Rolle als erfolgreicher Schatzmeister wurde Herr Dr. Pase-wald zum Ehrenpräsidenten des BDI ernannt, dem im Jahre 1995 die Verleihung der Günther-Budel-mann-Medaille folgte.

Herr Dr. Pasewald, seit 1981 Träger des Bundesverdienstkreuzes, hat sich mit Gerechtigkeitsinn und überzeugender Standfestigkeit ein Leben lang für die Belange der Ärzte eingesetzt und mit großem Fachwissen, Einfühlungsvermögen und geistiger Flexibilität das Gesundheitswesen in wichtigen Teilen mitgestaltet. Ihm war es immer ein Anliegen, die Einheit der Gesamtmedizin zu erhalten. Ärzte müssten sich ihres hohen Ranges im Ansehen der Bevölkerung stets würdig erweisen, hätten darauf zu achten, dass trotz Spezialisierung und schnellen technischem Fort-schritt der ganzkörperliche Über-blick sowie ärztliches Interesse an den familiären, beruflichen und

sozialen Zusammenhängen der Patienten nicht verloren gehen. Dies hat Herr Dr. Pasewald in nachah-menswerter Weise vorgelebt. Gün-ter Pasewald war ein typischer Internist alter Schule, der in Rat und Tat nie die Gesamtheit der Inneren Medizin aus den Augen und aus sei-nem Schaffen verlor. Besonders durch seine ausnehmende beschei-dene Art und seine keinerlei zeitli-che Grenzen kennende, stets aufop-ferungsvolle Einsatzbereitschaft, erwarb er das Vertrauen der Bevöl-kerung.

Dr. Pasewald hat mit seiner vorbild-lichen Haltung, seinem überdurch-schnittlichen Engagement und sei-nem Einsatz für die Innere Medizin als Präsident und Ehrenpräsident maßgeblich die Arbeit des BDI gestaltet. Mit Kraft und Entschlos-senheit setzte er sich für das Berufs-bild des Internisten ein und prägte auch nach seinem Ausscheiden aus dem Berufsverband die Entwicklung der Inneren Medizin.

Herr Dr. Günter Pasewald nimmt in der Geschichte des Verbandes einen außerordentlichen Platz ein.

Berufsverband Deutscher Internisten
(BDI) e.V.

Berliner Ärztetag

Neue Weiterbildungsordnung angenommen

Als zweites Bundesland stimmte Berlin über die neue MWBO ab: Wie an der Saar, so an der Spree wurde sie am 19. September mit großer Mehrheit angenommen. Auch Berliner Internisten sind nun wieder Internisten – und ihr Nachwuchs kann es weiter werden.

Allgemeinärzte bleiben Allgemeinärzte, und wenn sie viel Platz auf ihrem Arztschild haben, können sie dazu schreiben „Im Fachgebiet Innere und Allgemeinmedizin“.

Erstaunlich wenig blieb übrig von den emotionalen Debatten. Es siegte die Einsicht auf allen Seiten: Ohne das Grundlagenfach Innere gibt es keine ausreichende Versorgung in vielen Kliniken, findet eine nennenswerte Weiterbildung – auch der Allgemeinärzte – nicht mehr statt und stirbt eine jahrhundertalte Kultur der Medizin.

Erleichtert ist vor allem der Nachwuchs: Die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin wurde ihm und dem Fach wieder gerecht. Das Chaos hat ein Ende.

Ein Fazit: Ohne einen starken Fachverband, der inhaltlich argumentiert und die Ernsthaftigkeit der Inneren Medizin auf seine Fahnen geschrieben hat, wäre das Fach insgesamt gefährdet gewesen. Der BDI hat seine Gegner nicht überstimmt – sondern überzeugt. Das ist gut für die gemeinsame Versorgungsaufgabe, die uns alle eint.

Dr. Hans-Georg Fritz

Bayerischer Ärztetag

Wiedereinführung des FA für Innere Medizin in Bayern beschlossen

Auf dem 64. Bayerischen Ärztetag vom 12. bis 14. Oktober 2007 in Regensburg wurde die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin mit 2 Gegenstimmen und 4 Enthaltungen beschlossen. Die Zustimmung des zuständigen Aufsichtsministeriums vorausgesetzt, wird vermutlich ab 1. Januar 2008 der Facharzt für Innere Medizin EU-kompatibel in Bayern wieder verankert sein.

Für die in der Weiterbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte ebenso wie für die Weiterbildungsbefugten ist damit wieder Rechtssicherheit gegeben. Die internistische Versorgung im Krankenhaus bleibt gesichert. Diesen Erfolg kann sich der Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. auf die Fahnen schreiben.

Die Weiterbildung kann an einer, aber auch an mehreren Kliniken absolviert werden, was für die nötige Flexibilität sorgt. Bitte beachten Sie auch in den nächsten Monaten die Informationsveranstaltungen und Veröffentlichungen zu diesem Thema.

Dr. Wolf von Römer
1. Vizepräsident

Weiterbildungszeit nach der neuen Weiterbildungsordnung (Bayern)

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2,

davon

– 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin

– 24 Monate stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin

davon

– 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können.

oder

24 Monate stationäre Weiterbildung in den Facharztkompetenzen 10.2 und/oder 10.3, die in mindestens 2 verschiedenen Facharztkompetenzen abgeleistet werden,

davon

– 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können

BDI-Vorstandswahlen 2008

Satzungsgemäß finden im Jahr 2008 Neuwahlen zum Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. statt.

Traditionell wird der neue Vorstand am Rande des Internistenkongresses in Wiesbaden in der BDI-Mitgliederversammlung am

Sonntag, dem **30. März 2008**

durch die anwesenden, stimmberechtigten Mitglieder gewählt.

Von den 14 möglichen Vorstandsmitgliedern

- werden zehn durch die Mitgliederversammlung gewählt,
 - wird ein Mitglied durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. benannt,
 - wird ein Mitglied gemeinsam durch die Vorsitzenden der BDI-Sektionen und der BDI-Arbeitsgemeinschaften in den Vorstand entsandt,
 - wird ein Mitglied durch die Vorsitzenden der Landesvertretungen abgeordnet
- und
- wird ein Mitglied aus der Mitte der außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung) in den Vorstand gewählt.

Wahlen werden durch Akklamation – oder auf Antrag eines Mitglieds geheim mit Stimmzetteln – durchgeführt. Die Mitglieder des Vorstandes werden in einem Wahlgang gewählt. Jedes wahlberechtigte Vereinsmitglied ist berechtigt, von den zur Wahl stehenden Kandidatinnen und Kandidaten zehn oder weniger zu wählen.

Als gewählt gelten die Personen, welche die meisten Stimmen auf sich vereinigt haben.

Wahlvorschläge für die durch die Mitgliederversammlung zu wählenden Vorstandsmitglieder müssen schriftlich vier Wochen vor der Wahl bei der BDI-Geschäftsstelle (Wiesbaden) eingegangen und von mindestens zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben sein. Ordentliches Mitglied ist jedes Mitglied, welches anerkannte/r Fachärztin/arzt für Innere Medizin ist (niedergelassener Arzt; Oberarzt, Angestellter, Beamter u.ä.).

Die Geschäftsstelle des BDI e.V. möchte daher interessierte Kandidatinnen und Kandidaten für eine Vorstandsmitgliedschaft bitten, ihren Wahlvorschlag frühzeitig vor der Mitgliederversammlung am 30. März 2008 einzureichen, also bis spätestens 3. März 2008. Maßgeblich ist der Posteingang bei der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden.

Zu beachten ist, dass die ordentliche Mitgliedschaft der den Wahlvorschlag unterstützenden Mitglieder selbstverständlich durch die Geschäftsstelle überprüft wird.

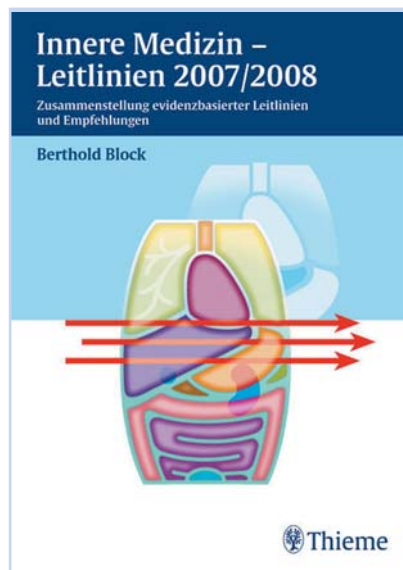
So sind z.B. ordentliche Mitglieder, die ihren Austritt aus dem Verband bereits erklärt haben, jedoch erst zum Ende des Jahres 2008 ausscheiden, gem. § 10 Abs. 2 der Satzung des BDI e.V. nicht mehr legitimiert, eine Kandidatur bzw. einen Wahlvorschlag mit ihrer Unterschrift rechtsgültig zu unterstützen. Soweit der Wahlvorschlag nicht gemäß der Satzung von zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben ist, da z. B., wie dargestellt, ein Mitglied bereits den Austritt erklärt hat, wäre dieser insofern ungültig. Die ordnungsgemäße Unterzeichnung durch ein ordentliches Mitglied kann bis zu vier Wochen vor der Wahl nachgeholt werden. Später ist der mögliche Kandidat von der Wahl 2008 zum Vorstand des BDI ausgeschlossen.

Wir möchten die berufspolitisch interessierten Mitglieder, die sich für eine Kandidatur zur Wahl als Mitglied des Vorstandes des BDI e.V. entschieden haben, bitten, die oben genannten satzungsgemäßen Voraussetzungen zu beachten und frühzeitig ihren Wahlvorschlag einzureichen.

Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des BDI e.V. stehen wie immer für alle entsprechenden Auskünfte zur Verfügung.



RA Helge Rühl
Geschäftsführer des BDI e.V.



Berthold Block
Innere Medizin – Leitlinien 2007/2008
 Zusammenstellung evidenzbasierter Leitlinien und Empfehlungen
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007
 420 S., 59,95 €

Zur praktischen Anwendung von Leitlinien

Mit dem Buch „Innere Medizin – Leitlinien 2007/2008“ von Berthold Block wird ein wichtiges neues Buchkonzept vorgelegt, das eine Lücke schließt, die sich in den vergangenen Jahren durch die Integration der „Evidence based medicine“ in den klinischen Alltag aufgetan hat. Die Anlehnung der Diagnostik und Therapie von internistischen Erkran-

kungen an die aktuellen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften ist mittlerweile zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Die Informationsbeschaffung gestaltet sich angesichts der Fülle neuer Erkenntnisse aber zusehends mühseliger. Gleichzeitig gehört zur medizinischen Expertise natürlich ebenso gleichwertig die ärztliche Erfahrung. Daher helfen sowohl klassisches Lehrbuchwissen als auch rein tabellarische Algorithmen oftmals in der konkreten Situation nicht viel weiter.

Das vorliegende Buch kann hier sehr hilfreich sein. Es stellt schnell Referenzen zu den eigenen Behandlungsstandards her und ermöglicht unkompliziert ein zügiges Arbeiten auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Die Diagnostik und Therapie der wesentlichen Krankheitsbilder in der gesamten Breite der Inneren Medizin wird übersichtlich, kurz und prägnant dargestellt. Es werden jeweils die Leitlinien der deutschen und ggf. europäischer und US-amerikanischer Fachgesellschaften herangezogen. Diese sind in den „Vorbemerkungen“ der jeweiligen Kapitel als Quellenbezug vorangestellt. Die Leitlinien-Inhalte werden jedoch nicht einfach aufgezählt, sondern gewichtet und anwendbar gemacht. Es erfolgt eine systematische Gliederung des Textes in die Kategorien Diagnostik, Diagnosesicherung und Therapie, sodass die Informationen schnell erfassbar werden. Auf die sonst gewohnten, aber teils umständlichen Pfeil- oder Flussdiagramme wird dabei bewusst verzich-

tet. So bleibt die aufzählende Textform gut lesbar. Eingefügt wurden immer wieder kurze Kommentare oder Ergänzungen, sowie einige Tabellen, z. B. zur Darstellung der relevanten medizinischen Scores. Der Text ermöglicht somit nicht nur die praktische Anwendung der Leitlinien und Empfehlungen selbst, sondern zeigt vielmehr ihre Grenzen und Lücken auf, die der Leser mit seiner eigenen Expertise in der Entscheidungsfindung füllen kann und muss. Ein Manko des Buches ist zweifellos sein Format: Als Kitteltaschenbuch wäre es noch schneller und bequemer im klinischen Alltag einsetzbar. Das Kapitel „Infektionserkrankungen“ ist darüber hinaus etwas zu knapp geraten, da es sich effektiv nur mit der HIV-Infektion/AIDS beschäftigt.

Fazit: Ein empfehlenswertes Arbeitsbuch, mit dessen Hilfe insbesondere der (allgemein-)internistisch tätige Arzt schnelle und sichere diagnostische und therapeutische Entscheidungen auf dem aktuellen Stand des Wissens treffen kann.

Dr. med. Bernd Krause



Dr. Krause ist Facharzt für Innere Medizin und arbeitet zur Zeit auf der Medizinischen Intensivstation im Zentrum für Innere Medizin am Klinikum Bremen-Mitte.



