

Inhalt

Das neue Vergütungssystem Die neue Welt 2009 und der hausärztliche Internist

Mit den neuen Abrechnungsbestimmungen werden wir ab dem nächsten Jahr leben müssen. BDI aktuell erläutert anhand einer Beispielabrechnung, wie sich die Qualitätszuschläge berechnen lassen und was unter dem Strich herauskommen kann.

Seite 3

Der BDI nimmt Stellung Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich

Die vertragsärztliche Versorgung besteht aus einem fachärztlichen und einem hausärztlichen Bereich. Der BDI nimmt Stellung zur Situation der hausärztlichen Internisten, die zumindest teilweise auch Tätigkeiten aus dem fachärztlichen Leistungsspektrum ausüben.

Seite 7

Rabattverträge Probleme und Risiken bei der Umstellung der Medikation

Die rabattvertragsbedingte Umstellung von Medikationen kann zahlreiche Risiken mit sich bringen, die den Patienten verwirren, belasten oder schlimmstenfalls gefährden.

Seite 10

Kardiologie Was tun bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern

Neu aufgetretenes Vorhofflimmern erfordert eine umfangreiche Diagnostik, deren Ergebnisse für die Wahl der Therapiestrategie entscheidend sein können.

Seite 13

Impressum

Seite 12

Der BDI in Berlin: Internisten machen sich für ihr Fach stark



Bild: BDI

In einem instruktiven Gespräch mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt haben Präsidium und Geschäftsführung des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V., gemeinsam mit dem Präsidium des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, auf die Bedeutung des Fachs Innere Medizin hingewiesen. Die wichtige Rolle der 11200 vom BDI vertretenen hausärztlich tätigen Internisten in der vertragsärztlichen Versorgung stand dabei im Vordergrund. Deren Spektrum unterscheidet sich aufgrund der spezifischen Weiterbildung stark von der allgemeinärztlichen Tätigkeit, betonte der BDI. Beide Berufsverbände warnten eindringlich davor, im Zuge einer Gesetzesänderung dem Hausärzterverband ein Monopol beim Abschluss von Hausarzt-Verträgen mit den Krankenkassen zuzuschreiben. Auch Detailfragen der ärztlichen Vergütung ab 2009 in Folge der aktuellen Vergütungsreform sowie die Dringlichkeit einer besseren Finanzausstattung der Krankenhäuser standen auf der Tagesordnung. Um weiteren Personalabbau und Klinikschließungen zu verhindern und die Qualität der stationären Versorgung in Deutschland sowie die internistische Weiterbildung nicht zu gefährden, muss die Finanzierung der Krankenhäuser so rasch wie möglich gesichert werden, so der BDI.

Elektronische Gesundheitskarte

Basis-Rollout in Nordrhein kommt ins Stocken

Praxen, Krankenhäuser und Apotheken in Nordrhein sollen noch in diesem Jahr mit den Kartenterminals und Primärsystemen zum Umgang mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausgestattet werden. Doch der Basis-Rollout kommt schon wieder ins Stocken.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verläuft wie die Echternacher Springprozession – zwei Schritte vor, einen zurück. Eigentlich sollten schon im zweiten Quartal 2008 ein oder zwei Kassenärztliche Vereinigungen ausgewählt werden, in denen mit dem Basis-Rollout begonnen werden konnte. Daraus wurde jedoch nichts. Erst als sich die KV Nordrhein Mitte des Jahres bereit erklärte, den Start als „Durchstichregion“ zu wagen, wurde die Planung konkreter. KV, KZV, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen in Nordrhein einigten sich über das Prozedere und gingen zunächst von einem Rollout noch im August aus. Auf der eHealth-Konferenz 2008 Mitte September in Kiel zeichnete sich aber ab, dass selbst das vierte Quartal dieses Jahres noch nicht als sicherer Starttermin feststeht. Wie der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Leonhard Hansen, in Kiel mitteilte, ist immer noch kein einziges von acht angemeldeten Lesegeräten von der Betreibergesellschaft

Gematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zugelassen bzw. zertifiziert worden und auch noch keines von 15 angemeldeten (von insgesamt ca. 160) Praxisverwaltungssystemen von der KBV zugelassen worden.

● **Finanzierungsmodelle noch unklar**
Gestartet wird aber erst, wenn eine hinreichende Zahl von stationären und mobilen Lesegeräten einschließlich BSI-Zertifizierung zugelassen ist, beteuerte Hansen in Kiel. Durch den zeitlichen Verzug ist aber auch die Finanzierung ins Stocken geraten. Geeignet hatten sich die Vertragspartner auf Pauschalen für Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser. Demnach wird eine Pauschale für den Erwerb des stationären Lesegeräts bezahlt, das die SICCT/eHealth-Spezifikation erfüllen muss, also eGK und Heilberufsausweis (HBA) lesen und über den später zu liefernden Konnektor kommunizieren kann. Für den Konnektor muss dann erneut eine Finanzierungspauschale ausgehandelt werden. Vorläufig dürfen die Praxen auch noch die bereits auf dem Markt befindlichen multifunktionalen MKT-Terminals nutzen, die in etwa 20% aller Praxen stehen, doch dafür gibt es kein Geld von den Kassen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 4

Strategie-Überlegungen im AOK-Bundesverband

Wahltarife, Rabattverträge, Selektivverträge

Der Gesundheitsfonds stellt für das System der gesetzlichen Krankenversicherung einen Paradigmenwechsel dar: weg von der Festlegung der Beitragssätze durch die gesetzlichen Krankenkassen hin zu einer staatlichen Normierung. Auf der anderen Seite werden den gesetzlichen Krankenkassen aber zum Beispiel über Wahltarife und Arzneimittel-Rabattverträge mehr wettbewerbliche Spielräume eröffnet. Diese Möglichkeiten will die AOK gezielt nutzen, erklärte auf einem Presseseminar im brandenburgischen Hubertusstock Mitte September der zum Jahresende aus seinem Amt scheidende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Dr. Jürgen Ahrens.

Sie gehe auch konstruktiv mit allen anderen Punkten der Gesundheitsreform um, befand Ahrens. So war die AOK ganz vorne dabei, als die Wahltarife eingeführt wurden, und sie war Pionier bei den Rabattverträgen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 6

Leserumfrage

Gute Noten für BDI aktuell

„Wie gefällt Ihnen BDI aktuell?“, wurden Sie in einer Beilage der Juniausgabe von BDI aktuell gefragt. Knapp 200 Leser haben mitgemacht und uns den Fragebogen zurückgefaxt. Ein herzliches Dankeschön allen Umfrageteilnehmern! Bedanken möchten wir uns auch für die guten Noten, die Sie unserer Mitgliederzeitung gaben.

Unter den Umfrageteilnehmern waren Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, hausärztliche Vertragsärzte und fachärztliche Vertragsärzte. Rund 18% der Befragten konnte keiner dieser drei Gruppen zugeordnet werden (siehe Abbildung 1 auf Seite 8).

● **Aufmerksame Leser**
85% der Umfrageteilnehmer sind aufmerksame Leser. Über 60% der BDI-Mitglieder, die an der Umfrage teilnahmen, lesen regelmäßig mehrere Artikel in BDI aktuell. Knapp ein Viertel gab sogar an, regelmäßig fast die komplette Ausgabe von BDI aktuell zu lesen. Weitere 14% blättern die Zeitung durch, nur bei einem Prozent der Umfrageteilnehmer wandert sie ungelesen in den Papierkorb.

Lesen Sie weiter
auf Seite 8

Editorial

Die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschuss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung hinterlässt zwiespältige Gefühle. Sie ist der erste Schritt in ein neues Vergütungssystem weg von der Kopfpauschalensystematik und der Begrenzung der Steigerung der Gesamtvergütung auf Basis der Grundlohnsummenentwicklung. Das Morbiditätsrisiko wird in Stufen auf die Krankenkassen übergehen, die Beitragssatzstabilität ist nicht mehr oberste Maxime. Der Beschluss ist aber nicht mehr als eine hochkomplexe Rechengrundlage zur Ermittlung der vertragsärztlichen Abrechnung in 2009. Wieviel von den 2,7 Mrd. Euro, die als zusätzliches Geld ausgehandelt wurden

bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und schlussendlich beim einzelnen Vertragsarzt aber ankommen werden, das steht weiter in den Sternen. Da hilft auch eine simulierte Gesamtvergütung mit einer Steigerungsrate von 8,4% für 2009 nicht wirklich weiter. Hierdurch werden allerdings Erwartungen auf mehr Honorar geweckt, die in der Wirklichkeit der Abrechnung 2009 wohl kaum generell in dieser Höhe realisiert werden.

Eine 8,4%ige Steigerungsrate des Gesamthonorars klingt nur auf den ersten Blick überzeugend. Sie ist aber auf 2 Jahre zu verteilen und die gesetzliche Steigerung der Grundlohnsumme von 2% ist ebenfalls noch abzuziehen. So kommt man schnell auf eine reale jährliche

Zunahme des Gesamthonorars von 3,2%, nicht schlecht, aber nicht gerade üppig. Von dem großen „Schluck aus der Pulle“, wie in der Öffentlichkeit, den Kassen und dem Ministerium dargestellt, kann keine Rede sein.

Wir haben seit Jahren eine 30%ige Unterfinanzierung in unseren Praxen, hochgerechnet sind dies ca. 7,9 Mrd. Euro. Hier gab und gibt die Vertragsärzteschaft den Krankenkassen und ihren Versicherten weiterhin eine Art zinslosen Kredit, einen Sozialrabatt auf ihre erbrachten Leistungen. Was unsere ärztliche Leistung tatsächlich nur noch wert ist, ergibt sich aus der Absenkung der Arztminute von 86 Cent auf jetzt faktisch 59 Cent, eine direkte Folge des zu niedrigen Orientierungs-



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

punktwertes. Spätestens hier wird die Fiktion einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem ursprünglichen Punktwert von 5,11 Cent ad absurdum geführt.

Bis zum 30.11.2008 sind dann die 37 Arztgruppenkontingente mit arztgruppenspezifischem RLV-Fallwert und das Regelleistungsvolumen jedes Arztes, die gesondert berech-

nungsfähigen Leistungen und die regionale Euro-Gebührenordnung bekannt zu geben.

Es bleibt also viel zu tun. Ihr Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Ihr BDI, wird Sie mit all seinen Kräften auch in 2009 in dieser „schönen Neuen Welt“ (nach Aldous Huxleys berühmtem Roman) unterstützen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Neue Versorgungsformen

Der Aufreger: Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)

In den letzten Jahren sind immer mehr Medizinische Versorgungszentren gegründet worden. Die Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung weist aus, dass die meisten durch Vertragsärzte initiiert wurden. In der letzten Zeit haben die Krankenhäuser aber einen deutlich größeren Anteil übernommen. In der ärztlichen Öffentlichkeit ist dieses Thema sehr stark emotional besetzt, wobei sehr viele Kolleginnen und Kollegen das MVZ als Teufelswerk betrachten und es als Feind der freien ärztlichen Praxis ansehen.