Manfred Thelen et al. (Hrsg.)
Bildgebende Kardiagnostik
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007,
 320 S., 501 Abb., 149,95 €

Ein Spagat

„Bildgebende Kardiagnostik“ von Thelen et al., im Thieme-Verlag in der 1. Auflage erschienen, hat sich das hohe Ziel gesteckt, die gesamte kardiologisch relevante bildgebende Diagnostik in einem Buch darzustellen. Im letzten Jahrzehnt sind auch Kardio-CT und Kardio-MR zu diagnostischen Standardverfahren entwickelt worden, diese wie auch die anderen hier abgehandelten bildgebenden Verfahren füllen – bereits jedes für sich allein – viel dickere Lehrbücher. Es

liegt also in der Natur der Sache, dass der Versuch, das Wissen mehrerer Schwerpunkt-fachärzte in einem Band zu verdichten, etwas oberflächlich bleiben muss. Dennoch ist es sehr verdienstvoll und auch für den Kliniker hilfreich, dass eine Synopsis der bildgebenden Diagnostik in der Kardiologie geschaffen wurde, die es vor allem den Kardiologen und Internisten erleichtern wird, kardiologische Fremdbefunde in Zusammenschau mit selbst erstellten Befunden richtig einzuordnen und zu bewerten.

Das Werk ist in zwei nahezu gleich große Abschnitte gegliedert. Der erste vermittelt Grundlagenwissen zu den einzelnen bildgebenden Verfahren. Der zweite Teil handelt in sieben Kapiteln die großen Krankheitsgruppen der Kardiologie ab. Für jede Entität erfolgt eine vergleichende Darstellung der diagnostischen Wertigkeit der einzelnen Untersuchungsverfahren wobei deren sinnvoller Einsatz und deren Grenzen diskutiert werden. In einzelnen Kapiteln könnte man versuchen, die Texte vor allem optisch noch besser zu gliedern, in selteneren Fällen auch prägnanter zu formulieren. Das gut ausgestattete Buch mit vernünftigen Preis-Leistungsverhältnis weist qualitativ hochwertige Abbildungen und übersichtliche Grafiken auf, allerdings würde man sich bei

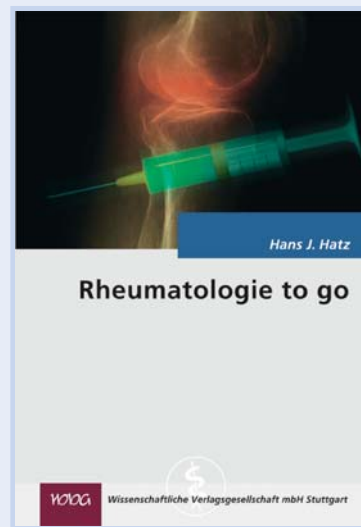
einem Werk dieser Thematik noch etwas mehr davon wünschen. Ganz oben auf meiner persönlichen Wüschliste stünde aber eine CD oder DVD mit Original-Bilddateien und Videoloops. Gegenüber den meist höchstens polaroidgrossen Abbildungen im Buch bieten bildschirmfüllende Bilder einen erheblichen Gewinn an Detailinformation und bereiten auf den Umgang mit diesem Bildmaterial im klinischen Alltag wesentlich besser vor, weil sie dann genau wie in der klinischen Praxis auf dem Bildschirm beurteilt werden können.

Fazit: Ein Buch, dem der Spagat zwischen mehreren hochkomplizierten bildgebenden Verfahren der Kardiologie für einen ersten Wurf bemerkenswert gut gelingt. Obwohl für eine zweite Auflage noch einige Verbesserungen im Detail wünschenswert wären, wird man auch das vorliegende Buch mit Gewinn lesen. Das Preis-Leistungs-Verhältnis ist angemessen.

Dr. med. Peter Pommer



Dr. Pommer ist als internistischer Oberarzt der Bayerwaldklinik in Cham in den Bereichen Onkologie und Kardiologie tätig.



Hans J. Hatz
Rheumatologie to go
 WVG, Stuttgart 2007
 69,- €

Schwergezwichtig

Rheumatologen leben in bewegten Zeiten: In halbjährlichem Rhythmus werden neue Therapieoptionen, vorwiegend Antikörper, verfügbar. Eine vollständige, klinische und radiologische, Remission, die noch vor wenigen Jahren als Illusion galt, wird inzwischen ernsthaft diskutiert und demnächst vielleicht zur Routine. Eine andere Entwicklung führt zu einzelnen großen Therapiestudien wie BeSt, TICORA, MEDAL oder SAMURAI und zunehmend zu evidenz-basierten Leitlinien. Mitten in dieser Revolution erscheint nun das neue Lehrbuch von Hans Hatz. Und wie reagiert der erfahrene Lehrer und Autor auf die aktuellen Entwicklungen? Um ein Fazit vorwegzunehmen: überraschend wenig. Hatz legt ein relativ konservativ konzipiertes Buch vor, das mit seinen achthundert eng beschriebenen Seiten noch knapp in eine große Kitteltasche passt. Dem ersten Kapitel über die klinische Untersuchung folgen Kapitel über die Gelenk-Sonographie und eine allgemeine Einführung in die Labordiagnostik. Um „der Gefahr der Schrotschuss-Anordnungen entgegen zu treten“, werden die meisten Labormethoden erst bei den zugehörigen Erkrankungen beschrieben. Das ist sicher hilfreich, wenn sich der Leser über eine konkrete Krankheit umfassend informieren will; ein Überblick über das Thema „Rheuma und Labor“ wird ihm hingegen erschwert.

Der nächste Teil des Buches stellt die „Therapiestrategien“ vor, also Pharmaka, Gelenkpunktionen, Diät, Krankengymnastik und alternative Therapieansätze. Neben sehr hilfreichen Ideen (Darstellung auch der oft unterschätzten ‚reinen Schmerzmittel‘, gute Tabellen zu Therapien bei

Hautbeteiligung) finden sich ein übergroßes Kapitel zu den Glukocorticoiden, aber keinerlei Daten zu den zunehmend wichtigeren Kombinationstherapien, die auch bei den einzelnen Krankheiten nur als Aufzählungen ohne Wertungen erwähnt sind.

Den Hauptteil des Buches macht die Besprechung der Krankheitsbilder aus. Auf fünfhundert Seiten werden die häufigen, aber auch viele seltene Erkrankungen und Krankheiten im Überlappungsgebiet zur Orthopädie gut strukturiert vorgestellt. Häufig finden sich Skizzen der typische Röntgenveränderungen. „Merke!“-Kästchen betonen wichtige Besonderheiten und warnen vor Fallen. In der Buchmitte finden sich illustrierende Farbtafeln mit äußeren Befunden und einigen Röntgen-Bildern; leider wird auf sonographische und kernspintomographische Abbildungen verzichtet. Abgerundet wird das Buch durch hilfreiche Adressen, Internetlinks und ein Stichwortverzeichnis. Bei einigen Stichproben wirkt dieses allerdings viel zu knapp. Der in der Rheumatologie sonst häufig erwähnte HAQ scheint zu fehlen und kann nur gefunden werden, wenn der Leser den Vollnamen der Abkürzung kennt. Der BASDAI fehlt im Verzeichnis und im Text, das O'Dell-Schema wird zwar erwähnt, der Name selbst fehlt im Text wie auch im Stichwortverzeichnis. Die oben beispielhaft angeführten Studien werden ebenfalls vermisst. Allerdings sind ihre Ergebnisse teilweise in den Text eingearbeitet. Auch auf eine Wiedergabe von Leitlinien verzichtet der Autor komplett. Seine Empfehlungen entsprechen aber in der Regel diesen Leitlinien, ohne dass der Zusammenhang erkennbar ist.

Fazit: Das Buch kann Anfängern in der Rheumatologie gerne als guter und aktueller (Stand Ende 2006) Begleiter für einige Jahre empfohlen werden. Für eine Fachprüfung in diesem Gebiet wären darüber hinaus die Kenntnis und Zuordnung wichtiger Studien und Leitlinien zu erwarten. Diesbezüglich ist das schwergezwichtige „Taschen“-Buch dann doch noch zu dünn.

Dr. med. Andreas R. Gerlach



Dr. Gerlach ist Oberarzt der Abteilung Geriatrie und Rheumatologie des St.-Marien-Hospitals Lünen in Lünen. Zuletzt war er der deutsche Herausgeber und Bearbeiter von „Hill - Rheumatologische Pflege“ im H. Huber Verlag, Bern.



Therapie der renalen Anämie

Mit welchem Ziel?

Vor etwa 20 Jahren gelang mit der Herstellung von rekombinantem humanem Erythropoietin (rhEPO) ein Durchbruch in der Therapie der renalen Anämie, der die Behandlung chronisch Nierenkranker nachhaltig beeinflusst hat. Bereits erste Studien zeigten, dass in Abhängigkeit von der Dosis von rhEPO die renale Anämie bei den meisten Patienten nicht nur partiell, sondern komplett korrigiert werden kann [5].

Seitdem haben unterschiedliche Konzepte die Therapie beeinflusst. Vor allem in der Frühphase der Therapie wurde die Meinung vertreten, dass die Anämiebehandlung mit Zurückhaltung durchzuführen sei und eine mäßig ausgeprägte Anämie für die Betroffenen wenig Konsequenzen hätte. Andererseits entwickelte sich durch die Therapiemöglichkeit ein zunehmendes Interesse an den pathophysiologischen und klinischen Konsequenzen einer auch nur mäßig ausgeprägten Anämie. In dem Zusammenhang wurden vermehrt Hämoglobin(Hb)-Werte nicht nur bei einzelnen Patienten, sondern auch in großen Gruppen analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass bereits eine leichte Reduktion des Hb-Wertes mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko assoziiert ist. In der Folge wurde deshalb vermutet, dass eine Anhebung in den normalen Bereich durchaus sinnvoll sein könnte, um einen maximalen Nutzen der Therapie mit rhEPO zu erreichen. Leider sind über lange Zeit aber nur wenige prospektiv kontrollierte Studien zu der Frage durchgeführt worden, welcher Ziel-Hb-Wert am günstigsten ist. Vor acht Jahren zeigte erstmals eine Studie bei Dialysepatienten, dass die Normalisierung des Hb-Wertes im Vergleich mit einer partiellen Anämiekorrektur mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden ist [2]. Da nur manifest herzkrankte Dialysepatienten untersucht wurden, blieb unklar, ob die Ergebnisse auch für andere Patienten und vor allem auch vor Beginn der Dialysepflichtigkeit Relevanz haben. Im November 2006 wurden dann zwei Studien publiziert, die beide gezeigt haben, dass das Anstreben eines Hb-Zielwertes im Normbereich auch bei nicht-dialysepflichtigen Patienten mit renaler Anämie ungünstiger ist als die partielle Anämiekorrektur. Diese Studien haben eine große Verunsicherung ausgelöst, zeigen aber eindrucksvoll einmal mehr, dass Beobachtungsstudien die Ergebnisse einer Intervention nicht verlässlich vorhersagen können und prospektive, randomisiert kontrollierte Studien für die Überprüfung von Therapiekonzepten dringend erforderlich sind.

● Epidemiologie und Pathogenese der renalen Anämie

Die renale Anämie entwickelt sich in der Regel bei Abfall der glomerulären Filtrationsrate auf unter 60 ml/min \times 1,73 m² (siehe Abb. 1) [1]. Hinsichtlich des Zeitpunktes und der Ausprägung der Anämie gibt es erhebliche interindividuelle Unterschiede. Das Auftreten der Anämie ist grundsätzlich unabhängig von der renalen Grunderkrankung. Bei der von der Häufigkeit immer bedeutsamer werdenden diabetischen Nephropathie tritt die Anämie jedoch eher früher auf und ist stärker ausgeprägt. Bei Patienten mit Zystennieren dagegen ist die Anämie häufig geringer ausgeprägt, und es kann sogar zur Poly-zythämie kommen.

Ursache der renalen Anämie ist in erster Linie eine inadäquat niedrige EPO-Produktion der erkrankten Nieren [12]. Normalerweise steuert die Niere im erwachsenen Organismus die Blutbildung bedarfsabhängig durch EPO-Produktion in spezialisierten Fibroblasten des Nierenkortex. Die Niere ist dabei wesentliches Steuerorgan in einem Feedback-Loop, der den Sauerstoffgehalt des Blutes konstant hält. Während ein Abfall des Sauerstoffgehaltes beim Nierengesunden zu einem exponentiellen Anstieg der EPO-Produktion und damit der EPO-Serumspiegel führt, bleibt dieser Anstieg bei chronisch geschädigten Nieren aus. Die Gründe für die inadäquat niedrige EPO-Produktion sind letztendlich noch nicht geklärt. Manches spricht dafür, dass die Produktionskapazität der Nieren für EPO durchaus erhalten ist, aber die Anpassung der EPO-Produktion an Veränderungen des renalen Sauerstoffangebotes gestört ist.

Zusätzlich spielen auch Komponenten der Anämie chronischer Erkrankungen, wie sie bei chronischen Entzündungen und Tumorerkrankungen beobachtet werden, auch bei chronisch Nierenkranken eine Rolle. Dazu gehört eine verminderte Eisenverfügbarkeit und eine Suppression der Erythropoese durch inflammatorische Zytokine. Auch ist die Lebensdauer der Erythrozyten verkürzt, und vor allem an der Hämodialyse kommt es zusätz-

lich zu einem chronischen Blutverlust. Eine unterschiedliche Ausprägung dieser Faktoren, die neben dem EPO-Mangel zur Anämie beitragen, ist vermutlich auch dafür verantwortlich, dass der Bedarf an rhEPO, der zur Korrektur der renalen Anämie notwendig ist, erheblich höher ist als die endogene Produktionsrate des Hormons beim Nierengesunden, und die notwendigen Dosen darüber hinaus interindividuell sehr unterschiedlich sind.

kurzgefasst

Eine Anämie als Folge chronischer Niereninsuffizienz beginnt in der Regel bei einer GFR unter 60 ml/min \cdot 1,73 m². Diese Anämie ist in erster Linie durch inadäquat niedrige EPO-Produktion bedingt, in Verbindung mit pathogenetischen Faktoren, die auch für die Anämie bei chronischen Entzündungen und Tumorerkrankungen relevant sind.