Viele sehen in MVZs einfach eine Nachfolgeorganisationsstruktur der Poliklinik der DDR. Wieder andere glauben an die Abschaffung der ärztlichen Freiberuflichkeit, weil man in einem MVZ Ärzte als Vertragsärzte anstellen kann. Wieder andere denken, dass es durch die Medizinischen Versorgungszentren zu einer Vermehrung von Kassenarztsitzen kommt, die der eigenen Praxis über den Punktwert das Einkommen reduzieren. Die Krankenhäuser gründeten MVZs – so glaubt man –, um die ambulante Versorgung an sich zu ziehen. Vertragsärzte fürchten eine elementare Wettbewerbsverzerrung zwischen dem MVZ und ihrer Praxis.

● Die Gründerebene

All dies hat nicht zu einer Versachlichung der Diskussion geführt. Deshalb ist die Frage erlaubt, was ein MVZ wirklich bedeutet. Dazu muss man die Struktur eines MVZ unter die Lupe nehmen. Man muss grundsätzlich zwischen einer Gründer- und einer Versorgungsebene unterscheiden. Die Gründerebene kann von allen, die eine Versorgungsaufgabe im Gesundheitswesen wahrnehmen, besetzt werden. Somit steht diese Ebene dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, einer Apotheke, einem Krankengymnast, indirekt

auch einem Ärztenetz über seine eigenen Ärzte, aber auch für ermächtigte Ärzte zur Verfügung. Hier natürlich auch nur solange die Ermächtigung gilt. Nicht beteiligen können sich an einem MVZ Krankenkassen und die Arzneimittelindustrie.

● Die Versorgungsebene

Von der Gründerebene getrennt ist die Versorgungsebene, auch wenn Vertragsärzte, die in der Gründerebene tätig sind, sich an der Versorgungsebene beteiligen können. Die Versorgungsebene ist nichts anderes als eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, in der mehrere – d.h. mehr als zwei – Fachrichtungen unter einem Dach abgebildet werden. Nur zugelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten können in dieser Versorgungsebene tätig sein, aber auch ermächtigte Ärzte. Um es nochmals zu betonen: Nur entsprechend ihrem zugelassenen Versorgungsinhalt und begrenzt auf die Zeit der Zulassung. Auch Zahnärzte können sich beteiligen.

● Zahlreiche Varianten

An diesem Punkt muss betont werden, dass die Zulassungsordnung auch für MVZs unverändert gilt. Bei genauer Betrachtung dieser Organisationsmöglichkeiten wird klar, dass

kein MVZ dem anderen gleichen wird und dass es zahlreiche Varianten gibt, die alle unterschiedlich betrachtet werden müssen: So können die Vertragsärzte die Gründer und gleichzeitig auch die Versorger sein. Hier handelt es sich um eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Man muss sich fragen, warum ein solches MVZ gegründet wird, möglicherweise nur, um eine bestimmte Rechtsform z. B. eine GmbH umzusetzen. Bei einer weiteren Variante sind weitere Vertragsärzte in der Gründerebene, aber neben den Gründern, die auch als Versorger in der Praxis tätig sind, gibt es noch angestellte Vertragsärzte. Dies ist häufig bei MVZs, die von Vertragsärzten gegründet werden, da insbesondere bei hoch investiven Fächern die Ärzte inzwischen das Risiko der Investitionen scheuen. Sie lassen sich in solchen Praxen lieber anstellen, um ihre qualifizierte Tätigkeit zum Beispiel auch als Radiologen abzubilden. Eine gewisse Investitionsangst steht Pate dafür, dass der Vertragsarzt in der Versorgungsebene sich lieber anstellen lässt als sich an der Gründerebene zu beteiligen. Eine dritte mögliche Variante sind Vertragsärzte in der Gründerebene. Dies können beispielsweise auch Netzärzte sein, die wiederum Ver-

tragsärzte anstellen. Ein typisches Beispiel ist das Polikum in Berlin, das von Vertragsärzten geführt und verwaltet wird und in dem aber davon unabhängig weitere Vertragsärzte in Anstellung die Versorgung übernehmen.

Eine vierte denkbare Variante geht vom Krankenhaus aus. Dies besetzt die Gründerebene und stellt Vertragsärzte an. Hier handelt es sich um ein typisches MVZ, das offensichtlich mit dem Aspekt einer Portalspraxis zur Verbesserung der Einweisung eingeführt wurde. Darüber hinaus sind zahlreiche weiteren Varianten eines MVZ denkbar.

● Was ist damit aus den Befürchtungen geworden?

Eine DDR-Poliklinik ist das MVZ mit Sicherheit nicht. Bei einer solchen Poliklinik war der Staat bzw. die Gesundheitsverwaltung in der Gründerebene. Die Freiberuflichkeit ist ebenfalls nicht in Gefahr. Auch ein angestellter Arzt kann genauso wie ein angestellter Rechtsanwalt in einer großen Kanzlei freiberuflich tätig sein. Die Freiberuflichkeit bezieht sich nicht auf die Art des Arbeitsverhältnisses, sondern auf die Unabhängigkeit der Berufsausübung. Hier geht es mehr um den Unterschied des Angestellten und des unternehmerisch tätigen Arztes. Auch eine Vermehrung von Kassenarztsitzen kann man nicht erkennen. Es gilt unverändert die Zulassungsordnung; der frühere Paragraph, dass Ärzte nach fünf Jahren ein MVZ verlassen können, um sich dann in dem gleichen Bezirk niederzulassen, ist aufgehoben worden.

Bedeutungsvoll ist aber der Einstieg der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Sie geschieht indirekt

durch die Gründerebene. Auf diese Weise werden Portalspraxen eingeführt, die die Patientenströme in ein Krankenhaus oder sogar in Krankenhausketten lenken. Hier kann durchaus eine prekäre Konkurrenzsituation zu niedergelassenen Ärzten auftreten.

● Chancen und Gefahren

Formal darf es eine Wettbewerbsverzerrung zwischen einem Klinik-MVZ und einer Praxis nicht geben. Dennoch befürchten manche Vertragsärzte zur Recht, dass mit den öffentlichen Geldern eine Quersubvention der ambulanten Versorgung stattfindet. Ein besonders interessantes Thema sind die Kosten für die von den MVZs aufgekauften Praxis-sitze. Hier befürchten viele Vertragsärzte, die weiter im System tätig sind, dass sie die angeleierte Preisspirale nicht mitgehen können. Der ausscheidende Vertragsarzt ist dem gegenüber eher glücklich, dass er noch viel Geld für seine Praxis bekommt, die er ansonsten auf dem Markt der Vertragsärzte oft nicht mehr losgeworden wäre. Im Klartext heißt dies: Das MVZ bietet allen Beteiligten im Gesundheitswesen Chancen, beinhaltet damit aber auch Gefahren. Es ist sowohl für Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser nutzbar. Alle Vertragsärzte, auch Ärztenetze, sollten überlegen, in welcher Form sie unter Umständen das Muster MVZ für ihre Bedürfnisse einsetzen können.

HFS

Das neue Vergütungssystem

Die neue Welt 2009 und der hausärztliche Internist

Die KBV und die Kassen haben sich auf ein neues Vergütungssystem geeinigt. Es kommen 2,7 Milliarden € mehr in das System, was grundsätzlich positiv zu bewerten ist. Man mag die Ergebnisse dieser Einigung im Detail gut, oder schlecht finden, aber mit den neuen Abrechnungsbestimmungen werden wir ab dem nächsten Jahr leben müssen. Es gibt unbestritten Vorteile der neuen Systematik: Sie stellt eine Vereinfachung dar und gibt einen besseren Überblick über das zukünftige Honorar. Ob am Ende beim einzelnen Arzt auch mehr Geld ankommt, ist eine ganz andere Frage, die unterschiedlich von Praxis zu Praxis und von Region zu Region beantwortet werden muss.

Das „Budget“ einer Praxis heißt ab 2009 Regelleistungsvolumen (RLV). Man merkt, die Kreativität der Verantwortlichen bei der Umschreibung des Mangels und der Budgetierung scheint unendlich zu sein. Statt eines einfachen Satzes, etwa: „Ich kann/will die Leistungen, die die Ärzte für die Bürger in Deutschland erbringen nicht bezahlen.“ werden wir wohl weiterhin neue Namen lernen müssen. In diesem Artikel soll allerdings eher die rein praktische Umsetzung diskutiert werden.

● **Das Regelleistungsvolumen**

Das RLV wird sehr einfach aus der Fallzahl (kurativ!) des Vorjahresquartals x Fallwert der Fachgruppe berechnet. Der Fallwert wird bis 30. November von der KV (für jede Fachgruppe getrennt) berechnet und mitgeteilt. Für eine hausärztliche Durchschnittspraxis mit 800 Scheinen würde – bei einem angenommenen Fallwert von 40 € – das RLV $800 \times 40 = 32.000$ € im Quartal betragen.

Eine Besonderheit gibt es noch für sehr große, scheinzahlstarke Praxen: Hier wird der Fallwert für die Berechnung des RLV nur bis 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe berechnet. Die Fälle, die 150–170% über dem Durchschnitt

liegen, werden um 25% abgestaffelt; die Fälle, die 170–200% bzw. über 200% darüber liegen, werden um 50% bzw. 75% abgestaffelt.

In KVEn, in denen es bisher keine Fallzahlbegrenzungen gab, kann dies für Ärger sorgen. Die Länder, in denen es bereits Fallzahlbegrenzungen gibt, haben diesen zum großen Teil bereits hinter sich.

Um große Verwerfungen nicht aufkommen zu lassen, ist explizit vorgesehen, dass Praxen, die auf Grund der geänderten Systematik mehr als 15% verlieren, Ausgleichzahlungen bei ihrer KV beantragen können. Wer allerdings „nur“ 10% verliert, wird auch nicht gerade glücklich sein und hat nicht viel Hoffnung, dass er eine Ausgleichzahlung von seiner KV bekommt.

● **Die Qualitätszuschläge**

Bei den Hausärzten/Kinderärzten kommen noch Qualitätszuschläge für Sonographie, Langzeit-Blutdruckmessung, Ergometrie und andere Untersuchungsverfahren hinzu (siehe Tabelle 1). Die Budgets der Leistungen 3 bis 9 können bis zu der ausgerechneten individuellen Obergrenze untereinander verrechnet werden, die Leistungen der Gruppe 1 und 2, Sonographie und Psychosomatik, nicht. Das Sonogra-

phie-Budget kann also nur durch Sonographien, das Psychosomatik-Budget nur durch psychosomatische Leistungen ausgefüllt werden. Der Zuschlag nach Ziffer 03235 von 20 Punkten pro Patient bei Ärzten, die psychosomatische Leistungen abrechnen können, ist nach nur kurzer Zeit wieder weggefallen.

Auch hier ist eine Berechnung ähnlich einfach wie beim RLV. Sie orientiert sich für 2009 an den Fallzahlen aus dem Jahr 2007. Sie muss allerdings individuell pro Praxis durchgeführt werden, je nachdem, zu welchen Leistungen der jeweilige Arzt eine Abrechnungsgenehmigung hat. Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Sowohl bei dem RLV, als auch bei den Qualitätszuschlägen handelt es sich lediglich um Budgets, die angeben, wie viel der Arzt maximal abrechnen kann. Erst wenn die Leistungen bis zu dieser Menge erbracht und abgerechnet wurden, fließt auch wirklich Honorar. Wie dies in der praktischen Umsetzung aussehen kann, zeigt der Infokasten „Beispielabrechnung 2009“.

Interessant bei der neuen Systematik ist, dass wir jetzt Leistungen in Euro sehen und damit sehen können, wie sie wirklich vergütet werden. Man kommt schon ins Grübeln, wenn man sich zum Beispiel die Bezahlung für eine Spirometrie mit 5,95 € anschaut. Wie hoch wohl hier die Arztminute bezahlt wird, wenn man auch noch die Investition für das notwendige Gerät berücksichtigt?

● **Leistungen außerhalb des RLV**

Verschiedene Leistungen fallen nicht ins RLV und werden extrabudgetär vergütet. Das sind beispielsweise bei Hausärzten Präventionsleistungen, Substitutionsbehandlung, besondere Inanspruchnahmen (EBM-Nrn. 01100 bis 01102), dringende Besuche (EBM-Nrn. 01411, 01412, 01415), Notfalldienstleistungen (EBN-Nrn. 01210 bis 01222), Akupunktur oder Kostenpauschalen.

Beispielabrechnung 2009

bei einer Praxis mit 800 (kurativen!) Scheinen

Berechnung der Qualitätszuschläge

Abdominelle Sonographie:

Zuschlag pro Patient 3,50 €
3,50 € geteilt durch den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 0,035 € ergibt 100 Punkte Zuschlag pro Patient
Zuschlag für 800 Patienten sind dann 2800,- € oder 80.000 Punkte
Eine abdomin. Sonographie wird mit 445 Punkten nach EBM 2008 abgerechnet. Wenn der Arzt die 2800,- € aus seinem Sonographie-Budget auch wirklich bekommen möchte, muss er $80.000 : 445 = 180$ abdominelle Sonographien im Quartal durchführen. Schallt er mehr, bekommt er nach der Sonographie Nummer 180 nichts mehr bezahlt, schallt er weniger, bekommt er auch weniger als die möglichen 2800,- € an Honorar.

Sonographie, Spirometrie und Ergometrie.

Nehmen wir an, unsere Beispiel-Praxis hat die Abrechnungsgenehmigung für Sonographie, Spirometrie und Ergometrie.
Dann kann sie zusätzlich zum RLV noch $800 \times 6 \text{ €} (3,50 \text{ €} + 1,- \text{ €} + 1,50 \text{ €})$, also 4800,- € verdienen.
Dafür müssen allerdings auch $(80.000 : 445 =) 180$ Sonographien, $(22856 : 170 =) 134$ Spirometrien und $(34288 : 565 =) 60$ Ergometrien im Quartal durchgeführt werden.
Führt der Arzt nur 59 Ergometrien durch, könnte er wegen der Austauschbarkeit der Qualitätszuschläge 3 bis 9 stattdessen z.B. 3 Spirometrien mehr durchführen.

Beispielabrechnung 2009

Was kann unsere Beispielpraxis im nächsten Jahr abrechnen? Genau kann dies noch nicht berechnet werden, da der Fallwert erst bis zum 30. November bekannt gegeben wird. Wir rechnen hier mit einem Wert von 40 €, hoffentlich werden es mehr werden.

Das Regelleistungsvolumen:

800 Fälle im Vorquartal x Fallwert (z.B. 40 €) würde ein RLV von 32.000 € ergeben. Dazu kämen noch die Qualitätszuschläge von hier 4800 € und die nicht budgetierten Leistungen.
Mehr Umsatz kann die Praxis im GKV-Bereich nicht erwirtschaften, selbst wenn die Fallzahlen steigen sollten oder die Arbeit am Patienten mehr werden sollte.

● **Wie geht es weiter?**

Seit Jahren haben wir Ärzte uns an Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen gewöhnen müssen, die unterschiedliche Namen und eine unterschiedliche Systematik hatten. Mal waren es Budgets pro Patient,

mal Fallzahlbegrenzungen, mal Kombinationen aus beiden, Individualbudgets oder einfach „nur“ niedrige Punktwerte. Es waren allesamt Konstruktionen, die nur einen Zweck erfüllen sollten: den von Politikern zu verantwortenden Geldmangel zu kanalisieren, damit unsere Arbeit nicht leistungsgerecht bezahlt werden muss.

Genau solche eine Budgetierung stellt auch die neueste Konstruktion der RLV dar. Sie mag zwar einige Vorteile mit sich bringen, unser Kampf für eine leistungsgerechte Honorierung ärztlicher Leistungen ist damit aber bei weitem noch nicht zu Ende. Viel eher kann man von einem ersten Schritt auf einem langen Weg sprechen.
Immerhin, bereits der erklärte Wille der Politik nach jahrelangen Minusrunden und anderen Zumutungen, die Honorare nicht weiter zu schmälern sondern eher anzuheben, kann als ein Erfolg und ein ermutigendes Ergebnis unserer Proteste des Jahres 2006 betrachtet werden.

Dr. med. Juraj Galan

Tabelle 1: Qualitätszuschläge

	Leistung	Zuschlag in €	Zuschlag in Punkten	Punktwert der Leistung	Preis der Leistung in €	Zuschlag für 100 Scheine in €	Zuschlag für 100 Scheine in Punkten
1	Sonographie	3,50	100	240 – 445	8,40 – 15,58	350,-	10000
2	Psychosomatik	3,-	85,71	430	15,05	300,-	8570
3	Prokto-Rektosk.	1,-	28,57	240	8,40	100,-	2857
4	Kleinchirurgie	1,50	42,86	160 – 675	5,60 – 23,62	150,-	4286
5	LZ-EKG	1,-	28,57	190 – 435	6,65 – 14,22	100,-	2857
6	LZ-Blutdruck	1,-	28,57	220	7,70	100,-	2857
7	Spirometrie	1,-	28,57	170	5,95	100,-	2857
8	Ergometrie	1,50	42,86	565	19,78	150,-	4286
9	Chirotherapie	1,-	28,57	150 – 200	5,25 – 7,00	100,-	2857

Der Gastkommentar

Ein Danaergeschenk!

Keine Frage: 2,5 Milliarden Euro sind ein Geschenk, das mit Freude und ohne näheres Hinsehen gerne genommen wird. Entsprechend wurde dieses Geschenk von denen, die es den Vertragsärzten besorgt zu haben vorgeben, medienwirksam als größte Honorarsteigerung aller Zeiten verkauft. Das ist richtig. In der Tat gab es noch nie eine vergleichbare Vermehrung des Geldvolumens, welches der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Es gab allerdings auch noch nie eine vergleichbare jahrelange Durststrecke ohne Ausgleich der Verluste durch Inflation, Kostensteigerung und vor allem Mehrbedarf an Leistungen. Wir alle wissen, dass die angestauten Verluste bei weitem höher sind als die jetzt erfolgte Steigerung. Trotzdem ist ein gewisser Jubel verständlich. Aber Vorsicht: Wer eigentlich wissen müsste, dass die 2,5 Milliarden nicht reichen, müsste doch vielleicht etwas Zurückhaltung üben. Wo also ist der Haken an der Sache?

Zum einen ist die Summe von 2,5 Milliarden Euro trotz aller Anstrengungen der KBV einschließlich publikumswirksamen zwischenzeitlichen Auszug aus der Verhandlungsrunde sicher nicht den vorgebrachten Argumenten geschuldet. Das Geld kommt schlicht von oben. Es gab zu dieser Frage gar keine echte Verhandlung, weil das Ergebnis von vornherein feststand. Die Bundesregierung kann es sich nicht leisten, im kommenden Wahljahr weiterhin die Unruhe der Ärzte zu ertragen und hat deshalb in einem ersten Schritt den Kassenärzten

2,5 Milliarden geschenkt und wird dies in Kürze für die Krankenhäuser nachholen. Für die Öffentlichkeit wird gleichzeitig der Eindruck vermittelt, dass die Ärzte eine direkte Gehaltsverbesserung von mehr als 20.000 Euro pro Kopf bekommen. Dass es sich lediglich um eine Umsatzmehrung ohne Abzug von Kosten, Altersvorsorge und Steuern handelt, fällt unter den Tisch. Es ist völlig klar, dass ein weiterer Protest, so begründet er in unseren Augen auch ist, damit in den Medien und so auch in der Öffentlichkeit auf völliges Unverständnis stoßen wird.

Die erste Falle ist somit deutlich: die Ärzteschaft ist mundtot gestellt. Der eigentliche Inhalt des trojanischen Pferdes ist aber viel gravierender: Es ist schon erstaunlich, dass die KBV auf den Pressekonferenzen im Anschluss an die Einigung im Bewertungsausschuss immer nur von der zusätzlichen Geldmenge gesprochen hat, ohne auf die einzelnen Beschlüsse zur Struktur der künftigen Euro-Gebührenordnung einzugehen. Es wurde versucht (verständlich bei den Inhalten), auf die Schmachhaftigkeit des Zuckergusses hinzuweisen, um von den Giftstoffen der bitteren Pille abzulenken.

Im Kern hat die KBV zugestimmt, den Bewertungsansatz der immer wieder als das Maß der Dinge in den Vordergrund gestellten betriebswirtschaftlichen Kalkulation ärztlicher Leistungen von 5,11 Cent auf 3,5058 Cent abzuwerten. Das sind mehr als 30%! Wo hat es das schon mal gegeben, dass die Verhandlungsführer einfach so, ohne Urabstimmung, ohne Nachfrage bei den Betroffenen 30% Rabatt

einräumen. Angesichts dieser Dimension ist es ein Hohn, sich danach mit dem Verhandlungsergebnis 10% mehr Geld zu brüsten.

Mit diesem Zugeständnis eines Punktwertes von 3,5 Cent bei unverminderter Leistungsmenge ist für alle Zeiten die Glaubwürdigkeit einer sauberen Kalkulation und Preisfindung für ärztliche Tätigkeiten ad absurdum geführt worden. Da ist es fast schon unerheblich, dass im Weiteren noch mal ein zehnzehnter Abschlag (in den Ostländern 5%) auf die Berechnung der Leistungsmenge vereinbart wurde, die aber natürlich dennoch in vollem Umfang geleistet werden soll.

Im Klartext: Die Ärzte bekommen ab 2009 eine höhere Gesamtvergütung, müssen dafür aber wesentlich mehr arbeiten (mit höheren Betriebskosten), da die zu erwirtschaftenden Leistungen um mehr als 30% abgewertet worden sind. Gerade für diejenigen Leistungen, die mit einem sehr hohen Anteil von Kosten (TL) verbunden sind und oft nur einen Honoraranteil für den Arzt (AL) von weniger als 30% haben, führt diese Abwertung zu einem Totalausfall für das ärztliche Einkommen. Toll!!