● Derzeitige und zukünftige Therapiemöglichkeiten

Die Therapie der renalen Anämie beruht auf der Applikation von gentechnologisch hergestelltem EPO in Verbindung mit Eisenpräparaten. Die Eisengabe ist erforderlich, um den Bedarf für die zusätzliche Blutbildung für die Anhebung des Hb-Wertes zu decken und fortlaufende Verluste zu kompensieren [8].

Erythropoietin ist ein Glykoprotein, dessen Zuckerteil (etwa 40 % des Gesamtmolekulargewichtes) wesentliche Bedeutung hat für die Plasmaverweildauer. rhEPO (Epoetin alfa, beta und delta) wird gentechnologisch hergestellt: Das humane EPO-Gen wird in Zellen tierischen Ursprungs eingebracht oder in humanen Zellen überexprimiert; das rekombinante Hormon wird aus dem Zellkulturüberstand aufgereinigt. Der Proteinteil des so hergestellten Hormons ist identisch mit dem des endogen gebildeten Hormons; der Kohlenhydratanteil ist sehr ähnlich, auch wenn es geringe Unterschiede zwischen verschiedenen Präparaten und dem endogenen Hormon, aber auch interindividuell im endogenen EPO gibt. Mit dem Ziel einer Optimierung der Applikationsweise und der Wirkdauer, aber auch in Zusammenhang mit Patentfragen sind EPO-Analoga und alternative Präparate entwickelt worden oder noch in der Entwicklung, die auf unterschiedliche Art und Weise den EPO-Rezeptor auf Knochenmarkszellen stimulieren können. Dazu gehören das bereits seit einigen Jahren zugelassene Darbepoetin, ein hyperglykosiliertes EPO-Derivat, das vor der Zulassung stehende CERA als pegyliertes EPO-Analogon,

aber auch synthetische Proteine, EPO-mimetische Peptide und kleinmolekulare Substanzen, die durch Beeinflussung Hypoxie-induzierter Genexpression die endogene EPO Produktion steigern [9]. Hinzu kommt, dass mit Ablauf der Patente für die ursprünglichen rhEPO-Präparate Bio-Generika auf den Markt kommen werden. Auch wenn schwer absehbar ist, was der Stellenwert der jeweiligen Präparate zukünftig sein wird, so ist doch vorhersehbar, dass mit neuen Therapiemöglichkeiten die Kosten einer Anämiebehandlung sinken werden. Umso wichtiger erscheint deshalb die Frage, welches Ausmaß der Anämiekorrektur – unabhängig von den damit verbundenen Kosten – am besten ist.

● Anämie als Risikofaktor – Ergebnisse von Beobachtungsstudien

Zahlreiche Beobachtungsstudien zeigen in eindrucksvoller Weise, dass das Mortalitätsrisiko invers mit dem Hb-Wert korreliert. So steigt beispielsweise bei Dialysepatienten unterhalb eines Hb-Bereichs von 11–12 g/dl das Mortalitätsrisiko deutlich an und in zahlreichen Studien nimmt es oberhalb von 11–12 g/dl ab [14, 18] (siehe Abb. 2). Ähnliche Beobachtungen wurden auch bei Patienten mit geringer ausgeprägter, nicht dialysepflichtiger Niereninsuffizienz gemacht und in ganz anderen Patientengruppen, so z. B. bei Herzinsuffizienz [6]. Auch Beobachtungsstudien in der Allgemeinbevölkerung haben ergeben, dass eine leichte Anämie mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko assoziiert ist [16]. Ähnliches gilt auch für die Progression einer Nierenerkrankung; der Abfall des Hb-Wertes ist neben anderen Faktoren, wie Proteinurie oder reduziertem Serum-Albumin eine statistisch signifikanter Risikofaktor für die Progression des GFR-Abfalls [11].

kurzgefasst

Eine Reduktion des Hb-Wertes ist bei Nierenkranken und in anderen Gruppen ein statistisch signifikanter Risikofaktor für Mortalität und kardiovaskuläre Komplikationen. Die Höhe des Risikos ist proportional zum Ausmaß der Anämie.

● Anämie als Risikofaktor – Pathophysiologische Überlegungen

Jeder Abfall des Hb-Wertes führt zwangsläufig zu einer Verminderung des Sauerstoffgehaltes des arteriellen Blutes. Der Gesamtsauerstoffverbrauch des Organismus bleibt aber zumindest in Ruhe konstant, solange der Hb-Wert nicht in einen kritischen Bereich (< 4 g/dl) abfällt. Diese Konstanz des Sauerstoffverbrauchs beruht vor allem auf zwei Kompensationsmechanismen: Zunahme des Herzzeitvolumens und vermehrte Sauerstoffextraktion mit Abfall des venösen pO₂-Wertes. Die Konsequenzen aus diesen Kompensationsmechanismen sind nicht ganz klar. Man vermutet, dass die chronische Zunahme des Herzzeitvolumens langfristig im Sinne einer Volumenüberlastung zu einer linksventrikulären Hypertrophie beitragen kann. Für dieses Konzept spricht, dass unter Korrektur einer schweren Anämie

eine Rückgang des linksventrikulären Volumens und z. T. auch der linksventrikulären Wanddicke beobachtet wurde [4]. Ob die Anämie erst ein gewisses Ausmaß erreichen muss, um das linksventrikuläre Wachstum zu beeinflussen, ist unklar. Die vermehrte Sauerstoffextraktion führt zu einer Senkung des Sauerstoffpartialdrucks im Gewebe. Letztendlich beruht auch der Sauerstoffsensormechanismus in der normalen Niere darauf, dass bereits geringe Senkungen des Hb-Wertes zu einer Abnahme des Sauerstoffpartialdrucks in der Niere führen, die die Aktivität des EPO-Gens über die Aktivierung Hypoxie-induzierter Transkriptionsfaktoren steigern [12]. Daher ist durchaus vorstellbar, dass auch in anderen Geweben bereits unter gering ausgeprägter Anämie Zellfunktionen verändert sind. Besonders relevant ist eine vermehrte Sauerstoffextraktion im Herzen, da es dort bereits unter physiologischen Bedingungen zu einer starken Sauerstoffausschöpfung kommt. In der Niere gibt es zunehmend Hinweise dafür, dass chronische Hypoxie ein wesentlicher Pathomechanismus ist. Daher erscheint es auch plausibel, dass eine Anämie die Progression einer Nierenerkrankung beschleunigen kann.

● Limitationen von Beobachtungsdaten und pathophysiologischen Konzepten

Das Problem scheinbar plausibler pathophysiologischer Konzepten liegt häufig darin, dass limitierte Daten extrapoliert werden und die Komplexität der Situation von Patienten mit verschiedenen strukturellen und funktionellen Veränderungen ihrer Organe nicht adäquat erfasst wird. Die Veränderung des Sauerstoffpartialdruckes im Gewebe in Folge eines Abfalls des Hb-Wertes kann beispielsweise bei atherosklerotisch veränderten Gefäßen aufgrund der verbesserten Fließeigenschaften des Blutes (Abnahme der Viskosität) ganz anders sein als bei intakten Gefäßen. Beobachtungsdaten wiederum können nur Assoziationen aufzeigen und keine Kausalbeziehungen. So konsistent die Daten zur Anämie als Risikofaktor auch sein mögen, so muss doch in Betracht gezogen werden, dass der Hb-Wert von vielerlei Faktoren mitbestimmt wird, die ihrerseits wiederum direkten Einfluss auf die Prognose von Patienten haben können, ohne dass diese Einflüsse über den Hb-Wert vermittelt werden. Dazu gehören chronische oder akute Entzündungsprozesse, Begleiterkrankungen, die Intensität und Qualität der medizinischen Behandlung insgesamt oder auch die Progression einer Nierenerkrankung. Ob ein reduzierter Hb-Wert kausal zur Verschlechterung der Prognose von Patienten beiträgt, d. h. umgekehrt, ob und wie weit eine Anhebung des Hb-Wertes die Prognose verbessert, kann nur in prospektiven Interventionsstudien analysiert werden. Dabei ist es auch aus vielerlei Gründen nicht sehr aussagekräftig, wenn lediglich Beobachtungen vor und nach einer Therapie dokumentiert werden. Notwendig

Tab. 1 Übersicht über die vier Therapiestudien, bei denen zwei verschiedene Hämoglobin(Hb)-Zielbereiche verglichen wurden und die mehr als 500 Patienten umfassten. LVH = Linksventrikuläre Hypertrophie; HD-CKD = Dialysepatienten; ND-CKD = Nicht dialysepflichtige Patienten mit chronischer Nierenerkrankung. *) überwiegend keine Unterschiede im Auftreten unerwünschter Ereignisse, allerdings 12 vs 4 zerebrovaskuläre Ereignisse (p = 0,045).

Autoren	Acronym	Jahr	Pat.	Arm mit höherem Ziel-Hb		Arm mit niedrigerem Ziel-Hb		Ergebnisse					
				Ziel-Hb	erreichter Hb-Wert	Ziel-Hb	erreichter Hb-Wert	Kardiovask. Ereignisse	LVH	Mortalität			
Singh et al. [17]	CHOIR	2006	1432	ND-CKD	13,5	12,7	11,3	11,4	125 vs 97	p = 0,03	–	52 vs 36	ns
Drueke et al. [3]	CREATE	2006	603	ND-CKD	13,0–15,0	13,4	10,5–11,5	11,6	58 vs 47	ns	ns	31 vs 21	ns
Parfrey et al. [15]		2005	596	HD-CKD	13,5–14,5	13,1	9,5–11,5	10,8	*	ns	ns	13 vs 20	ns
Besarab et al. [2]		1989	1233	HD-CKD	14,0	12,7–13,3	10,0	10,0	202 vs 164	ns	–	183 vs 150	ns

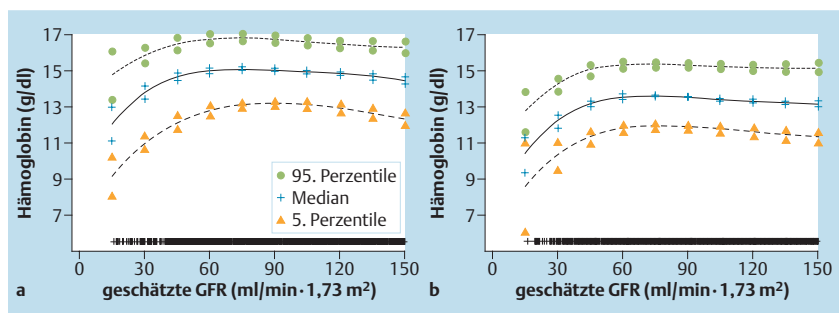


Abb. 1 Beziehung zwischen Hb-Werten und der geschätzten GFR bei Männern (a) und bei Frauen (b). Die Daten stammen aus einer Querschnittsuntersuchung in der Allgemeinbevölkerung in den USA (NHANES III) [1]. Dargestellt sind die Medianwerte und die Konfidenzintervalle der 5 %- und 95 %-Perzentile.

ist vielmehr der parallele Vergleich von Patienten, bei denen unterschiedliche Behandlungsschemata und/oder Ziel-Werte getestet werden. Leider sind im Bereich der renalen Anämie bislang nur sehr wenige derartige Studien durchgeführt worden und die daraus resultierende Evidenzbasis hat sich erst vor kurzem verbreitert.

● Studienergebnisse zu verschiedenen Ziel-Hb-Werten

Von 1989 bis 2007 sind insgesamt etwa 25 randomisierte Studien publiziert worden, in denen unterschiedliche Ziel-Hb Werte verglichen wurden. Etwa die Hälfte der Studien umfasste Dialysepatienten, die andere Hälfte Patienten mit nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung [13]. Insgesamt sind in diesen Studien knapp 7000 Patienten untersucht worden, was angesichts der Verbreitung der EPO-Therapie und auch im Vergleich mit anderen Pharmakotherapien mit potenziellem Einfluss auf das Patientenüberleben eine erschreckend geringe Zahl ist.

Vom Aufbau her haben frühere Studien EPO-Therapie mit keiner Anämie-therapie verglichen, während nach 1997 in der Regel zwei verschiedenen Ziel-Hb-Werte oder -Bereiche verglichen wurden. Nur vier dieser Studien schlossen mehr als 500 Patienten ein, und alle verglichen das Ziel einer partiellen Anämiekorrektur mit dem einer zumindest nahezu kompletten Korrektur. Zwei dieser vier Studien, die nicht dialysepflichtige Patienten untersuchten, wurden im November 2006 publiziert. Im Folgenden werden Design und Ergebnisse dieser vier größten Studien kurz zusammengefasst (siehe Tab. 1).

Das „US normal Hematocrit trial“ [2] hat erstmals die Frage analysiert, ob eine Normalisierung des Hb-Wertes die Prognose von Patienten an der Dialyse verbessert. Dabei ging man davon aus, dass sich ein Nutzen in erster Linie bei bereits herzkranken Patienten zeigen müsste. Die Studie hat über 1200 Patienten eingeschlossen und einen Therapiearm mit einem Ziel-Hämatokrit (Hkt) von 42 % (entsprechend einem Hb Wert von 14 g/dl) mit einem zweiten Arm mit einem Ziel-Hkt von 30 % (entsprechend einem Hb-Wert von 10 g/dl) verglichen. Primärer Endpunkt war die Kombination von Tod und nicht-tödlichem Myokardinfarkt. Die Studie wurde nach 29 Monaten unterbrochen, als in dem Therapiearm mit dem höheren Zielwert mehr Todesfälle und

nicht-tödliche Infarkte zu verzeichnen waren als in dem Therapiearm mit dem niedrigeren Zielwert. Auch wenn die Differenz statistisch nicht signifikant war, war absehbar, dass der höhere Zielwert die Prognose sicher nicht verbessern würde. Zusätzlich wurde beobachtet, dass die Zahl der thrombotischen Verschlüsse von Dialyseshunts in der Gruppe mit dem Ziel einer Hb-Normalisierung größer war. Die Lebensqualität nahm mit zunehmendem Hkt zu; wieweit es aber Unterschiede zwischen beiden Therapiegruppen gab, wurde nicht berichtet.

Die zweite größere Studie zur Normalisierung des Hb-Wertes bei Dialysepatienten [15] untersuchte Patienten, die noch nicht lange dialysepflichtig waren und weder eine symptomatische Herzerkrankung noch eine Dilatation des linken Ventrikels hatten. Verglichen wurden Hb-Zielbereiche von 9,5–11,5 und 13,5–14,5 g/dl. Primärer Endpunkt war die Veränderung des echokardiographisch bestimmten linksventrikulären Volumens. Im Ergebnis waren die prozentualen Veränderungen des linksventrikulären Volumens und die Veränderungen der linksventrikulären Masse in beiden Therapiearmen gleich.

Dialysepatienten unterscheiden sich möglicherweise im Hinblick auf ihre Anämie-therapie in wichtigen Punkten von nicht-dialysepflichtigen Patienten. Ihre kardiovaskuläre Morbidität ist häufig stärker fortgeschritten. Die Anämie hat in der Regel schon länger bestanden und bei den Hämodialysen kommt es durch Ultrafiltration zur Hämokonzentration, die im Fall einer Hb-Normalisierung ungünstige Auswirkungen haben könnte. Zwei weitere Studien befassten sich deshalb gezielt mit einer Anämiekorrektur bei nicht-dialysepflichtigen Patienten.

Die CREATE-Studie (Druke et al., 2006) [3] wurde in Europa, Mexiko und Taiwan durchgeführt. Rund 600 Patienten mit einer geschätzten GFR von 15–35 ml/min und einem Hb-Wert von 11–12,5 g/dl wurden eingeschlossen. Patienten, die in den Therapiearm mit dem höheren Ziel-Hb Wert randomisiert wurden, wurden nach Studieneinschluss sofort behandelt, um einen Hb-Wert von 13–15 g/dl zu erreichen. Bei den Patienten des anderen Therapiearms wurde zunächst der Verlauf abgewartet und eine Therapie erst bei Abfall des Hb-Wertes auf unter 10,5 g/dl begonnen (Zielbereich 10,5–11,5 g/dl). Primärer Endpunkt war eine Kombination von acht kardiovaskulären Ereignissen. Die erreichten Hb-Werte lagen im Mittel um 1,9–1,5 g/dl auseinander. Zwischen beiden Therapiearmen gab es keine

signifikanten Unterschiede im primären Endpunkt. Allerdings war die Zahl der Ereignisse viel geringer als erwartet, sodass die Studie letztlich keine ausreichende statistische Power hatte, und numerisch gab es mehr Ereignisse im höheren Hb-Arm. Auffällig war, dass in dem Therapiearm mit dem höheren Zielwert auch signifikant mehr Patienten (n = 127) mit einer Dialysetherapie beginnen mussten als in dem anderen Arm (n = 111). Allerdings zeigte sich in dem höheren Therapiearm nach einem Jahr eine Verbesserung mehrerer Dimensionen der Lebensqualität, und dieser Unterschied war z. T. auch noch nach 2 Jahren nachweisbar.

Die CHOIR-Studie (Singh et al., 2006) [17] wurde ausschließlich in den USA durchgeführt und umfasste ca. 1400 Patienten mit Hb-Werten unter 11 g/dl und einer geschätzten GFR von 15–50 ml/min. Verglichen wurden zwei Therapiearme mit Ziel-Hb-Werten von 11,3 und 13,5 g/dl. Primärer Endpunkt war eine Kombination aus vier kardiovaskulären Ereignissen. Die erreichte Differenz der Hb-Werte lag ähnlich wie in der CREATE-Studie bei 1,5 g/dl. Diese Studie wurde vorzeitig beendet, nachdem in dem Therapiearm mit dem höheren Ziel-Hb-Wert signifikant mehr kardiovaskuläre Ereignisse beobachtet wurden (125 vs 97, p < 0,03). Die Analyse der einzelnen Komponenten dieses Endpunktes ergab einen nicht-signifikanten Trend zu mehr Krankenhausaufnahmen wegen Herzinsuffizienz und zu mehr Todesfällen in dem Arm mit dem höheren Zielwert und keinen Unterschied bei Schlaganfällen und Myokardinfarkten. Ein Unterschied in der Lebensqualität fand sich nicht.

Weder die CREATE-Studie noch die CHOIR-Studie haben damit einen Vorteil einer angestrebten Hb-Normalisierung in Hinblick auf kardiovaskuläre Ereignisse gezeigt, und die CHOIR-Studie ergab im Gegensatz zur CREATE-Studie sogar ein erhöhtes Risiko. CREATE hat einen Zugewinn an Lebensqualität gezeigt, CHOIR nicht. Wodurch diese Unterschiede begründet sind, ist letztlich nicht völlig klar. Die genaue Analyse des Protokolls und der Daten zeigt aber, dass CHOIR-Patienten einen deutlich höheren Grad an Komorbidität aufwiesen.

● Zusammenfassende Bewertung der Studienergebnisse

Unter Berücksichtigung früherer und neuerer Studienergebnisse ergeben sich erkennbare Vorteile, aber auch Risiken der Anämiebehandlung: Im Vordergrund steht als Benefit die Verbesserung der Lebensqualität, die sowohl physische als auch mentale Aspekte umfasst. Die meisten Studien haben gezeigt, dass Patienten, die mit dem Ziel eines höheren Hb-Wertes therapiert werden, eine höhere Lebensqualität haben als diejenigen in den Vergleichsgruppen mit niedrigeren Zielwerten. Gemessen wird die Lebensqualität in Studien mit Hilfe standardisierter und validierter Instrumente, die eine ähnliche Verlässlichkeit haben wie andere klinische Tests [7]. Dabei werden unterschiedliche

Komponenten der Lebensqualität erfasst. Die Anzahl und Art der Komponenten, für die eine Verbesserung beschrieben wurde, ist allerdings sehr variabel. Es lässt sich beim Vergleich der Studien kein Hb-Zielwert ausmachen,

oberhalb dessen kein Zugewinn an Lebensqualität mehr erkennbar ist. Nicht nachgewiesen ist eine Verbesserung der kardiovaskulären Prognose oder der Lebensdauer der Patienten; im Gegenteil kann der Versuch der Hb-Normalisierung (Ziel-Hb Werte über 13 g/dl) sogar mit einem erhöhten Risiko von lebensbedrohlichen Komplikationen verbunden sein. Die Frage, ob eine Behandlung mit einem Ziel von 13 g/dl im Vergleich zu deutlich niedrigeren Hb Werten einen Einfluss auf die kardiovaskuläre Prognose hat, kann bislang nicht beantwortet werden. Was die Progression des Nierenfunktionsverlustes betrifft, so lassen die durchgeführten Studien in der Gesamtschau vermuten, dass die Anämiebehandlung keinen konsistenten Effekt in die eine oder andere Richtung hat.

kurzgefasst

Randomisiert kontrollierte Studien zur Therapie der renalen Anämie belegen, dass höhere Ziel-Hb Werte mit einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Reduktion des Transfusionsbedarfs einhergehen. Obwohl die Prognose in Beobachtungsstudien um so besser ist, je höher der Hb-Wert ist, kann das Anstreben einer Hb-Zielwerts über 13 g/dl zu einer Zunahme kardiovaskulärer Ereignisse führen.

● Die TREAT-Studie – eine Frage der Ethik?

Noch bevor die Ergebnisse der CREATE und der CHOIR-Studie bekannt wurden, wurde die TREAT-Studie geplant und initiiert, um bei 4000 nicht-dialysepflichtigen Patienten mit diabetischer Nephropathie zu testen, ob die Behandlung der renalen Anämie in Hinblick auf die kardiovaskuläre Prognose Vorteile bringt [10]. Damit wird erstmals eine Studie dieser Größenordnung bei chronisch Nierenkranken durchgeführt. Um gleichzeitig einen möglichst großen Unterschied in den Hb-Werten zu erreichen, sieht das Protokoll einen Therapiearm mit Darbepoetin mit einem Hb-Zielwert von 13 g/dl vor in Vergleich zu einem Kontrollarm, bei dem nur eine „Rescue“-Anämie-therapie vorgesehen ist, falls der Hb-Wert unter 9 g/dl abfällt. Unter Hinweis auf die bisherigen Erfahrungen mit der Anämie-therapie, die klinische Praxis und die Beobachtungsdaten über den Zusammenhang zwischen Hb-Werten und Prognose wurde die Studie aufgrund des niedrigen Ziel-Hb-Wertes in der Kontroll-

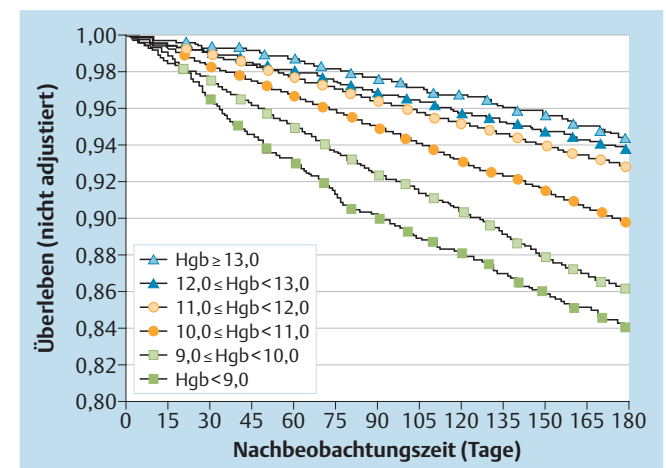


Abb. 2 Kaplan-Meier-Analyse zum Überleben von Dialysepatienten in Abhängigkeit vom Hb-Wert. Untersucht wurden 44 550 Patienten in den USA (nach [14]).

gruppe vielfach für ethisch bedenklich gehalten. Mittlerweile wird nach der Veröffentlichung der CREATE- und der CHOIR-Studiendaten umgekehrt heftig diskutiert, ob der höhere Ziel-Hb-Wert von 13 g/dl noch vertretbar ist. Dieser schnelle Wechsel in der Argumentationsrichtung zeigt, wie vorsichtig man mit der Ablehnung gut kontrollierter Studien aufgrund vermuteter, aber nicht bewiesener Ergebnisse sein sollte. Das unabhängige „Data Safety and Monitoring Board“ der TREAT-Studie hat nach den bisherigen Analysen keine Sicherheitsbedenken und eine unveränderte Fortsetzung der Studie empfohlen. Das Design unterscheidet sich so grundsätzlich von den bisherigen Studien, dass auch nach den jetzt bekannten Ergebnissen von CREATE und CHOIR die Ergebnisse von TREAT nicht vorhergesagt werden können. Deshalb ist sehr zu hoffen, dass die Studie wie geplant weitergeführt und beendet werden kann, auch wenn es besser gewesen wäre, sie schon vor 20 Jahren durchzuführen.

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- Bei der Behandlung der renalen Anämie mit rekombinantem EPO und EPO-Derivaten sind die möglichen Vorteile, wie Verbesserung der Lebensqualität und Verminderung des Transfusionsbedarfs, gegen die möglichen Risiken (einschließlich des Risikos lebensbedrohlicher Komplikationen) abzuwägen.
- Bei Dialysepatienten und Nierenkranken, die nicht dialysepflichtig sind, sollte der Ziel-Hb Wert nach der derzeitigen Datenlage nicht über 13 g/dl liegen.

Prof. Dr. Kai-Uwe Eckardt

Prof. Dr. K.-U. Eckardt ist Chefarzt der Medizinischen Klinik 4 – Schwerpunkt Nephrologie/Hypertensiologie am Klinikum Nürnberg/Universitätsklinikum Erlangen.

Autorenerklärung: Der Autor erklärt, Referenten- und Beraterhonorare sowie projektbezogene Forschungsmittel von Herstellern rekombinanter EPO-Präparate erhalten zu haben. Er ist Mitglied des Steering Komitees der CREATE- und der TREAT-Studie.

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

DRG-System

Was ist 2008 neu? (Teil 1)

Wie bereits in den letzten Jahren erfolgten auch für das Jahr 2008 zum Teil umfangreiche Änderungen im DRG-System, sowohl in der Fallpauschalenvereinbarung wie auch im Fallpauschalenkatalog, in den Deutschen Kodierrichtlinien und im ICD-10-GM-Katalog bzw. im Prozeduren-Katalog. Lesen Sie in dieser Ausgabe von BDI aktuell über die Neuerungen bei den Deutschen Kodierrichtlinien und dem ICD. In der Januarausgabe von BDI aktuell erfahren Sie alles Wissenswerte über die Änderungen im OPS-Katalog.

Die Kalkulation für die Ermittlung der Fallpauschalen 2008 erfolgte auf der Basis der gelieferten Daten von 221 Krankenhäusern unter Beteiligung von acht Universitätskliniken. Ursprünglich lieferten 249 Krankenhäuser Daten, wobei 28 nach Plausibilitätsprüfungen ausgeschlossen wurden. Für die Berechnung der Fallpauschalen in Hauptabteilungen standen mit der Kalkulationsstichprobe gelieferte Daten von 2,8 Mio. Krankenhausbehandlungen zur Verfügung.