Wer jetzt glaubt, schlimmer könnte es nicht mehr kommen, sieht sich getäuscht. Während bisher nur die globalen Auswirkungen der Beschlüsse behandelt wurden, gibt es natürlich auch Auswirkungen auf die Verteilung unter und innerhalb der Fachgruppen. Bei der Ermittlung der arztindividuellen Regelleistungsvolumina wird zunächst auf der Basis des Jahres 2007 das Volumen der angeforderten Punkte pro Arztgruppe ermittelt.



Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg ist Präsident des Facharztverbands GFB.

Nicht etwa das gezahlte Geldvolumen oder die Menge der anerkannten und ausbezahlten Punkte!

Das führt dazu, dass Fachgruppen mit bisher hohen Punktwerten heruntergerechnet werden, umgekehrt Fachgruppen mit niedrigen Punktwerten höher eingestuft werden. Lediglich die bisherige Grenzziehung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung bleibt bestehen. Das mag man gerecht finden, leider bleiben die unterschiedlichen Anteile von TL und AL unberücksichtigt. Fachgruppen mit hohem Technikanteil geraten so in die Insolvenz, Innovation ist in der ambulanten Medizin nicht mehr möglich, die Verlagerung der hochspezialisierten Facharztmedizin in die Krankenhäuser ist vorprogrammiert. Das passt schließlich auch bestens in das Konzept der Ministerin, das, wie bekannt, inzwischen von der KBV in einem eigenen Papier nachgebetet wird. Im Übrigen zieht sich das Prinzip der Nivellierung bei der Ermittlung des arztindividuellen RLV fort. Hier gibt es eine an Schlichtheit nur mit der Klinge der Guillotine zu vergleichende Regelung: Honorarmenge ab 2009 pro Arzt gleich eigene Fallzahl aus Vorjahresquartal mal Fallwert der Fachgruppe. Keine Rede von Berücksichtigung unterschiedlicher Spek-

tren mit unterschiedlichem Aufwand, keine Rede von Differenzierung nach unterschiedlichen TL-Anteilen. Im Prinzip handelt es sich um die Anwendung der Honorarbegrenzung auf Vorjahresquartale wie beim Jobsharing. Wer früher viel hatte, behält viel, wer aus welchen Gründen auch immer wenig hatte, bleibt arm. Wer hat so etwas wohl verhandelt? Da tröstet es wenig, wenn sehr große Pra-

xen ebenfalls ohne Hinterfragung nach den Gründen hoher Patientenzahlen abgestaffelt werden. Alle Überlegungen früherer Zeiten, die Honorarmenge des einzelnen Arztes an dessen maximaler zeitlicher Arbeitskapazität zu orientieren, indem man das RLV unter Berücksichtigung der AL-Anteile in der EBM-Kalkulation ermittelt, sind einer holzschnittartigen Zuteilung eines einheitlichen Arztgehaltes zum Opfer gefallen.

Was ist die Konsequenz? Wenn alle Ärzte mehr oder weniger das gleiche Geld bekommen, wird es zu einer Abwendung von kostenintensiven Leistungen hin zu einer Art Barfußmedizin kommen. Hochspezialisierte Facharztmedizin wird absterben, bzw. an die Kliniken zurückverlagert. Wenn das die Absicht war, so ist das Projekt tatsächlich gelungen.

Ganz wie beim trojanischen Pferd: Sieht hübsch aus, hat aber einen tödlichen Inhalt. Hütet Euch vor den Danaern, erst recht, wenn sie Geschenke geben (Vergil).

Dr. Jörg-A. Rüggeberg

Der Kommentar ist zuvor im „Facharztbrief“, Ausgabe 14/08, veröffentlicht worden.

Elektronische Gesundheitskarte (Fortsetzung von Seite 1)

Basis-Rollout in Nordrhein kommt ins Stocken

Für ihren Installations-Aufwand erhalten die Vertragsärzte zudem 50% der Pauschale, zudem noch eine bestimmte Pauschale für den Erwerb eines mobilen Lesegeräts für Hausbesuche und Notdienst. Die Pauschale für stationäre Geräte wird auch für Zweige-geräte gezahlt, wenn sie in genehmigten Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisstätten eingesetzt werden. Die Faustregel lautet: Für jede BSNR und NBSNR ein Gerät. Die Standardausstattung soll die Ärzte nichts kosten, versicherte der KVNo-Vorsitzende. Wer mehr oder bessere Geräte haben will, muss das selbst bezahlen.

Die Höhe der Pauschalen ist immer noch nicht bekannt. Sie sollten anhand der Marktpreise erst festgelegt werden, wenn mehrere stationäre und mobile Lesegeräte zugelassen sind. Da es noch keine zugelassenen Geräte gibt, gibt es auch noch keine Pauscha-

len. Inzwischen geht selbst die KV Nordrhein davon aus, dass der Basis-Rollout wohl frühestens im ersten Quartal 2009 stattfinden wird. Im Folgequartal wollen dann die Krankenkassen in Nordrhein die neuen elektronischen Gesundheitskarten an ihre Versicherten ausliefern. Anschließend folgen im „Zwiebelschalenmodell“ die weiteren KVen um Nordrhein herum, bis Ende 2009 (laut Plan) die ganze Bundesrepublik „eGK-fähig“ ist.

● **Hansen sieht Vorteile für die Pilotregion**

Trotz allen Anlaufschwierigkeiten zeigte sich Hansen in Kiel optimistisch: Da die Einführung der Telematik nur Schritt für Schritt vollzogen werde, würde sich die Veränderung in den Praxen kaum bemerkbar machen. Fundamentaldiskussionen wie noch zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag in

Ulm wären nicht mehr nötig. Die irrationalen Ängste würden verschwinden, wenn die Karte erst einmal da sei. Er verwies auf den Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg und die Vertragsausschreibung der AOK in Bayern; dort sei das alles kein Thema mehr.

Außerdem hätten die Vertragsärzte in Nordrhein als Pioniere eine Menge Vorteile; sie bekämen die besten Geräte, alle anderen müssten nehmen, was übrig bleibt. Die Versicherten in der Region würden sofort mit nur einer einzigen Karte auskommen, weil alle Praxen und Krankenhäuser damit umgehen könnten.

Solange es die zertifizierten und zugelassenen eHealth-Terminals noch nicht gibt, können auch noch die Multifunktionalen Terminals (MKT) eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung des alten, seit Einführung der KVK im Einsatz befindlichen Lesegerätes, das neben der KVK auch die eGK lesen und verarbeiten kann. Das MKT wird entweder über USB- oder die serielle Schnittstelle direkt an den Praxiscomputer ange-

schlossen. Die Funktionen eRezept und Online-Prüfung auf Leistungspflicht, die in einer oder mehreren noch nicht datierten späteren Ausbaustufen nach dem eGK-Basisrollout als Anwendungen geplant sind, können mit diesen Geräten meist nicht, sondern nur im Einzelfall mit einem zusätzlichen Upgrade realisiert werden.

● **Elektronische Hilfsmittel verändern Abläufe in Klinik und Praxis**

Die neuen eHealth-Terminals (früher SICCT – Secure Interoperable Chip Card Terminal) können ebenfalls KVK und eGK verarbeiten. Der Unterschied besteht darin, dass eHealth-Terminals grundsätzlich aufwärts-kompatibel für die nach dem eGK-Basisrollout in einer späteren Ausbaustufe geplanten Online-Anwendungen sind. Dann muss das Terminal an einen sogenannten Konnektor angeschlossen werden, also nicht mehr unmittelbar an den Praxiscomputer.

Die eHealth-Terminals besitzen einen erweiterten Befehlsumfang. Damit können die Heilberufeausweise (HBA)

sowie SMC-Institutionskarten in Krankenhäusern verwendet werden. eHealth-Geräte werden über eine sog. LAN-Schnittstelle an den Konnektor angeschlossen. Zurzeit gibt es nur eHealth-Geräte mit einer vorläufigen Zertifizierung für die sieben Testregionen der eGK.

Sobald die eGK in Nordrhein eingeführt wird, können die heutigen mobilen Lesegeräte auch nicht mehr benutzt werden, da diese mit Prozessorkarten nicht umgehen können. Das bedeutet: Spätestens bis dahin müssen auch neue mobile Lesegeräte am Markt verfügbar sein. Ebenso wie bei den stationären Geräten werden auch die Kosten für die mobilen Lesegeräte von den Kassen im Rahmen der von der KBV geschlossenen Finanzierungs-

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
 AED + Monitoring Kombisystem
 statt 4460 € nur **1499 € + MWST.**
 Tel. 0800-111 0 511 tagl. 8-22h
www.herzmedica.de

vereinbarung übernommen. Die Gematik hat eine Spezifikation herausgegeben, wonach die mobilen Lesegeräte in zwei Stufen eingeführt werden. Zurzeit sind vier mobile Lesegeräte im Test. Die elektronischen Hilfsmittel haben alle eines gemeinsam, erläuterte Dr. Axel Garbers von der BITKOM, dem Verband der IT-, Telekommunikations- und Neue-Medien-Branche, in Kiel: Sie verändern die Abläufe in den Praxen und Kliniken. Die Veränderung sei nicht an sich gut, räumte er ein, sondern nur, wenn sie Verbesserungen bringen: Einsparungen, Verfügbarkeit der Daten jederzeit an jedem Ort, Entlastung des Personals, erhöhter Datenschutz.

● **Zahlreiche Fehler und Schwachstellen**

Der Basis-Rollout findet bundesweit statt, obwohl die Feldtests in den sieben Testregionen in Deutschland noch gar nicht beendet sind. Sie sollen parallel zum Rollout fortgesetzt werden, erklärte Gematik-Geschäftsführer



Ausstellungsstand der Gematik auf der eHealth-Konferenz in Kiel. (Foto: KS)

Peter Bonerz in Kiel, aller Voraussicht nach bis Ende 2012. Es sei nicht zu erwarten, dass mit dem „Migrations-schritt“ in Nordrhein bereits die volle Funktionalität der eGK hergestellt sei. Wie Sprecher aus den Testregionen übereinstimmend berichteten, haben sich gleich zu Anfang schon zahlreiche Fehler und Schwachstellen herausgestellt, und die Experten rechnen damit, dass noch einiges an Unwägbarkeiten auf sie zukommen wird. Die geringsten Fehler weist offensichtlich die eGK selbst auf. Für Bonerz bewegt sich deren Fehlerquote von 4,1% (1062 Fehler bei etwa 50 000 ausgegebenen Karten) im Bereich des Normalen. Ein ungewöhnlicher Fehler ist den Innungskrankenkassen in Sachsen unterlaufen: Sie haben einen falschen Kleber benutzt, um den Chip auf der Karte zu befestigen, und dieser Kleber hat dann nach und nach den Chip aufgelöst.

Ansonsten ähneln sich die Probleme und Schwierigkeiten bei der Anwendung der eGK in den Testregionen. So ist in allen Testregionen die Möglichkeit, Notfalldatensätze anzulegen, bisher kaum genutzt worden. Rund 300 Notfalldatensätze sind insgesamt erst auf eine eGK geschrieben worden, was auch damit zusammenhängt, dass die Versichertendaten nicht aus den Paxisverwaltungssystemen übernommen werden können, sondern manuell eingetragen werden müssen. Als umständlich wird angesehen, dass dafür bis zu viermal eine PIN eingegeben werden muss. Die in der Mehrzahl älteren Patienten haben Schwierigkei-

ten, sich ihre PIN zu merken. In Schleswig-Holstein hat man daher hilfsweise ein Treuhänderverfahren angewandt: Der Patient hinterlegt seine PIN in der Praxis des Hausarztes und dieser bzw. die Helferin setzt sie dann für den Patienten ein.

● **Akzeptanz bei Ärzten von PIN und Signatur abhängig**

Schwierigkeiten bereitet immer noch die elektronische Signatur. Aufgrund der Vorschriften im Gesetz muss jede Verordnung einzeln elektronisch signiert werden, das bedeutet, dass für jedes verordnete Arzneimittel die eGK des Patienten sowie der Heilberufsausweis des Arztes in das Terminal eingesteckt und wieder herausgezogen werden, und das zigmal am Tag. Dieser zeitaufwendige Vorgang verringert die Akzeptanz der eGK bei den Ärzten. Für eine Stapel- oder Komfortsignatur, die den Ablauf vereinfachen könnten, gibt es noch keine handhabbare Lösung. Von den wenigen elektronisch ausgestellten Rezepten ist nur ein Bruchteil in den dafür ausgestatte-

ten Apotheken eingelöst worden; meist haben die Patienten das parallel ausgedruckte Papierrezept in anderen Apotheken abgegeben. Für Dr. Siegfried Jedamzik, Teilnehmer und Projektleiter des Tests im bayerischen Ingolstadt, bedeutet das Motto der Kieler Konferenz „Telematik kommt an“: „Der Weg ist das Ziel.“ Auch er habe zu Anfang die Komplexität in einer Arztpraxis unterschätzt. Probleme bereitet schon die Vielfalt der PVS-Anbieter. Kleine Firmen arbeiten sehr viel langsamer als große. In Ingolstadt mussten 58 Karten ausgetauscht und 5 Heilberufsausweise neu beantragt werden, weil die Chips nicht richtig funktionierten. Dennoch hält er die Testläufe für erforderlich: „Test sind Tests, damit Fehler gefunden werden.“ Das bestätigt Dr. Jürgen Faltn, im rheinland-pfälzischen Sozialministerium zuständig für die Telematik: Wenn es gelinge, die Behebung der Fehler zu beschleunigen und die Abläufe zu vereinfachen, könnte man auch die Motivation der Ärzte erhöhen. Für Jan Meincke, Testleiter der Region Flensburg, ist klar: „Mit dem PIN-Verfahren und der Signatur steht und fällt die Akzeptanz.“ Auch Romain Seibt, Regionaler Projektleiter der SaxMediCard-Gesundheitskarte Sachsen und IT-Leiter am Klinikum Löbau-Zittau, forderte in Kiel: „Die Komfortsignatur muss her! Einzelsignatur ist in der Praxis nicht machbar.“ Dazu aber müsste zunächst einmal der Gesetzgeber den Gesetzestext ändern.

KS

Elektronische Gesundheitskarte und Datenschutz

Akzeptanz bei Ärzten lässt zu wünschen übrig

Auf der alle zwei Jahre stattfindenden eHealth-Konferenz traten Mitte September 2008 in Kiel zwei Referenten auf, die bereits im Mai auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Ulm vergeblich versucht hatten, den Ärzten alle Bedenken gegenüber der elektronischen Gesundheitskarte im Besonderen und der Telematik im Allgemeinen auszureden.

Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Telematik-Beauftragter der Bun-



Dr. Franz-Joseph Bartmann

Bild: eHealth-Konferenz 2008

desärztekammer, gab sich zurückhaltend optimistisch. Telematik findet in Deutschland längst statt, stellte er fest, allerdings in Insellösungen. Eine übergreifende Kommunikation zwischen Praxen untereinander oder mit Kliniken ist nicht möglich. Mit dem ehrgeizigen Projekt der Einführung der Telematik-Strukturen im Gesundheitswesen will die Bundesregierung die Sache voranbringen. In der Ärzteschaft wächst von Ärztetag zu Ärztetag die Zahl der Kritiker und Zweifler. Dennoch glaubt Bartmann, dass sich die Telematik langfristig durchsetzen wird. Wenn man dabei alle Leute mitnehmen wolle, meinte er in Kiel, zum Beispiel auch die Hausärzte, dann dürfe man nicht das höchstmögliche Erreichbare sofort anstreben, sondern müsse in ganz kleinen, vorsichtigen Schritten vorgehen, die leicht nachvollziehbar seien und dem Anwender auch einen Nutzen bringen. Es gebe unter den Ärzten einen kleinen Kern des Fundamentalwiderstands gegen die eGK, an den man rational nicht herankomme. Aber für die große Mehrheit sei es am wichtigsten, dass sie durch die Telematik keine Erschwernis in ihrer täglichen Arbeit haben.

● **„eGK gibt dem Bürger Datensicherheit“**

Das Digitalisieren und Verfügbarmachen medizinischer Daten gewährleiste noch keine Verbesserung der medizinischen Versorgung. Unter Einbeziehung der Anwender und zugeschnitten auf die in verschiedenen Versorgungsbereichen bestehenden Anforderungen sollte zunächst mit einfachen, übersichtlichen Lösungen gearbeitet werden, die stufenweise geplant, getestet und erweitert werden können. Als eine solche einfache Anwendung nannte er die medizinische Basisinformation anstelle des Notfalldatensatzes auf der eGK. Diese könne ein Kristallisationskern für eine elektronische Patientenakte werden. Auch durch das eRezept könne Nutzen

generiert werden, wenn es besser in die Arbeitsprozesse der Ärzte integriert werden.

Wie schon in Ulm nannte er die elektronische Gesundheitskarte das Instrument des Datenschutzes. „Sie gibt dem Bürger ein unglaubliches Maß an Datensicherheit.“ Der rechtliche Schutz, den medizinische Daten aufgrund von § 291 Abs. 8 SGB V genießen, sei ein Fortschritt und müsse auch für andere medizinische Datensammlungen gelten. Datenschützer Dr. Thilo Weichert vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein sprach von gelungenen Datenschutzregelungen und einer adäquaten Datenschutzkonzeption im Hinblick



Dr. Thilo Weichert

Bild: eHealth-Konferenz 2008

auf die eGK. Die über die eGK erschlossenen Daten können technisch nur ausgelesen werden, wenn sowohl der Patient als auch eine Angehöriger eines Gesundheitsberufs, etwa ein Arzt, ihr Einverständnis geben. Dies ist regelmäßig sowohl von der Nutzung der eGK als auch eines Heilberufsausweises abhängig und zusätzlich von der Eingabe einer PIN. Natürlich gelte das nicht für Notfalldaten, wohl aber vor allem für die sensiblen Anwendungen elektronischer Arztbriefe und elektronische Patientenakte. Die Datenschützer werden der praktischen Umsetzung nicht zustimmen, versicherte er in Kiel, wenn die elektronisch gespeicherten Medizindaten nicht verschlüsselt gespeichert werden. „Es müssen die Patienten sein, die mit ihrem Schlüssel die Daten freischalten können.“ Hinzu kommen weitere rechtliche und organisatorische Sicherungen: Transparenz für die Betroffenen inklusive Auskunftsanspruch und Lösungsrecht bei freiwilligen Anwendungen, Protokollierung der Zugriffe, Signierung der Daten durch den Arzt und vieles mehr.

● **Der Staat müsse Praxen unterstützen**

Lange hätten die Gegner der eGK sich geweigert, diese Umstände zur

Kenntnis zu nehmen. Inzwischen aber werde weniger mit unrealistischen Horrorszenerarien hantiert. Die praktischen Fragen und Probleme gewinnen in der Diskussion an Bedeutung. Weichert zeigte Verständnis für die Widerstände einiger Ärzte, vor allem in kleinen Praxen, die mit der eGK gezwungen sind, ihre elektronische Datenverarbeitung für teures Geld rundzuerneuern und die sich EDV-Kenntnisse aneignen müssen. Ihnen werde eine Verantwortung für elektronisch gespeicherte Patientendaten auferlegt, mit der sie sich derzeit überfordert fühlen. Hier könne und müsse der Staat unterstützend tätig werden. Auch die Bürgerrechtsgruppen bewahren nach den Worten Weicherts ihre Glaubwürdigkeit nur, wenn sie mit den Realitäten in Tuchfühlung bleiben, was in der Vergangenheit nicht immer der Fall war. Ärgerlich ist es aus seiner Sicht, dass sich IT-Firmen auf den Zug der Kritik an der eGK schwingen, um ihre datenschutzrechtlich nicht geprüften Produkte statt der geplanten auf den Markt zu werfen „und sich eine goldene Nase zu verdienen“. Dafür kritisierte der schleswig-holsteinische Datenschützer viele derjenigen, die heute laut gegen die eGK aufbegehren: Sie hätten geschwiegen, als die elektronische Kontrolle von Patienten und Ärzten tatsächlich Gesetz wurde, nämlich als mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz anstelle der bisherigen fallbezogenen die patientenbezogene Abrechnung ambulanter Behandlungen bei den Krankenkassen eingeführt wurde. Seitdem ist es den Kassen möglich, umfassende Krankheitsprofile kombiniert mit den Daten stationärer Behandlung und der Medikationen zu erstellen. Bisher habe es auch niemanden – außer einigen wenigen Datenschützern – interessiert, was es mit dem Morbiditätsindex für den Risikostukturausgleich, der nichts anderes sei als ein individueller Gesundheits-Score, auf sich habe. „Hier findet die Überwachung von Ärzten durch Staat und Krankenkassen statt, hier droht der gläserne Patient, nicht bei der eGK.“ Am Schluss fügte er an, dass es nirgendwo, auch nicht bei der eGK, hundertprozentige Sicherheit gebe. Die Risiken zwängen dazu, alles vertretbar Mögliche zum Schutz der Vertraulichkeit und Integrität der Daten zu tun. Hierzu sei eine kritisch konstruktive Haltung notwendig. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Realisierung der eGK sind in mancher Hinsicht noch nicht festgelegt und können positiv gestaltet werden, erklärte er. Dies sei auch der einzige Weg, um die Möglichkeiten der Informationstechnik für eine effektivere medizinische Behandlung zu nutzen und zugleich den Missbrauch der anfallenden Daten zu verhindern.