Im Jahr 2008 existieren 1137 DRGs, somit 55 mehr als im Jahr 2007. Im Fallpauschalen-Katalog finden sich davon 1089, 54 mehr als 2007. Nicht bewertet von den 1137 DRGs sind 43 (1 mehr als 2007). Als rein teilstationäre DRGs liegen 5 vor.

An Ein-Belegungstag-DRGs gibt es nun 268, 6 mehr als letztes Jahr.

Themenverwandte DRGs innerhalb einer MDC mit unterschiedlichen Basis-DRG-Formulierungen wurden zu einer gemeinsamen Basis-DRG zusammengefasst. Einzelne DRG-Bezeichnungen wurden einer Textvereinfachung unterworfen.

Wie bereits im Jahr 2007 erfolgten Änderungen im Bereich der Intensivmedizin, der Kinderheilkunde und der Schlaganfallbehandlung.

Bei den Zusatzentgelten kamen 10 hinzu, 64 finden sich in der Anlage 2, Zusatzentgelte mit Bewertung, 51 in der Anlage 4, Zusatzentgelte ohne Bewertung

In Anlage 2 wurden einige ZEs neu aufgenommen, einige gestrichen bzw. weiter differenziert in neue ZEs überführt.

Neu sind die Zusatzentgelte

- ZE01.02 Hämodialyse, Alter < 15 Jahre
- ZE90 adjustierbare Harninkontinenztherapie.
- ZE81 Gabe von Posaconazol, oral

Gestrichen wurden die Zusatzentgelte

- ZE 07 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem
- ZE59 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem.

Stattdessen wurden zur weiteren Differenzierung der Neurostimulation neu geschaffen das

- ZE86 Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem

- ZE87 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem
- ZE88 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation, Mehrkanalsystem nicht wiederaufladbar
- ZE89 Neurostimulatoren zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem nicht wiederaufladbar.

Mehrere Zes wurden umbenannt:

- Das ZE25 Gabe von Rituximab, parenteral wurde umbenannt in ZE82,
- ZE33 Gabe von Thrombozytenkonzentraten in ZE83,
- ZE34 Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten in ZE84 und
- ZE 65 Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral in ZE85.

In der Liste der Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes in Anlage 4 des Fallpauschalenkataloges (krankenhausindividuelle Entgelte) wurde ZE2007-55 Hämodialyse, Alter < 15 Jahre gestrichen, da dieses ZE in die Anlage 2 übergeführt wurde.

Das ZE2007-23 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal wurde in das ZE2008-67 überführt, ZE2007-51 Implantation eines Wachstumsstents in ZE2008-68.

Neu hinzugekommen sind die Zusatzentgelte

- ZE2008-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar
- ZE2008-62 Mikroaxial-Blutpumpe
- ZE2008-63 Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen
- ZE2008-64 Gabe von Epoterminalfa, Implantation am Knochen
- ZE2008-65 selektive intravasculäre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären und das
- ZE2008-66 Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten.

In der Anlage 3a der nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteten vollstationären Leistungen (krankenhausindividuelle Entgelte), wurde neu aufgenommen die DRG B49Z mit der Partition A *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson*, weitere Änderungen finden sich ebenso wie in der Anlage 3b nicht.

Im Rahmen des Kalkulationsverfahrens erfolgten bei im Kern unverändertem Regelwerk des DRG-Systems Anpassungen zur Verbesserung der Transparenz des Systems und der Kostenzuordnungen. Bei der Überarbeitung der CCL-Matrix für 2008 erfolgte eine Verbesserung der aufwandsgerechten Abbildung bei 151 Diagnosen durch Streichung von 32 Codes, Abwertung von 46 Codes, Aufnahme von 19 Codes und Aufwertung von 54 Codes.

Unter den 19 in die CC-Matrix neu aufgenommenen Codes finden sich u. a. die Sekundärkodes für Antibiotikaresistenzen und Multiresistenzen, das Cauda-equina-Syndrom und eine Gewichtsstaffellung für Neugeborene.

Interessant ist die Streichung der Codes N39.0 *Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet* und B96.2 *E. coli und andere Enterobakteriaceen als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind*. Als ebenfalls gestrichene Codes sind der n. n. bez. Diabetes mellitus mit verschiedenen Komplikationen, Ernährungsprobleme beim Neugeborenen, Vorhofflimmern, Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak und die Harninkontinenz zu nennen (E14.01, E14.11, E14.2- bzw. 4- bzw. 5- bzw. 8- und E14.91, F17.3 bis .9, I48.1-, I66.9, L97, N18.89 und .9 sowie P92.8 und .9 sowie R02, R32 und R33).

In der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (Fallpauschalenvereinbarung – FPV 2008) findet sich in § 2 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus unter Absatz 3 eine Neuerung. Bisher war gültig, dass, falls Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthaltes, wieder aufgenommen werden, das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen hat. Ergänzt wurde der Absatz dahingehend, dass eine Zusammenfassung und Neueinstufung bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen nicht vorgenommen wird.

In der Klarstellung der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2008 (Stand

21.09.07) wurde Punkt 6 Eingruppierung und Fallzählung von tagesbezogenen Entgelten für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (A90A und A90B), Punkt 7 Abrechnung von Neugeborenen-Fallpauschalen und Punkt 8 Fristenberechnung bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen mit den entsprechenden Erläuterungen neu aufgenommen.

Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)

Wie jedes Jahr werden geänderte Textpassagen und Beispiele durch Balken am rechten Seitenrand gekennzeichnet, nicht markiert sind allerdings geringfügige redaktionelle Änderungen zur Vorversion. Neue Kodierrichtlinien und Kodierrichtlinien, deren Inhalt sich geändert hat, werden 2008 in der fortlaufenden Nummerierung mit „g“ bezeichnet. Ergaben sich durch die Anpassung von ICD bzw. OPS neue Kodiermöglichkeiten, so wurden diese als inhaltliche Änderung bewertet. Kodierrichtlinien, deren Texte aufgrund der Änderungen in ICD und OPS nur angepasst wurden, somit keine inhaltlichen Änderungen aufweisen, wurden in der Nummerierung nicht mit „g“ geändert.

D012f Mehrfachkodierung

Im Abschnitt Ausrufezeichenkodes der genannten DKR wurde in der Tabelle 2 der „mit einem Ausrufezeichen gekennzeichneten Kategorien/Kodes, die bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligatorisch anzugeben sind (nicht optional)“ der Code U69.00! *Andermorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie für Patienten von 18 Jahren und älter* eingefügt. Der Hinweis-text des ICD-Kodes erläutert die Anwendung (s. Neuerungen im ICD-10-GM 2008). Der Code wurde auf Antrag der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) eingepflegt. Die durch die Fachgruppe „Pneumonie“ bei der BQS gGmbH angefertigte Übersetzung der CDC-Kriterien findet sich auf den Internetseiten des DIMDI (FAQ) ab spätestens 01.01.2008.

Ebenfalls neu in Tabelle 2 findet sich der Code U69.10! *Andermorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist*. Im Gegensatz zum ICD-10-GM 2008 wurde in der DKR dieser Code mit einer Fußnote versehen: „Der Code U69.10! ist erst nach Inkrafttreten einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage zur verpflichtenden Datenübermittlung der Krankenhäuser an die Krankenkassen verbindlich anzugeben (s. auch Anhang B der DKR, S. 147)“. Dem Anhang B ist die Erläuterung für dieses Vorgehen zu entnehmen. Aus datenschutzrechtlicher Sicht sind die Krankenhäuser derzeit zu einer Datenübermittlung des genannten Codes nicht verpflichtet. Der Code U69.10! dient nicht der Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen, sondern wirkt im Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung

der DKR 2008 ist noch keine gesetzliche Grundlage für Krankenhäuser zur Datenübermittlung des Codes U69.10! an die Krankenkassen vorhanden, so dass eine Verpflichtung zur Anwendung dieses Codes derzeit nicht gegeben ist. Nach Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit, auf dessen Bitte der genannte Code in die Systematik aufgenommen wurde, ist kurzfristig mit einer entsprechenden Regelung zurechnen (s. auch Abschnitt Neuerungen ICD-10-GM 2008).

Auf der Basis der Aussage der DKR, dass, falls zwischen den Hinweisen zur Benutzung der ICD-10 bzw. des OPS 3-01 und den Kodierrichtlinien Widersprüche bestehen, die Kodierrichtlinien Vorrang haben, wurden weitere Erläuterungen in die ICD-10-GM 2008 nicht aufgenommen. Die Schaffung des genannten Codes beruht auf der Neuaufnahme von Absatz 2 in den § 52 SGB V im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes.

P003d Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS

Analog der Erweiterung der Hinweise unter 5-820 *Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk* wurde im Beispiel 3 der Hinweis hinzugefügt, dass aufwendige Gipsverbände gesondert zu kodieren sind (8-310). Inhaltliche Änderungen ergeben sich nicht.

P005e Multiple/Bilaterale Prozeduren

Der neue Code 6-00 Applikation von Medikamenten wurde in Tabelle 1 aufgenommen. Darüber hinaus erfolgten in der Tabelle redaktionelle Änderungen ohne Veränderung des Inhaltes.

P009a Anästhesie

Auch hier erfolgten keine inhaltlichen Veränderungen, der Begriff der Allgemeinanästhesie wurde durch den Begriff Anästhesie ersetzt (s. auch Neuerungen ICD-GM 2008, OPS-Kode 8-903).

P014e Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden

Die Tabelle 1 „Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren“ wurde ergänzt durch den *Lungenfunktionstest mit Ausnahme von pneumologischen Funktionsuntersuchungen (1-71)*. Medikamente aus 6-00 können weiterhin verschlüsselt werden, es wurde nur der ICD-Kode angepasst (2007 8-012 und 8-013).

P015f Organentnahme und Transplantation

In Teil 1 der Tabelle wurde bei dem Organ Leber zusätzlich zur Lebertransplantation die *Hepatozytentransplantation (8-862)*, in Teil 2 bei dem Organ Leber die *allogene Hepatozytentransplantation (8-862.0)* zur Lebertransplantation hinzugefügt.

O201f Auswahl und Reihenfolge der Codes

Im Kapitel 2 Neubildungen wurden die Kodierrichtlinien O211d *Chemotherapie*

bei Neubildungen und 0213f Strahlentherapie gestrichen und deren Inhalte nach Überarbeitung von Redundanzen in die DKR 0201f überführt. Bei der Auswahl der Hauptdiagnose, wenn der Aufnahmegrund weder die maligne Erkrankung noch die Chemo-/Strahlentherapie war, wird auf die Hauptdiagnosenregelung gemäß der DKR D002 Hauptdiagnose verwiesen. Die Erläuterungen zu den Anwendungen der Prozeduren bei Chemotherapie, Strahlentherapie bzw. kombinierter Strahlentherapie/Chemotherapie bleiben inhaltlich auch mit den bereits bekannten Beispielen unverändert bestehen und wurden ebenfalls in die DKR 0201f integriert. Damit gelang eine Straffung des Kapitels wiederum ohne Änderung der Inhalte.

0212d Instillation von zytotoxischen Materialien in die Harnblase

Der OPS-Kode 8-541.4 wurde in der Version 2008 redaktionell an die Änderung des Kodes angepasst. Statt *Instillation von zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren in die Harnblase*, heißt es nun *Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren in die Harnblase*. Keine inhaltliche Änderung der DKR.

0502a Nikotinabhängigkeit

Die Kodierrichtlinie wurde wegen fehlender Relevanz gestrichen.

0712a Katheterisierung der Tränenwege

Diese Kodierrichtlinie wurde mangels Relevanz gestrichen. Bei Aufnahme nur zur Entfernung oder nur zum Ersatz von Röhrchen der Tränenwege sind die Fälle über die allgemeine Kodierrichtlinie D005 Folgezustände und geplante Folgeeingriffe zu verschlüsseln.

0903a Herzstillstand

Die Prozedur 8-771 wurde redaktionell angepasst: Statt *kardiale Reanimation* lautet der Text nun *kardiale oder kardiopulmonale Reanimation*.

1001g Maschinelle Beatmung

Aufgrund der Schaffung des OPS-Kodes 8-771.01 *Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP), bei Säuglingen (29. bis 365. Lebensstag)* wurde unter Punkt 3 im Abschnitt Kodierung analog dem OPS-Katalog die Prozedur 8-711 angepasst: *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen statt maschinelle Beatmung bei Neugeborenen*. Neu ist nun, dass ein Kode aus 8-711 zusätzlich auch bei Kindern zwischen dem 29. und 365. Lebensstag anzugeben ist, sofern eine maschinelle Beatmung erfolgt.

1205d Plastische Chirurgie

Die Liste der Kodes, die bei medizinischen Gründen zur Entfernung von Brustimplantaten anzugeben ist, wurde durch den Kode *T85.82 Kapselfibrose der Mamma durch Mammoprothese*

oder *-implantat* ergänzt. Eine inhaltliche Änderung der Kodierrichtlinie erfolgte nicht.

1806g Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungen

Unter dem Abschnitt chronischer/therapieresistenter Schmerz/Tumorschmerz wird bekanntermaßen darauf hingewiesen, dass bei einer Aufnahme speziell zur Schmerzbehandlung und ausschließlicher Behandlung des Schmerzes der Kode für die Lokalisation des Schmerzes als Hauptdiagnose anzugeben ist. Dies gilt auch für den Tumorschmerz. Neu ist ab 2008, dass die zugrundeliegende Erkrankung, analog der DKR D002 Hauptdiagnose Abschnitt „Zuweisung eines Symptoms als Hauptdiagnose“, als Neben-diagnose zu kodieren ist. Konsequenterweise wurde dazu das Beispiel 1 angepasst und die Grunderkrankung bei ausschließlicher Behandlung des Schmerzes als Nebendiagnose eingeführt.