KS

Strategie-Überlegungen im AOK-Bundesverband (Fortsetzung von Seite 1)

Wahltarife, Rabattverträge, Selektivverträge

„Der Gesundheitsfonds kommt – auch, wenn wir ihn für überflüssig halten und vereinzelte Stimmen immer noch seinen Stopp fordern“, erklärte der AOK-Vorsitzende. Jetzt müsse er so ausgestaltet werden, dass die Versicherten auch in Zukunft gut versorgt werden können. Das bedeutet für ihn, dass der Fonds finanziell zu 100% ausgestattet sein muss. „Und diese 100% müssen auch die Honorarerhöhungen beinhalten, die die Politik jetzt Ärzten und Kliniken hat zukommen lassen. Wer den niedergelassenen Ärzten 2,5 Milliarden Euro mehr zubilligt und ein Reformpaket für die Kliniken schnürt, das rund 4,5 Milliarden Euro kosten könnte, der muss auch sagen, woher dieses Geld kommen soll, und dafür Sorge tragen, dass der Gesundheitsfonds entsprechend gefüllt ist.“ Der von der Regierung festzulegende Beitragssatz ab Januar 2009 dürfte nach seiner Sicht wohl in einem Korridor zwischen 15,5% und 15,8% liegen, inklusive des Zusatzbeitrages von 0,9%. Darüber hinaus rechnet die AOK z. B. auch in den Bereichen Arzneimittel, Krankengeld und Fahrkosten mit einer Ausgabenentwicklung, die oberhalb der Entwicklung der Einkommen der Beitragszahler liegen wird.

● **Zielgenauer Morbi-RSA gefordert** Damit der Gesundheitsfonds funktionsfähig ist, bestehen die Krankenkassen vor allem auf einem zielgenauen Morbi-RSA. Laut Ahrens wird es aber noch zu einigen Nachjustierungen beim BVA-Modell zur Berechnung von krankheitsorientierten Zuschlägen kommen müssen. Denn das ureigene Ziel des Morbi-RSA, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig an der wirtschaftlichen Versorgung der Kranken auszurichten, werde mit diesem Modell nicht vollständig erreicht, kritisierte er. Das liege daran, dass dieses Klassifikationssystem nicht ausreichend die Schweregrade der Erkrankten berücksichtigt. Nach Auffassung der AOK muss ein Weg gefunden werden, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA frühzeitig zu überprüfen und gegebenenfalls entstehende Fehlanreize zu identifizieren und zu beseitigen. Nachbesserungen bedarf es auch noch beim Zusatzbeitrag in Verbindung mit der 1%-Härtefallregelung. Aus dieser Härteregelung könnte ein finanzielles Fiasko für so manche Kasse werden, befürchtet Ahrens. Denn vor allem Kassen, bei denen viele Menschen mit geringem Einkommen versichert sind, werden bei einem Großteil ihrer Versicherten schnell an die 1%-Grenze kommen und müssten dann einen umso höheren Zusatzbeitrag von den Beziehern

höherer Einkommen verlangen. Damit würde die Einkommensstruktur der Mitglieder zu einem verzerrenden Wettbewerbsparameter, betonte Ahrens. Das müsse dringend verändert werden.

● **Zusatzprämie bei allen Kassen erwartet** Ohnehin werde der Zusatzbeitrag den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erheblich verschärfen und verzerren. Denn schon die Einzugskosten für den Zusatzbeitrag seien erheblich: Wohl 2,50 Euro je Monat und Mitglied müssten die Kassen für die Führung der neuen Konten aufwenden – und das Inkassorisiko mit entsprechenden Einnahmeausfällen ist da noch nicht mit eingerechnet. Deshalb werde die AOK-Gemeinschaft alles daran setzen, Schiefen im Wettbewerb, die durch den Zusatzbeitrag entstehen können, wenigstens 2009 zu vermeiden. Da jedoch der allgemeine Beitragssatz künftig erst erhöht werden muss, wenn die Kostendeckung 95% unterschreitet, würden binnen weniger Jahre alle Kassen den maximalen Zusatzbeitrag nehmen müssen, glaubt Ahrens.

„Unter dem Strich werden wir also 2010 oder 2011 bei allen Kassen eine Zusatzprämie von 1% des Bruttolohns bis zur Beitragsbemessungsgrenze bei allen Kassen sehen. Und jeder wird erkennen, dass diese Zusatzprämie nichts zu tun hat mit der Wirtschaftsweise einer Kasse.“ Insgesamt werden die Kassenmitglieder dann also 1,9 Beitragssatzpunkte ohne Arbeitgeberbeteiligung aufbringen müssen. Der designierte Nachfolger von Ahrens, sein jetziger Stellvertreter Dr. Herbert Reichelt, geht davon aus, dass die Krankenkassen geeignete Verträge abschließen müssen, damit die finanzielle Mehrbelastung der Beitragszahler nicht als bloßer Einkommenseffekt im Gesundheitswesen versickert, sondern auch eine bessere Leistung für die Versicherten dabei herauskommt.

● **Verträge sollen die Versorgung verbessern** Wenn die Arbeitsteilung zwischen GKV-Spitzenverband und AOK-Bundesverband funktioniert, wird dort der Rahmen festgelegt, etwa die Gebührenordnung, während sie hier mit Leben erfüllt wird. So haben die AOKen heute bereits für über 2,6 Millionen Versicherte Hausarztverträge abgeschlossen, 2,3 Millionen Versicherte haben sich in die Disease-Management-Programme der AOK eingeschrieben, viele Millionen Versicherte profitieren von der Zuzahlungsbefreiung der AOK bei einzelnen Rabattarzneimitteln. Die AOK will den Wettbewerb um eine

bessere Versorgung der Versicherten weiter intensivieren. Nicht nur bei chronischen Erkrankungen brauche der ambulante Sektor Verträge, die die Versorgung gestalten. Auch in der Nachsorge akuter Erkrankungen müsse das Management in der Arztpraxis verbessert werden. So habe Deutschland unter vergleichbaren Ländern beispielsweise seit langem einen Spitzenplatz bei der stationären Behandlung nach Herzinfarkt. In der ambulanten Versorgung aber – etwa bei der Einstellung des Blutdrucks sechs Monate nach Infarkt oder der Einstellung der Cholesterinwerte – gebe es einen solchen Spitzenplatz bisher nicht. Gerade auch deshalb engagiere sich die AOK bei der Einführung von Hausarztverträgen. Im Mittelpunkt stünden dabei interne und externe Qualitätssicherung, der verbesserte Einbezug des Patienten in die Behandlungsplanung, eine rationale Arzneimitteltherapie und eine verbesserte Abstimmung mit Fachärzten und Krankenhäusern.

Ein Schwerpunkt für die Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind die Disease-Management-Programme (DMP), die die AOK in inzwischen sechs Indikationsgebieten umgesetzt hat. Dabei zeige sich, dass die systematische Beachtung von Standards der evidenzbasierten Medizin und qualitätssichernde Maßnahmen für die Patienten bessere Behandlungsergebnisse bringen. Wie aktuelle Studien (z. B. die ELSID-Studie Universität Heidelberg) belegen, verbessert sich der Gesundheitszustand der eingeschriebenen Patienten und die Zahl der Komplikationen im Krankheitsverlauf nimmt ab. So werden bei Diabetikern die Augen regelmäßiger untersucht; bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit verbessert sich die Arzneimitteltherapie, und die Zahl der Herzinfarkte nimmt ab. Darüber hinaus sind auch erste positive Ergebnisse zur Abnahme der Mortalitätsrate bei DMP-Patienten zu finden. Von daher werde die AOK die Programme weiterführen und weiter verbessern. Reichelt plädiert dafür, dass die Anreize – auch die finanziellen Anreize – zur Umsetzung dieser Programme gestärkt werden sollten.

● **Gesaltungsrahmen für Selektivverträge gefordert** Ein Kernanliegen der nächsten Legislaturperiode müsse es sein, die Wettbewerbsfelder zu erweitern, die für ihre Handhabung erforderliche Rechtssicherheit herzustellen und ihren finanzwirtschaftlichen Rahmen morbiditätsgerecht und flexibel zu gestalten, forderte Reichelt. Noch innerhalb der laufenden Legislaturperiode sollten einerseits Klarstel-

lungen zum Wettbewerbsrecht erfolgen und andererseits sichergestellt werden, dass selektive Verträge den erforderlichen Gestaltungs- und Finanzrahmen erhalten. Dazu bedürfe es insbesondere der adäquaten Bereinigung kollektivvertraglicher Finanzvolumina. Über die politisch „begleiteten“ Verhandlungen im Bewertungsausschuss Ärzte-Krankenkassen ist der künftige AOK-Vorsitzende alles andere als begeistert. Die Entscheidung im Erweiterten Bewertungsausschuss ist gegen die Stimmen der GKV getroffen worden. „Letztlich ist das politisch offenbar Gewollte umgesetzt worden und wird Zusatzlasten in einer Größenordnung von mehr als 2,5 Mrd. Euro auslösen.“ Die AOK sieht sich in besonderer Weise betroffen. Die Punktwertangleichung, die Vereinheitlichung der Auszahlungsquoten in den Honorarverteilungsverträgen und die überproportionalen Anteile an der besonderen Anhebung der Honorare in den östlichen Bundesländern kumulierten sich zu einer besonderen Belastung der AOK, stellte Reichelt fest. In den Augen von Dr. Jürgen Graalmann, Leiter der Stabsstelle Politik und künftig stellvertretender Vorsitzender des AOK-Bundesverbands, ist das Wettbewerbsstärkungsgesetz ein darwinsches Gesetz: „Nur die Stärks-

ten werden es schaffen, überhaupt wettbewerbsfähig zu agieren, so enge Fesseln sind den Kassen angelegt und so labyrinthisch sind die wenigen neuen Wettbewerbswege gestaltet worden.“ Einzelkassen stehen also ab 2009 noch stärker im Wettbewerb und Selektivverträge müssen deshalb an Bedeutung gewinnen.

● **Ziel: Marktführerschaft in der Versorgung der breiten Bevölkerung** Kernziel des AOK-Projekts Zukunft ist laut Graalmann die Marktführerschaft in der Versorgung der breiten Bevölkerung. Ab 2009 werde sich der Wettbewerbsfokus von der Risikoselektion verschieben zum Wettbewerb mit attraktiven Versorgungsstrukturen und Zusatzangeboten. Diese neuen Chancen wolle die AOK-Gemeinschaft nutzen und sei ab 2009 mit dem neuen AOK-Bundesverband dafür auch noch besser aufgestellt. Ab dem 15. Oktober residiert der AOK-Bundesverband nicht mehr in Bonn, sondern in der Rosenthaler Straße 31 in Berlin. Mit der Berliner Zeit beginnt für den AOK-Bundesverband ein neuer Abschnitt in seiner Geschichte. Mit der Gründung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen will er sich ab 2009 noch stärker als bisher als Dienstleister für die AOK-Gemeinschaft profilieren.

KS

Kommentar

Die Bundestagsabgeordneten und die Neuordnung des §73b zur hausarztzentrierten Versorgung: Denn sie wissen nicht, was sie tun

Insider vermuten es schon lange. Die meisten Bundestagsabgeordneten kennen sich im deutschen Gesundheitswesen nicht aus. Ausnahmen davon bestätigen die Regel. Insofern wissen sie auch nicht, worüber sie abstimmen. Dennoch haben sie, wie immer, auch bei der Abstimmung über die Neuordnung des § 73b wieder ihren Arm gehoben. Genau diese Abstimmung belegt endgültig, dass man sich offensichtlich mit der Materie nicht auskennt. Einem derartigen ordnungspolitischen Unsinn kann man nur zustimmen, wenn man die Gesetzesvorlage tatsächlich nicht verstanden hat. Angefangen hat alles mit einem Berufsverbandsvorsitzenden namens Hoppenthaler, der just zu Zeiten eines Landtagswahlkampfes in Bayern die Politik mit Liebesentzug bedroht hat. Der betroffene Ministerpräsident namens Beckstein ließ sich einschüchtern, zumal er eine schwere Wahlniederlage fürchtete. Wie man inzwischen weiß zu Recht. Die bayerische Landesregierung bemerkte schnell, dass in der Länderkammer, in der sie das Gesetz eingebracht hatte, doch noch kundige Kollegen saßen, die der Vorlage aus guten Gründen nicht zustimmen wollten. Flugs brachte man das Ganze in den Bundestag ein. Natürlich über die Gesundheitsministerin Schmidt, die ihrem geliebten Hausärzteverband auf diese Weise etwas Gutes tun wollte. Somit wurde mit Hilfe des Bundestages beschlossen: Krankenkassen müssen mit Verbänden Hausarztverträge schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte vertreten. Was bedeutet dies? Die KV wird wieder einmal ein Stück entmachtet, obwohl sie ein von der Politik gern genutztes Machtinstrument ist. Man lässt sie hier ganz bewusst im Regen stehen. Dass die hausärztliche Versorgungsebene nicht nur Allgemeinärzte, sondern auch Internisten und Kinderärzte kennt, ist den entscheidungsfreudigen Politikern wohl entgangen. Sie haben das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der es sich wenigstens noch um eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes handelt, durch ein neues Monopol ersetzt, das man einem Berufsverband, in diesem Falle dem Hausärzteverband, zuordnet. Man könnte auf den Gedanken kommen, dass der Bundestag eine groß angelegte Werbeaktion für den Hausärzteverband mit diesem Gesetz beabsichtigt. Wahrscheinlich ist es doch nur Unkenntnis, die zu dieser Entscheidung geführt hat. Denn sonst hätte man dem Gesetz auch noch ein rechtlich abgesichertes Beitrittsformular für den Verband beigelegt.

Dr. Hans-Friedrich Spies

Der BDI nimmt Stellung

Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich

Die Trennung der vertragsärztlichen Versorgung in einen fachärztlichen und einen hausärztlichen Versorgungsbereich hat der Fachgruppe der Internisten große Probleme bereitet. Viele hausärztliche Internisten üben zumindest teilweise Tätigkeiten aus dem fachärztlichen Leistungsspektrum aus; gleichzeitig werden aber auch von den fachärztlichen Internisten Betreuungsleistungen erbracht.

Laut § 73 SGB V nehmen an der hausärztlichen Versorgung folgende Ärzte teil:

- Allgemeinärzte
- Kinderärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
- praktische Ärzte.

Internistische Praxen sind in besonderer Weise für eine qualifizierte hochwertige Tätigkeit im hausärztlichen Sektor qualifiziert, da sie aus ihrer Weiterbildung heraus auf ein diagnosebezogenes Arbeiten hin geschult sind und in der Regel über ein entsprechendes Untersuchungsequipment verfügen. Daher können sie ihre Therapie diagnosebezogen

Lebensalter sowie die zunehmende Multimorbidität haben die Qualifikationsanforderung an hausärztliche Tätigkeit verändert. Es wird vor allem Wert zu legen sein auf Case-Management im Alter mit speziellen Kenntnissen in Pharmakotherapie und Gerontologie.

Der Gesetzgeber hat für verschiedene Krankheitsbilder Disease-Management-Programme entwickelt. Dahinter steht die Idee, dass durch strukturierte Abläufe, Orientierung an Leitlinien, Recall die Versorgungsqualität verbessert werden kann.

Neben den hiervon betroffenen Patientengruppen (Diabetes, KHK, COPD, Asthma) benötigen aber auch zahlreiche andere, besonders ältere

hierfür erforderliche kompetente Spezialisten. Hausärztliche Internisten sind – neben qualifizierten Allgemeinmedizinern – von ihrer breiten und umfassenden Aus- und Weiterbildung und ihrer klinischen Erfahrung für diese wichtige Tätigkeit geradezu prädestiniert.

● **Problematik der Pauschalierung**
Die vom Gesetzgeber gewünschte weitgehende Pauschalierung des Leistungsprofils und der Honorierung ist nicht sachgerecht.

Pauschalen vereinfachen zwar den Abrechnungsaufwand und die Administration, minimieren jedoch den Anreiz zur Erbringung von Leistungen. Es droht die Gefahr, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung verschlechtert.

● **Hausärztliche Internisten arbeiten anders**

Auch einige Jahre nach der gesetzlichen Trennung der Versorgungsgebiete sind die Tätigkeit und das Leistungsspektrum von Allgemeinmedizinern einerseits und hausärztlich tätigen Internisten andererseits nicht identisch.

Die lange internistische Weiterbildungsdauer befähigt die Internisten dazu, hochwertige und qualitativ gesicherte Leistungen zu erbringen. Dies wird durch die derzeit geltende Weiterbildungsordnung gewährleistet.

Konkret und messbar ergibt sich daraus, dass die hausärztlichen Internisten bedeutende spezielle diagnostische Leistungen in höherer Anzahl durchführen als Allgemeinmediziner. Die medizinische Versorgung in diesem Bereich wird daher überproportional häufig von Internisten erbracht.

Das zeigt beispielhaft die Anzahlstatistik der Leistungen Ergometrie (Belastungs-EKG), Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung für das Jahr 2006 aus der KV Rheinland-Pfalz (siehe Tabelle 1). Das Beispiel zeigt, dass die aufgeführten Leistungen von hausärztlichen Internisten etwa doppelt so häufig erbracht werden wie von Allgemeinmedizinern. Ähnliche Zahlen existieren aus Bayern.

Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass hohe fachliche Kompetenz im hausärztlichen Versorgungsbereich veranlasste Folgekosten für apparative Diagnostik, Facharztüberweisungen und stationäre Behandlung reduziert.

Es ist deshalb unabdingbar, diese besonderen und notwendigen Leistungen nach der gesetzlichen Vorga-

be „... für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden“ (SGB V, § 87 2b) getrennt zu bewerten.

● **Der Qualitätsaspekt**

An zahlreichen Stellen des SGB V fordert der Gesetzgeber die Einhaltung spezieller Qualitätskriterien: Einführung von QM-Maßnahmen, Qualitätssicherung im Bereich §§ 73b, 73c und 140a. Die Internisten haben bereits umfangreiche wissenschaftliche Leitlinien entwickelt, die eine wesentliche Hilfe bei der Formulierung und Erfüllung von Qualitätsansprüchen sind.

Die im Berufsverband Deutscher Internisten organisierten Hausärzte werden darüber hinaus ein Curriculum für ihre Mitglieder entwickeln, anhand dessen die Weiterbildungs- und Fortbildungsqualifikationen dargelegt werden. Damit können diese Ärzte ihre besondere Qualifikation nachweisen und belegen. Dieser Nachweis ist die Voraussetzung für die Realisierung einer besseren Vergütung im Sinne von § 87 Abs. 2b: „Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.“

Zusammenfassung

Zukünftig wird es im Sinne einer guten medizinischen Versorgung und Betreuung der Bevölkerung im hausärztlichen Bereich wichtig sein, die Qualifikations- und Leistungsebenen darzustellen, nachzuweisen und differenziert zu vergüten. Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich erfüllen durch ihre breite Weiterbildung, ihre medizinische Denk- und Vorgehensweise, ihre technische Ausstattung und ihre dokumentierte Fortbildungsqualität alle Voraussetzungen für ein anspruchsvolles Case Management, wie es aufgrund der alternden Bevölkerung, veränderten medizinischen Möglichkeiten und politischen Anforderungen erforderlich ist. Der „downgegradete“ Hausarzt ist für diese komplexen Anforderungen sicherlich nicht geeignet. Die verschiedenen differenzierten Leistungsstufen im hausärztlichen Bereich müssen sich auch in der Vergütung abbilden, sonst droht eine drastische und spürbare Veränderung des medizinischen Versorgungsniveaus in Deutschland nach unten. Der veränderte Morbiditätsbezug im EBM 2010 muss auch eine Abbildung im Leistungskapitel „hausärztliche Medizin“ finden.

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Dr. med. H.-R. Pies
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
hausärztlich tätiger Internisten im
BDI e.V.

Tabelle 1: Leistungen Ergometrie (Belastungs-EKG), Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung für das Jahr 2006 aus der KV Rheinland-Pfalz, Fallzahl/100 Fälle; Quelle: KV Rheinland-Pfalz

Leistung	Allgemeinmediziner	Internisten
Belastungs-EKG	1,0	2,5
Langzeit-EKG Aufzeichnung	1,0	1,6
Langzeit-EKG Auswertung	1,3	2,4
ABDM (Langzeit-Blutdruckmessung)	1,1	1,8

ausrichten und nicht - wie in der Allgemeinmedizin üblich – allein symptombezogen. Die moderne Medizin mit ihren Möglichkeiten sowie die wachsende Notwendigkeit zur Versorgung der zahlreichen älteren, multimorbiden und schwer kranken Menschen verlangen in besonderem Maße nach derart qualifizierten Ärzten.

● **Was sind die Charakteristika einer qualifizierten hochwertigen Arbeit im hausärztlichen Versorgungsbereich?**

Versorgungsebenen

- A Pflegedienste, betreuende Angehörige
- B hausärztliche Basisversorgung
- C qualifiziertes hausärztliches Disease Management
- D Versorgung durch den spezialisierten Facharzt
- E stationäre Versorgung

Charakteristikum der Ebene C: Der qualifizierte Hausarzt als Disease Manager

Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme der Polypharmakotherapie im höheren

und multimorbide Menschen, ein kompetentes Disease Management, das allerdings schwer in strukturierte Programme zu pressen ist.