1914d Verbrennungen und Verätzungen

Hier wurde das Beispiel 2 an die Diagnosen für Verbrennungen Grad 2a analog der ICD-10-GM angepasst. Es erfolgten keine inhaltlichen Änderungen.

Neuerungen im ICD

Auch im Jahr 2008 finden sich nur moderate Änderungen bzw. Ergänzungen in der ICD-10-GM.

1. Unter dem Kode *U69.-! Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke* wird der Schlüssel *U69.0-! Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der externen Qualitätssicherung* eingeführt und weiter differenziert mit *U69.00! Anderorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter*. Unter den Hinweisen wird näher erläutert, unter welchen Bedingungen dieser Schlüssel verwendet wird. Die Schlüsselnummer ist nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind, zu verwenden und nur für vollstationäre Fälle anzugeben. Der Schlüssel dient als Abgrenzungskriterien in der Qualitätssicherung ambulant erworbener Pneumonien. Unter einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie versteht man eine Pneumonie, deren Symptome und Befunde die CDC-Kriterien erfüllen und frühestens 48-Stunden nach Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten oder sich innerhalb von 48 Tagen nach Entlassung aus einem Krankenhaus manifestieren. Die Einstufung als im Krankenhaus erworbener Pneumonie bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ein ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Dieser Zusatzcode findet bei folgenden Diagnosen Anwendung:

- A48.1 *Legionellose mit Pneumonie*
- B01.2+ *Varizellen-Pneumonie (J17.1*)*
- J10.0 *Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen*
- J11.0 *Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen*
- J12.- *Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert*
- J13 *Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae*
- J14 *Pneumonie durch Haemophilus influenzae*
- J15.- *Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert*
- J16.- *Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert*
- J18.- *Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet*
- J69.0 *Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes*
- J85.1 *Abszess der Lunge mit Pneumonie*.

2. Durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) wurde im Sozialgesetzbuch V der Abschnitt Leistungsbeschränkungen unter § 52 *Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden* ergänzt. Bisher war gültig, dass, falls sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen haben, die Krankenkasse diese an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen konnte und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern konnte. Ergänzt wurde dieser 1. Absatz durch Absatz 2: Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z. B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

Um dieser Neuformulierung gerecht zu werden, wurde im ICD-10-GM 2008 zusätzlich der ICD-Kode *U69.1-! Sekundäre Schlüsselnummern für besondere administrative Zwecke mit U69.10! Anderorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings* ist geschaffen. Ergänzt wird der Kode durch den Hinweis, dass diese Schlüsselnummer der Umsetzung des § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) dient und verpflichtend anzugeben ist (siehe auch Neuerungen der DKR D012f).

3. Unter *A49.- Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation* und *B34.- Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation* wurden die an 4. Stelle weiterdifferenzierten Schlüssel in der Textformulierung geändert. Es handelt sich jetzt nicht mehr um nicht näher bezeichnete

Krankheitsbilder (Infektion nicht näher bezeichnet), sondern um Krankheitsbilder nicht näher bezeichneter Lokalisation.

4. Unter *B25.8- Sonstige Zytomegalie* wurde mit *B25.80+ Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren* ein neuer Kreuzschlüssel geschaffen (Primärschlüssel), wobei über den Sternkode die Lokalisation angegeben werden kann. Mit *B25.88* werden *sonstige Zytomegalien* verschlüsselt. Die Systematik wurde damit den bereits bestehenden Kreuzschlüsseln *B25.0+ Pneumonie durch Zytomegalieviren*, *B25.1+ Hepatitis durch Zytomegalieviren* und *B25.2+ Pankreatitis durch Zytomegalieviren* angeglichen.
5. Unter *B59+ Pneumozystose (J17.3*)* wurde neu zusätzlich die *Pneumocystis jirovecii* aufgenommen.
6. Unter *B81.- Sonstige intestinale Helminthosen, anderenorts nicht klassifiziert* und *B83.- Sonstige Helminthosen* werden unter bereits vorhandene Schlüssel zusätzliche Krankheitsbilder subsummiert.
7. Mit *D76.0- Langerhans-Zell-Histiozytose, anderenorts nicht klassifiziert* kann neu an 5. Stelle die *multifokale Langerhans-Zell-Histiozytose (0)*, die *unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose (1)* und die *nicht näher bezeichnete Langerhans-Zell-Histiozytosen, anderenorts nicht klassifiziert (8)* verschlüsselt werden.
8. Zu *E64.3 Folgen der Rachitis* wurde die Formulierung geändert: statt „soll das Vorhandensein einer Kyphose angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen“ heißt es neu „soll das Vorhandensein einer Wirbelsäulen- deformität angegeben werden“.
9. Unter dem ICD-Kode *E66.- Adipositas* wurde die Untergliederung nach dem Body-Mass-Index neu eingeführt. Bei den bereits bekannten Codes *E66.0*, *E66.1*, *E66.2*, *E66.8*, *E66.9* kann nach Alter differenziert der Body-Mass-Index in 5er Schritten von 30 bis 40 und mehr an der 5. Stelle verschlüsselt werden. Die 5. Stelle mit 0, 1 und 2 ist für Patienten von 18 Jahren und älter, die 5. Stelle 9 für Patienten unter 18 Jahren gültig.
10. Bei den Glykogenspeicherkrankheiten wird unter *E74.0 die Tarui-Krankheit* eingefügt.
11. Die bisher unter *E83.5 Störungen des Kalziumstoffwechsels* subsummierten Erkrankungen *familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie* und *idiopathische Hyperkalziurie* können neu an 5. Stelle des ICD-Kodes, ebenso wie die *Kalziphylaxie* und die *nicht näher bezeichneten Störungen des Kalziumstoffwechsels* gesondert verschlüsselt werden.
12. Unter *G31.82* kann neu die *Lewy-Körper-Demenz* bzw. *Lewy-Körper-Krankheit* verschlüsselt werden, die

bisher unter *G31.88* subsummiert war.

13. Der Kode *G45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* wurde durch das Exklusivum *In der Bildgebung nachgewiesener, korrelierender Infarkt (I63.-)* ergänzt. Damit hat die morphologische Abgrenzung zwischen TIA und Infarkt Einzug in den ICD gehalten und erleichtert die Verschlüsselung flüchtiger neurologischer Defizite bei radiologisch nachgewiesenem Korrelat. Damit wurde dem Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Neurologie gefolgt, die nachvollziehbar auf die einheitliche Verschlüsselung des Problems drängte. Die Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) hat in ihren Kodierempfehlungen ebenfalls auf die Problematik hingewiesen. Eine entsprechende Klärstellung unter *I63.-* wäre zu erwarten gewesen, ist aber nicht erfolgt.
14. Die bisher unter *I77.2 Arterienruptur* subsummierten Krankheitsbilder *Arrosion, Fistel und Ulkus* werden mit Ausnahme der *Fistel* jetzt neu unter *I77.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arterien* gesetzt. Mit *I77.2* wird die *Arterienfistel* eingefügt.
15. Unter *I84.3 Äußere thrombosierte Hämorrhoiden* wurden jetzt die Begriffe *perianale Thrombose* und *perianales Hämatom (nichttraumatisch)* eingefügt.
16. Der Kode *K70.4 Alkoholisches Leberversagen* sowie *K71.1 Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose* wird durch den Hinweis ergänzt, dass falls der Schweregrad der *hepatischen Enzephalopathie* angegeben werden soll, eine zusätzliche Schlüsselnummer aus *K72.7-! Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum* anzugeben ist. Die Einfügung dieses Hinweises unter den Inklusiva von *K72.- Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert*, hat in der Vergangenheit zu widersprüchlichen Interpretationen geführt.
17. Unter *N13.6 Pyonephrose* erfolgt eine Ergänzung, so dass sich jetzt Zustände unter *N13.0* bis *N13.5* mit Infektion auf die Infektion der Niere beziehen.
18. Der Nierenabszess und der *perinephritische Abszess*, bisher unter *N15.1* zusammengefasst, können neu mit an 5. Stelle 0 bzw. 1 gesondert kodiert werden.
19. Unter *N48.3 Priapismus* kann neu an 5. Stelle die Ausprägung weiter differenziert angegeben werden.
20. Unter dem Kode *P04.- Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Noxen, die transplazentar oder mit der Muttermilch übertragen werden*, wird im Exklusivum der durch sonstige gesteigerte Hämolyse verursachte Ikterus beim Neugeborenen gestrichen, so dass das Exklusivum

neu lautet: *Ikterus beim Neugeborenen durch verabreichte Arzneimittel oder Toxine, von der Mutter übertragen* (P58.4).

21.Q18.1 präaurikulärer Sinus und Zyste wird ergänzt durch *prätragaler Sinus und Zyste*.

22.Im selben Kapitel kann neu unter Q21.- angeborene Fehlbildung der Herzsepten an 5. Stelle die *Fallot-Pentalogie bzw. die sonstigen angeborenen Fehlbildungen der Herzsepten (Eisenmenger-Defekt)* verschlüsselt werden: Das *Exklusivum Eisenmenger: Komplex bzw. Syndrom* bleibt erhalten.

23.Das Exklusivum unter R68.3 Trommelschlegelfinger wird ergänzt durch *angeborene Klumpnägel* (Q84.6).

24.Im Kapitel XIX wurden unter dem Abschnitt *Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen (T00-T07)* die fakultative Verschlüsselung an der 4. bzw. 5. Stelle mit 0 geschlossen oder 1 offen unter T02.- *Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, T08.- Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet, T10.- Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet, T12.- Fraktur der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet und T14.2.- Fraktur an einer nicht näher bezeichneten Körperregion* in eine obligate umgewandelt.

25.Unter T85.8- *sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert* wird neu der Kode T85.82 *Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat* eingefügt.

26.Die Liste der Inklusiva bei W49.9! *Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte* wird durch *Injektionsnadel* ergänzt.

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

Dr. Christine Kopf-Schiller ist im MDK Bayern im Ressort Gesundheitssystemforschung, Kommunikation, Öffentlichkeit – Team für Sonderaufgaben – tätig. Dr. Martin Zeuner leitet das Ressort Gesundheitssystemforschung, Kommunikation, Öffentlichkeit (GKÖ) beim MDK Bayern. Dr. Michael Kulzer ist Oberarzt in der Kardiologie und DRG-Beauftragter im Krankenhaus München Harlaching.

Der Artikel wird in BDI aktuell 1/2008 mit den Neuerungen OPS-Katalog fortgesetzt.

MRSA

Infektionslage in den USA

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wandelt sich die Epidemiologie von Infektionen mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* Stämmen (MRSA). Umso wichtiger ist es daher, deren Ausmaß zu erfassen, um Schwerpunkte in der Prävention und Kontrolle setzen zu können. R. M. Klevens et al. untersuchten nun die Situation in den USA. JAMA 2007; 298: 1763-1771

Hierzu fahndeten die Autoren in neun US-amerikanischen Regionen mit einer Gesamtpopulation von rund 16,5 Millionen Menschen nach Infektionen mit MRSA, die von Juli 2004 bis einschließlich Dezember 2005 aufgetreten waren. Die Informationen hierzu bezogen sie aus einem Programm zur Infektionsüberwachung. Erkrankungen mit MRSA wurden unter anderem danach klassifiziert, ob die Infektion ambulant oder nosokomial erworben worden war. Aus den gewonnenen Daten berechneten die Autoren die Inzidenzzahlen der MRSA-Infektionen sowie die dadurch bedingten Todesfälle im Krankenhaus. Ein Gebiet erwies sich mit besonders hohen Raten als Ausreißer und wurde daher aus der Intervallanalyse herausgenommen.

Im Beobachtungszeitraum traten 8987 invasive Infektionen mit MRSA auf, von denen die meisten mit medizinischen Maßnahmen assoziiert waren. 5250 (58,4 %) davon waren nosokomial erworben, hatten sich aber erst danach ambulant manifestiert. 2389 (26,6 %) waren im Krankenhaus aufgetreten, 1234 (13,7 %) ohne Bezug zu medizinischen Maßnahmen ambulant. 114 (1,3 %) Infektionen ließen sich nicht klassifizieren. Für das Jahr 2005 betrug die standardisierte Inzidenzrate für MRSA-Infektionen 31,8 pro 100 000 Personen. Die Rate war höher bei Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber (127,7 pro 100 000), bei Farbigen (66,5 pro 100 000) und Männern (37,5 pro 100 000). 1598 infizierte Patienten starben während der Studien-

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2359). Alle Rechte vorbehalten.

Kolorektales Adenom

Folsäure bietet keinen Schutz vor Tumoren

Epidemiologische Studien zeigen, dass eine folatarme Ernährung mit einem erhöhten Risiko für kolorektale Neoplasien assoziiert ist. B. F. Cole et al. untersuchten daher, wie effektiv und sicher Folsäure kolorektale Adenome verhindern kann. JAMA 2007; 297: 2351-2359

In der Doppelblindstudie erhielten 1021 Patienten mit frisch diagnostizierten und bereits entfernten kolorektalen Adenomen entweder 1 mg/d Folsäure oder Placebo. Daneben wurden sie separat in 3 Gruppen randomisiert und erhielten zusätzlich entweder 81 mg/d Acetylsalicylsäure (ASS), 325 mg/d ASS oder Placebo. Die Patienten stellten sich nach 3 (1. Follow-up) bzw. nach 6-8 Jahren (2. Follow-up) in den beteiligten Kliniken zur koloskopischen Überwachung vor. Primärer Endpunkt war das Auftreten von mindestens einem kolorektalen Adenom. Zu den sekundären Endpunkten zählten fortgeschrittene Läsionen (≤ 25 % villöse Veränderungen, hochgradige Dysplasien mit einer Größe ≥ 1 cm, oder ein invasives Krebsgeschwür) sowie die Anzahl an Adenomen (0, 1-2, oder ≥ 3 Adenome).

● **Mehr Adenome unter Folsäure nach erstem Follow-up**
Knapp 97 % der Patienten nahmen an der ersten koloskopischen Follow-up-

Untersuchung teil. Die Inzidenz von mindestens einem kolorektalen Adenom betrug in der Folsäuregruppe 44,1 gegenüber 42,4 % in der Placebogruppe. Fortgeschrittene Läsionen traten ebenfalls häufiger in der Interventionsgruppe auf: 11,4 (n = 57) versus 8,6 % (n = 42). An der 2. Follow-up-Untersuchung nahmen insgesamt 607 Patienten teil. Hierbei lag die Inzidenz von mindestens einem kolorektalen Adenom bei 41,9 % unter Folsäure gegenüber 37,2 % unter Placebo. Fortgeschrittene Läsionen fanden sich zu 11,6 % (n = 35) in der Interventionsgruppe gegenüber 6,9 % (n = 21) in der Placebogruppe.

● **Risiko auch für nicht-kolorektale Tumoren erhöht**
Die mehrjährige Gabe von Folsäure war mit einem höheren Risiko für die Bildung von 3 oder mehr kolorektalen Adenomen sowie von nicht-kolorektalen Tumoren (vorwiegend die Prostata betreffend) assoziiert. Weder

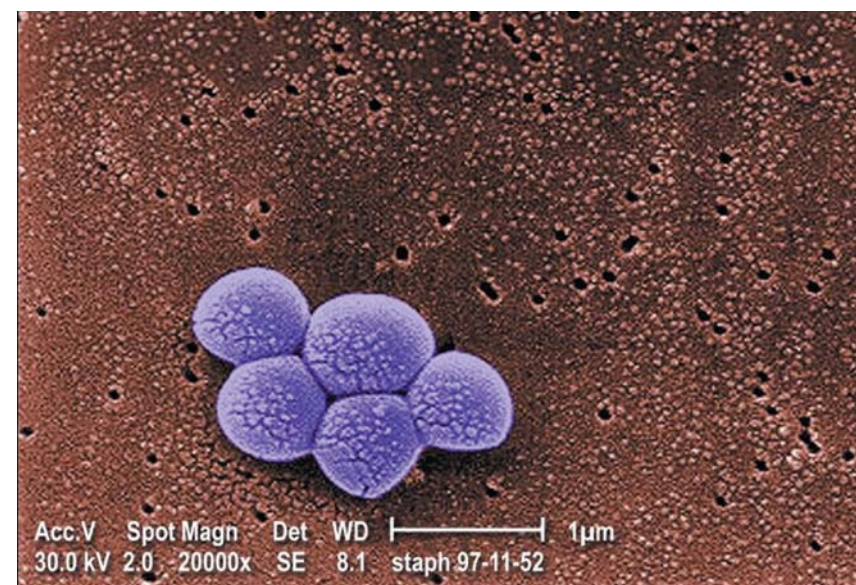
periode im Krankenhaus. Die standardisierte Mortalitätsrate für das Jahr 2005 lag bei 6,3 pro 100 000.

● **Fazit**
Invasive Infektionen mit MRSA betreffen verschiedene Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichem Ausmaß. Sie sind nach wie vor ein großes öffentliches Gesundheitsproblem und zumeist mit medizinischen Maßnahmen assoziiert, dabei aber nicht auf Akuteinrichtungen beschränkt, so die Autoren.

● **Kommentar zur Studie**
Die Studie zeigt nach Ansicht von E. A. Bancroft, dass Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen, die

früher nur in Kliniken vorkamen, nun auch den ambulanten Bereich betreffen. Alte Erkrankungen hätten neue Tricks gelernt. Folglich sei eine neu strukturierte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen nötig, um Antibiotikaresistenzen zu identifizieren und zu kontrollieren. Interdisziplinäre Forschungsarbeit müsse vor allem auch auf dem Gebiet der MRSA-Infektionen geleistet werden. Nach ihren Worten sollten öffentliches Gesundheitswesen und Kliniker an einem Strang ziehen, um den vernünftigen Einsatz von Antibiotika zu gewährleisten.
JAMA 2007; 298: 1803-1804

Dr. med. Johannes Weiß



Methicillin-resistente *Staphylococcus-aureus*-Gruppe (Bild: CDC-Atlanta).

die Parameter Alter, Geschlecht, Rauchen, Alkohol, Bodymass-Index und der vor Studienbeginn gemessene Plasma-Folat-Spiegel noch die Gabe von Acetylsalicylsäure beeinflussten die Endpunkte der Studie signifikant.

● **Fazit**
Die Gabe von 1 mg/d Folsäure reduziert das Risiko für kolorektale Adenome nicht. Inwieweit die Supplementierung mit Folsäure kolorektale Neoplasien fördert, werden künftige Studien zu klären haben, so die Autoren.

● **Kommentar zur Studie**
Wie sollen die unerwarteten Ergebnisse dieser Studie interpretiert werden? Nach C. M. Ulrichs Ansicht ist hierbei maßgeblich, dass die Studienergebnisse keine Informationen zur Primärprävention, sondern – aufgrund der Wahl der Studienteilnehmer mit erhöhtem Adenomrisiko – eher zur Sekundärprävention liefern. Denkbar sei, dass unentdeckte frühe Präkursor-Läsionen in der Mukosa der Patienten vorhanden gewesen waren und die Folsäure wiederum das Wachstum dieser Läsionen förderte. Diese Studie zeige wieder einmal, dass das Prinzip der

Chemoprävention mit einzelnen Wirkstoffen nicht unproblematisch sei. Ein besseres Verständnis über Dosierung, richtigem Timing und Dauer der Folsäureintervention auf das Wachstum von neoplastischen Läsionen sei daher dringend erforderlich. Auf der anderen Seite sollte im Bereich der Chemoprävention eher an eine Intervention mit mehreren Wirkstoffen gedacht werden. Eine günstige und effektive Variante ist dabei bereits eine gesunde, ausgewogene Ernährung, so Ulrich.
JAMA 2007;297: 2408-2409

Dr. Franka Neumer

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Zeitschrift für Gastroenterologie (Z Gastroenterol 2007; 45: 927). Alle Rechte vorbehalten.

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
AED + Monitoring Kombisystem
statt 4460 € nur 1599 € + MWSt.
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de

Venöse Thromboembolien

Wie ist die Situation im ambulanten Bereich?

Daten einer Studie aus den späten 1980er Jahren legen nahe, dass die meisten venösen Thromboembolien im ambulanten Bereich auftreten. Das Risikoprofil dieser Patienten wurde bisher jedoch kaum untersucht. F. A. Spencer et al. nahmen sich nun dieser Aufgabe an. Arch Intern Med 2007; 167: 1471–1475

In einer Datenbank machten die Autoren dazu alle Patienten ausfindig, die in einem eng umrissenen US-amerikanischen Gebiet in den Jahren 1999, 2001 und 2003 wegen einer Thromboembolie behandelt worden waren. Neben den Basisdaten dokumentierten sie dabei auch insbesondere vorausgegangene Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle oder Infektionen, um ein Risikoprofil ableiten zu können. Auch eventuell

erfolgte Thromboseprophylaxen erfassten die Autoren. Eingang in die Analyse fanden nur solche Patienten, bei denen sich die Thromboembolien im ambulanten Bereich entwickelt hatten. Von rund 477 800 eingetragenen Patienten konnten die Autoren für ihre Beobachtungszeiträume 1897 Thromboembolien verifizieren. Es handelte sich dabei um 1348 tiefe Beinvenenthrombosen, 285 Lunge-

nembolien und 264 Kombinationen aus beidem. 1399 (73,7 %) dieser Ereignisse waren im ambulanten Bereich aufgetreten. Von diesen Patienten waren in den vorausgegangenen 3 Monaten 23,1 % operiert und 36,8 % im Krankenhaus stationär behandelt worden. Bei 66,9 % von ihnen trat die Thrombose innerhalb eines Monats nach dem Klinikaufenthalt auf. Darüber hinaus litten 29,0 % der Patienten mit Thromboembolien



Längsschnitt durch eine Femoralis-venöse Thrombose. Links im Bild strömt noch Blut. (Bild: G. Mathis, Pneumologie 2006; 60: 600–606, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart).

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 1867). Alle Rechte vorbehalten.

Chronische Rückenschmerzen

Effekt von echter und scheinbarer Akupunktur ähnlich

Der Einsatz von Akupunktur bei der Behandlung chronischer Rückenschmerzen ist umstritten. Eine Cochrane-Studie kam zu dem Ergebnis, dass Akupunktur nur als Ergänzung anderer Therapien nützen kann. M. Haake et al. verglichen jetzt erstmals direkt die Wirkung echter Akupunktur mit konventioneller Therapie und Scheinakupunktur. Arch Intern Med 2007; 167: 1892–1898

Im Rahmen der Deutschen Akupunkturstudie wurden 1162 Patienten zwischen 18 und 86 Jahren untersucht, die im Durchschnitt seit acht Jahren unter chronischen Rückenschmerzen litten. Ein Drittel der Patienten erhielt zehn Mal eine Akupunkturbehandlung, bei der nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin 14 bis 20 Nadeln 5 bis 40 Millimeter tief in bestimmte Punkte gestochen wurden. Ein weiteres Drittel der Patienten wurde scheinbar mit Akupunktur behandelt, bei ihnen wurden aber die Nadeln

beiderseits der Wirbelsäulen nur wenige Millimeter in die Haut gestochen. Die dritte Patientengruppe erhielt eine konventionelle Therapie aus Medikamenten, Physiotherapie und Massage. Die Zuordnung zu den Gruppen war randomisiert. Die Teilnehmer der Akupunkturgruppen wussten bis zum Abschluss der Untersuchungen nicht, welche Form sie erhalten hatten.

Als primäres Ergebnis wurde nach 6 Monaten das Ansprechen auf die jeweilige Behandlung gemessen. Diese wurde als Verbesserung defi-

niert – um mindestens 33 % auf der Von-Korff-Schmerzskala oder um mindestens 12 % beim Funktionsfragebogen Hannover. Fast die Hälfte der Patienten in den Akupunkturgruppen sprach auf die Behandlung an. Nach 6 Monaten war bei 47,6 % der echten Akupunkturgruppe und 44,2 % der Scheinakupunkturgruppe eine deutliche Symptombesserung zu beobachten. Akupunktur war damit signifikant effektiver als die konventionelle Therapie. In dieser Gruppe war nur bei 27,4 % eine Besserung eingetreten

● Fazit

Akupunktur ist bei der Behandlung tief sitzender Rückenschmerzen konventionellen Therapieformen überlegen. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um echte oder scheinbare Akupunktur handelt, so die Autoren.

Annett Zündorf

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2304). Alle Rechte vorbehalten.

an einer malignen Neoplasie, 18,6 % hatten eine vorausgegangene Infektion und 19,8 % hatten schon einmal zuvor eine Thromboembolie erlitten. Von 516 Patienten mit einer zuvor erfolgten stationären Behandlung hatten weniger als die Hälfte (42,8 %) während des Aufenthaltes eine medikamentöse Thromboseprophylaxe erhalten.

● Fazit

Es wurden mehr Thromboembolien in den ersten 3 Monaten nach einer stationären Behandlung diagnostiziert als während des Klinikaufenthaltes selbst. Maßnahmen, die Thromboseprophylaxe im Krankenhaus zu verbessern, könnten helfen, den Anteil ambulanter Thromboembolien zu senken, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie

S. Z. Goldhaber sagt voraus, dass die Prophylaxe ambulanter Thromboembolien eines der wichtigen Themen des Jahres 2008 werden wird. Wir müssten beginnen, relevante Daten zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung zu erfassen, so dass anfällige Patienten mit einer angemessenen und umfassenden Thromboseprophylaxe versorgt werden können. Nach seinen Worten sind es lebenswichtige erste Schritte, die Bedrohung durch ambulante Thromboembolien zu erkennen und die künstliche Grenze zwischen ambulanter und stationärer Thromboseprophylaxe aufzuheben.

Arch Intern Med 2007; 167: 1451–1452

Dr. med. Johannes Weiß

Impressum

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

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

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

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC) • Layout-Entwurf (Mantelteil): Michael Zimmermann • Herstellung, Layout und Layoutentwurf (Kongresse & Services): Andrea Hartmann • Redaktion und Layout (Kongresse & Services): Sabine Kloos • Druck: L.N. Schaffrath, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe: Biggi Bender, Prof. Dr. Kai-Uwe Eckardt, Dr. Hans-Georg Fritz, Dr. Andreas Gerlach, Dr. Christine Kopf-Schiller, Dr. Bernd Krause, Dr. Franka Neumer, Dr. Peter Pommer, Klaus Schmidt (KS), Dr. Wolf von Römer, Dr. Johannes Weiß, Annett Zündorf

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

Kleinanzeigen schicken Sie bitte an die BDI-Geschäftsstelle (Adresse s.o.) oder an rbornemann@bdi.de

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

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

Sonoring
1/5 Seite Eckfeld (111mm breit x
210mm hoch)

Psychiatrische Erkrankungen

Könnten Viren daran schuld sein?

Bereits Ende der 70er Jahre gab es erste Hinweise, dass psychiatrische Erkrankungen durch Viren ausgelöst werden könnten. In den Brennpunkt des Interesses rückten damals die Bornaviren. In der Folge wurde viel auf diesem Gebiet geforscht, jedoch mit unterschiedlichen Ergebnissen. Mittlerweile ist über dieses Thema ein regelrechter wissenschaftlicher Streit entbrannt.

Die Bornaerkrankung wurde erstmals im frühen 19. Jahrhundert als „hitze Kopfkrankeheit von Pferden“ beschrieben. Es kam bei den Tieren zu einer Gehirnerkrankung, die mit Agitiertheit einherging. Letztlich führt die Infektion zu einer Enzephalitis, die in rund 90 % der Fälle letal endet. Als es 1885 im sächsischen Borna zu einer Epidemie unter Militärpferden kam, wurde die Erkrankung nach der Stadt benannt. Die Bornaerkrankung unterliegt der Meldepflicht für Tierkrankheiten. Daher weiß man, dass sie in manchen Gebieten Deutschlands in abgegrenzten Bereichen vorkommt, insgesamt jedoch recht selten ist. Bei dem Erreger handelt es sich um ein behülltes RNA-Virus, dessen Genom aus nicht segmentierter, einzelsträngiger RNA negativer Polarität besteht. Neben Pferden kann es auch Schafe, Ziegen, Rinder, Hunde oder Katzen befallen, ohne dass dies jedoch zu einer manifesten Erkrankung führen muss. Darüber hinaus lassen sich aber ebenso Labortiere experimentell mit Bornaviren infizieren. So geschah dies auch Ende der 70er Jahre mit Tupaia-Affen, einer Primatenart, die auf einer niedrigen Evolutionsstufe steht. Ziel dieses Versuchs war es, das Wirtsspektrum des Erregers zu untersuchen. Was sich dann zeigte, war ungewöhnlich: die ansonsten unauffälligen Tiere legten plötzlich ein deutlich gestörtes Sozialverhalten an den Tag. Dies warf die Frage auf, ob möglicherweise auch Menschen infizierbar sind, die dann entsprechende psychische Auffälligkeiten zeigen könnten. Tatsächlich ließen sich bei psychiatrischen Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen mit erhöhter Häufigkeit Antikörper gegen das Virus nachweisen. Damit begann die Forschung. Vermutet wurde unter anderem ein Zusammenhang mit Depressionen, Schizophrenie oder dem Chronic-Fatigue-Syndrom.

● **RKI hat Forschung eingestellt**
Auch das Robert-Koch-Institut (RKI) hatte sich lange Jahre daran beteiligt. Eine Arbeitsgruppe um Liv Bode begann Anfang der 90er Jahre mit den Untersuchungen, konnte aber keinen schlüssigen Beweis dafür liefern, dass die Viren tatsächlich humanpathogen sind. Vielmehr wurden die Ergebnisse, bei denen sich in menschlichem Serum Virusantigene oder -RNA nachweisen ließen, als Laborkontaminationen interpretiert, zumal andere Labors diese Befunde nicht bestätigen konnten und sich widersprüchliche Resultate zeigten. Teils fanden sich bei ehemals positiven Proben in den Kontrollen negati-

ve Ergebnisse, ehemals negative Proben wurden aber auch positiv getestet. Die Arbeitsgruppe um Bode verwendete zudem bei ihren Untersuchungen einen selbst entwickelten Sandwich-ELISA, der jedoch niemals validiert wurde. Dies wäre allerdings für eine verlässliche weitere Forschung zwingend notwendig gewesen. Die Ergebnisse wurden daher in virologischen Fachkreisen angezweifelt. Im Jahr 2005 stellte das RKI schließlich die Forschung auf diesem Gebiet ein.

Die Gesellschaft für Virologie (GfV) bezieht auf ihrer Homepage ebenfalls Stellung zur Problematik der Bornaviren. Ähnlich dem RKI kommt sie zu dem Schluss, dass sich bei den Untersuchungen keine eindeutigen Ergebnisse zeigten. Die publizierten Befunde beruhten vielmehr auf bisher nicht geklärten Reaktionen, die fälschlicherweise als Virusnachweis interpretiert worden seien. Die Gesellschaft vertritt daher die Meinung, dass die Behauptung, Bornaviren seien ein humanpathogenes Agens, mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einer Fehleinschätzung von Daten beruhe und durch wissenschaftliche Experimente nicht belegt sei. Sie empfiehlt, solche Aussagen zumindest solange zu unterlassen, bis verlässliche und validierte Daten vorliegen.

● **Zweifel an der Humanpathogenität**

Auch Prof. Dr. rer. nat. Peter Staeheli vom virologischen Institut der Universität Freiburg hat sich intensiv



Prof. Dr. rer. nat. P. Staeheli

mit Bornaviren beschäftigt. Er ist ebenfalls davon überzeugt, dass es momentan keine ausreichenden Hinweise für eine Humanpathogenität des Erregers gibt. Besonders den Nachweismethoden steht er skeptisch gegenüber. „Bei Virusinfekten ist die Serologie beliebt. Die ist aber gerade bei Bornaviren sowohl bei Menschen als auch bei Tieren recht unbefriedigend“, gibt Staeheli zu bedenken. Das Problem dabei sei, dass die Titer im Vergleich zu anderen Erregern erstaunlich niedrig blieben, was den Nachweis schwierig mache. Nach seinen Worten lässt sich bei diskret positiven Befunden auch nicht mit Sicherheit sagen, wel-

ches Agens tatsächlich diese Reaktion ausgelöst hat.

Versagt die Serologie, ist die Polymerasekettenreaktion (PCR) eine weitere Möglichkeit, das Virus bzw. seine Nukleinsäure direkt nachzuweisen. Gerade bei Borna gibt es dabei allerdings eine gewisse Schwierigkeit: Der Erreger hält sich vorwiegend im Gehirngewebe auf, sodass kaum Viren oder deren Bestandteile in das periphere Blut ausgeschwemmt werden. „Ein Nachweis aus Serum ist daher nahezu unmöglich. Man müsste dann schon Gehirngewebe dazu nehmen“, erklärt Staeheli. Und das funktioniert natürlich beim Menschen in aller Regel nicht. Aus Untersuchungen von Operationspräparaten weiß er jedoch, dass auch hier der Nachweis fehlschlagen kann. Probleme durch Kontamination Gerade bei hochsensitiven Methoden wie der PCR ergibt sich ein weiteres Problem: die Kontamination. Auch in sehr sauber arbeitenden Labors lässt es sich kaum vermeiden, dass Spuren von Nukleinsäuren am Instrumentarium haften oder in der Luft zirkulieren. Staeheli führt daher einen gewissen Anteil positiver Ergebnisse auf solche Kontaminationen zurück. „In den USA ließ sich in einer Probe ein Virusstamm nachweisen, an dem ein Pferd in Deutschland gestorben war. Ein solches Ergebnis wäre extrem unwahrscheinlich und deutet doch eher auf eine Verunreinigung hin“, sagt Staeheli. Letztlich will der Virologe einen Zusammenhang zwischen Bornaviren und psychischen Erkrankungen nicht ausschließen, sieht jedoch momentan keinen wissenschaftlichen Weg, dies nachzuweisen. Weiter gibt er zu bedenken, dass Forschungen ohne greifbares Ergebnis mit der Zeit ihren Sinn verlieren und eine Finanzierung solcher Projekte irgendwann einmal nicht mehr gerechtfertigt ist. Daher hält er die Entscheidung des RKI auch für völlig korrekt.

● **Gibt es doch Beweise?**

Anderer Ansicht ist dagegen Prof. Dr. med. Karl Bechter, Chefarzt der Abteilung Psychosomatik an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie II der Universität Ulm, der sich seit über 20 Jahren mit der Thematik beschäftigt: „Wir haben eindeutige Hinweise, dass an der Sache etwas dran ist!“ Im Gegensatz zu anderen Labors habe seine Arbeitsgruppe sich nicht ausschließlich auf die PCR gestützt, die in den meisten Studien verwendet worden sei, sondern einen zertifizierten Antikörpertest benutzt. Und: „Wir konnten nicht nur bei psychiatrischen

Patienten eine erhöhte Seroprävalenz von Borna-Antikörpern gegenüber chirurgischen Kontrollen nachweisen, sondern haben auch im Liquor erhöhte Antikörperspiegel gefunden.“ Dies beweist nach seinen Worten, dass sich etwas im Gehirn getan haben muss, da die Antikörper nicht die Blut-Hirn-Schranke passieren können. Bechter schätzt, dass etwa 6 % der psychiatrischen Patienten und 3 % der gesunden Kontrollen Antikörper gegen Bornaviren haben. „Wie bei allen Virusinfektionen gilt aber auch hier, dass das Erkrankungsrisiko von verschiedenen Wirtsfaktoren abhängt, unter anderem von genetischen und immunologischen“, gibt Bechter zu bedenken. Die Infektion sei eine *conditio sine qua non*, führe aber nicht automatisch zur psychiatrischen Erkrankung. „Wir kennen auch nicht den zugrunde liegenden Mechanismus. Möglicherweise spielen hier autoimmune Prozesse eine Rolle“, vermutet er.

● **Verschiedene Erreger als Auslöser**
Überzeugt ist Bechter zudem, dass Bornaviren nicht das einzige mögliche Agens sind: „Es gibt wahrschein-



Prof. Dr. med. K. Bechter

lich eine Menge weiterer Erreger, die psychiatrische Krankheitsbilder auslösen können.“ Er berichtet von einer depressiven Patientin, bei der er Streptokokken vermutete. Er ließ sie tonsillektomieren und behandelte mit Penicillin. Anschließend war sie von ihrer Depression geheilt und ist mittlerweile seit über fünf Jahren symptomfrei. Auf ein ähnliches Phänomen stößt man auch immer wieder in der Literatur: Hier wird bei depressiven Patienten teils von Behandlungserfolgen mit Amantadin berichtet, und daraus auf eine virale Genese der Erkrankung geschlossen. Bechter steht solchen Folgerungen eher skeptisch gegenüber: „Wir wissen, dass Amantadin verschiedene psychotrope Effekte hat. Ich habe es schon mit Erfolg angewandt, bevor die Diskussion um Bornaviren losging. Deswegen aber auf eine Viruserkrankung zu schließen, halte ich nicht unbedingt für sinnvoll.“ Aufgrund seiner eigenen Ergebnisse sieht Bechter weiterhin einen großen Forschungsbedarf. Der Argumentation des RKI kann er daher nicht folgen. „Es sind hier falsche Schlussfolgerungen gezogen worden, nämlich dass jeder, der Antikörper hat, auch erkranken muss. Das ist aber Unsinn“, sagt er. Als Beispiel führt er HIV an: „Bei 80 % der Infizierten lässt sich das Virus im ZNS nachweisen, aber nur sehr wenige haben Symptome.“ Bechter warnt deshalb davor, voreilige Schlüsse zu ziehen und rät, gelassen mit dem Problem umzugehen. „Man sollte aber das Potenzial erkennen und eine entsprechende

Grundlagenforschung unterstützen“, fordert er.

● **Infektionsquelle unklar**

Diese Ansicht teilt auch Dr. rer. nat. Sibylle Herzog, wissenschaftliche Mitarbeiterin im virologischen Institut der Universität Giessen und Leiterin der dortigen Borna-Forschung. Sie hält weitere Untersuchungen ebenfalls für dringend notwendig. „Wichtig wäre es insbesondere, die Infektionsquelle ausfindig zu machen“, erklärt die Virologin. Sie vermutet dabei Nagetiere, ähnlich wie bei den Hantaviren. Die Giessener Virologie gehört weltweit zu den führenden Instituten auf dem Gebiet der Bornaviren. Schon seit den 1920er Jahren wird hier geforscht. Herzog entwickelte einen eigenen Test, um Antikörper gegen die Viren nachzuweisen. Das Verfahren wurde mittlerweile von der Deutschen Akkreditierungsstelle Chemie (DACH), einer unabhängigen und international kontrollierten Organisation für die Bewertung von Analyseverfahren, zertifiziert. Somit sollte die Methode glaubhafte Ergebnisse liefern. Es handelt sich hierbei um das Verfahren, mit dem auch Bechter seine Proben untersuchen ließ. Herzog verwendet den Test vor allem in der Pferdediagnostik. „Man kann beim Pferd eine akute Infektion mit Bornaviren mittels Nachweis von Antikörpern in Serum und Liquor diagnostizieren“, erklärt die Virologin. Dagegen treten bei einem inapparenten Verlauf keine Antikörper im Liquor auf. Die Tatsache, dass humane Antikörper die gleichen Epitope erkennen wie Pferdeantikörper, wertet sie als Beweis dafür, dass auch Menschen sich mit dem Bornavirus infizieren können.

● **Der Streit wird weitergehen**

Den Ergebnissen der Bornaergruppe aus Berlin steht Herzog daher skeptisch gegenüber. „Wir hatten damals Hinweise, dass der ELISA nicht stimmt“, berichtet sie. Ihre Forschungsgruppe hatte die Serumproben gegengetestet und konnte keine Antikörper nachweisen. „Besonders stutzig gemacht hat mich dabei, dass die Prävalenz bei Pferden bei 80 % gelegen haben soll, obwohl diese normalerweise nur 10 % ausmacht“, sagt Herzog. Auch in Sektionsgewebe von angeblich infizierten Pferden ließ sich mittels PCR und Westernblot kein Virus nachweisen. Außerdem fand sich histologisch keine Enzephalitis, was laut Herzog eine Erkrankung ausschließt.

So wird der wissenschaftliche Streit um die Viren wohl noch eine ganze Weile weitergehen. Sollte tatsächlich ein Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen bestehen, würden sich für einige Patienten völlig neue Behandlungsmethoden auftun – mit Aussicht auf eine dauerhafte Heilung.

Dr. med. Johannes Weiß