Die hierfür erforderlichen Qualifikationen sind:

- fachlicher Überblick über die medizinischen Inhalte des gesamten internistischen Fachs
- fundierte pharmakotherapeutische Kenntnisse, besonders bzgl. Interaktionen von Medikamenten, spezifische Fragestellungen wie Niereninsuffizienz und Pharmakotherapie im Alter
- Fähigkeit zu strukturiertem Arbeiten mit entsprechender Dokumentation

● **Leistungserbringung im hausärztlichen Versorgungsbereich**

Es entsteht ein zunehmender Bedarf an qualifizierten Disease Managern. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern. Daher sind hohe Anforderungen an Ausbildung, Weiterbildung und fachliche Qualifikation zu stellen. Der wenig weitergebildete „Basis-Hausarzt“ ist nicht der

Anzeige
109 x 160

Leserumfrage (Fortsetzung von Seite 1)

Gute Noten für BDI aktuell

Themenspektrum von BDI aktuell kommt gut an

Auch bei der inhaltlichen Ausrichtung erhielt BDI aktuell gute Noten von den Lesern. Fast zwei Drittel der Befragten gaben dem Themenspektrum von BDI aktuell die Schulnote 1 oder 2, ein weiteres Viertel vergab die Note 3 (siehe Abbildung 2). Knapp drei Viertel der Umfrageteilnehmer waren der Ansicht, dass die Zeitung mit ihren Informationen zu Berufs- und Gesundheitspolitik „gerade richtig“ liegt. 12 % der befragten Leser wünschten sich ausführlichere Informationen – während gleichfalls 12 % der Ansicht waren, dass über Berufspolitik zu häufig berichtet würde (siehe Abbildung 3). Auch bei den anderen Rubriken von BDI aktuell war die Mehrzahl der Leser mit dem Inhalt der Artikel zufrieden. Die Buchrezensionen kamen bei 70% der Befragten gut an. 18% der Umfrageteilnehmer wünschten sich jedoch mehr Informationen für Ärzte in Weiterbildung. 27% bzw. 31% der Befragten waren auch der Ansicht, dass medizinische Fachartikel bzw. Referate aus der internationalen Fachpresse in BDI aktuell unterrepräsentiert sind. Die Hinweise auf Kongresse und Fortbildungen des BDI im Zeitungsteil „Kongresse & Services“ sind nach Meinung von 28% der Umfrageteilnehmer hingegen zu ausführlich.

Gut verständlich und sehr aktuell
In Punkto Verständlichkeit und Aktualität der Artikel vergaben 83% bzw. 80% der Umfrageteilnehmer die

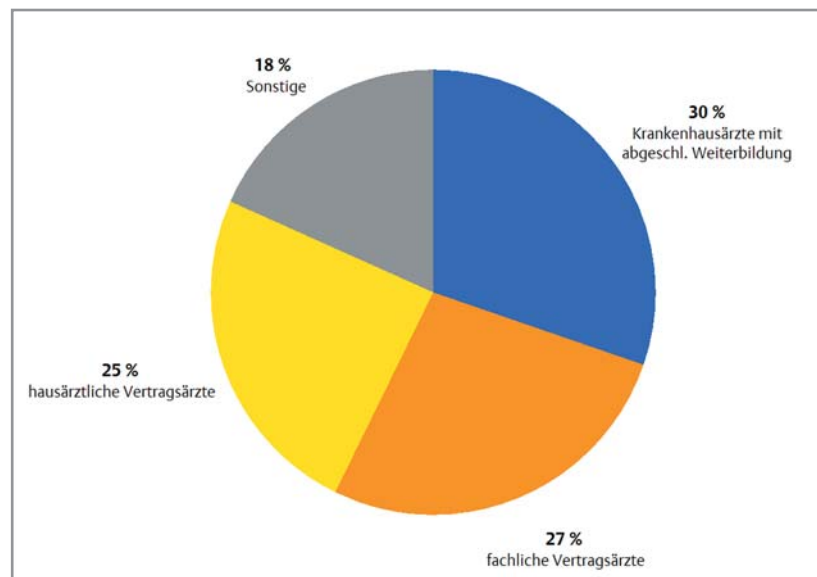


Abb. 1 Unter den Umfrageteilnehmern waren Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, hausärztliche Vertragsärzte und fachärztliche Vertragsärzte. Rund 18% der Befragten konnten keiner dieser drei Gruppen zugeordnet werden.

Note 1 oder 2. Nur bei der Praxisrelevanz erhielt BDI aktuell schlechtere Noten. Hier entschieden sich nur 55% für eine 1 oder 2, 24% der Befragten benoteten mit einer 3. Auch mit Format und Aufteilung sind nicht alle Leser einverstanden: Hier gaben nur 49% bzw. 54% eine der beiden Bestnoten. Möglicherweise sorgten diese Punkte auch für eine Abwertung der Gesamtnote von BDI aktuell: Trotz der guten Noten für den Inhalt von BDI aktuell konnten sich bei der Gesamtnote nur 61% für eine 1 oder 2 durchringen. Weitere 23% vergaben eine 3.

Bestätigung und Ansporn

Die insgesamt positiven Ergebnisse der Leserumfrage bestätigen dem BDI und dem Redaktionsteam, dass die Mitgliederzeitung auf dem richtigen Weg ist. Selbstverständlich wird BDI aktuell auch weiterhin – wie von Ihnen gewünscht – über Berufs- und Gesundheitspolitik ausführlich, aktuell und gut verständlich informieren. Natürlich sind die Ergebnisse auch Ansporn, weiterhin an BDI aktuell zu arbeiten und die Mitgliederzeitung zu verbessern. Auch künftig freuen wir uns über Lob und Kritik oder Leserbrief zu einzelnen Artikeln.

Redaktion BDI aktuell

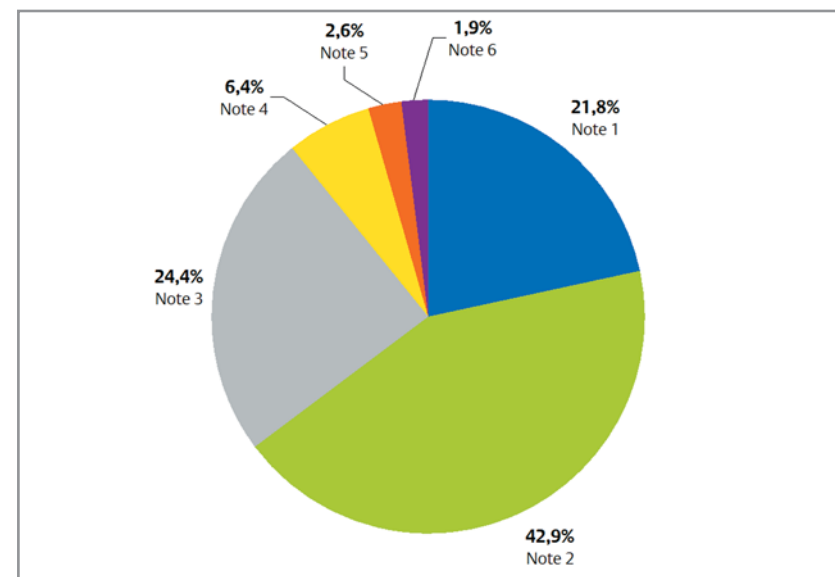


Abb. 2 Das Themenspektrum von BDI aktuell erhielt gute Noten: 64,7% der Befragten vergaben die Schulnoten 1 oder 2.

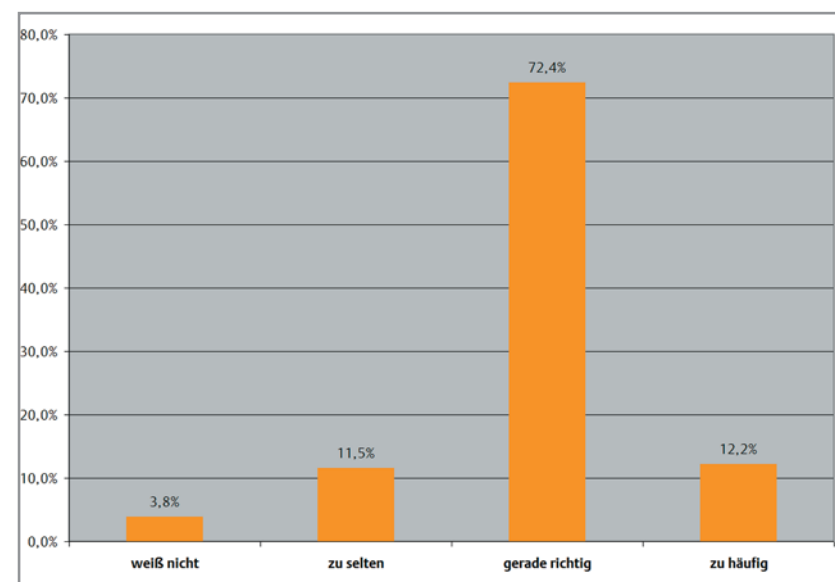


Abb. 3 Wie ausführlich berichtet BDI aktuell über Berufs- und Gesundheitspolitik? 72,4% der Umfrageteilnehmer sagen: „gerade richtig“.

Facharztweiterbildung in Innerer Medizin

Erfahrungsaustausch in Thüringen

Mit Unterstützung der Landesärztekammer Thüringen organisierten der BDI-Landesverband und die Gesellschaft für Innere Medizin Thüringen im Jahr 2008 insgesamt drei Veranstaltungen zu Fragen der Weiterbildung in der Inneren Medizin. Die Arbeitstreffen fanden auf der Ebene der Weiterbildungsleiter, der Weiterbildungsassistenten sowie als Workshop für alle Interessierten statt. Eingeladen und beteiligt waren auch die Vertreter der Allgemeinmedizin, da sich aus der Zusammenlegung zu einem gemeinsamen Gebiet eine Reihe von Querverbindungen in Weiterbildungsfragen zwischen den Fächern Innere Medizin und Allgemeinmedizin ergeben haben.

Bei der ersten Zusammenkunft trafen sich die Weiterbildungsleiter und -prüfer. Nach einleitenden Vorträgen zur Entwicklung der Weiterbildungsordnung und der Weiterbildungsabschlüsse in Thüringen nahmen fünf Vertreter aus Kliniken verschiedener Trägerschaft sowie aus dem ambulanten Bereich Stellung und schilderten ihre persönlichen Erfahrungen. Dabei wurde deutlich, dass vielerorts die Qualität der Weiterbildung durch

die zunehmende Arbeitsverdichtung als Folge des DRG-Entgeltsystems, der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und aufgrund von Personalmangel, durch vordringliche Aufgaben bei der Patientenversorgung im klinischen Alltag, durch unrealistische Mindestzahlen für Funktionsuntersuchungen entsprechend des Facharztkataloges und infolge fehlender Finanzierungsmöglichkeiten einer ambulanten Weiterbildungsstelle für

Internisten beeinträchtigt wird. Das nachfolgende Treffen der Weiterbildungsassistenten spiegelte die Situation aus anderer Perspektive in gleicher Weise wider. Neben vielen konkreten Fragen zur neuen Weiterbildungsordnung bewegte die jungen Kollegen vor allem, wie die Rotation durch Funktionsabteilungen und ambulante Praxen besser geregelt werden kann, um den geforderten Ausbildungsinhalten gerecht zu werden. In der Diskussion kam zum Ausdruck, dass sich viele Assistenzärzte durch das tägliche Arbeitspensum so gefordert fühlen, dass ihre qualifizierte Weiterbildung zu sehr in den Hintergrund tritt. Es besteht der Wunsch nach geregelten Möglichkeiten, auch an externen Tagungen, Kongressen und anderen Fortbildungen teilnehmen zu können.

Vorschläge zur Verbesserung der Facharztweiterbildung

Während der Ärztwoche Thüringen wurde auf einer dritten Veranstaltung das Resümee zu diesem Problembereich gezogen. Die Organisatoren wollen sich mit ihren berufspolitischen Möglichkeiten dafür einsetzen, dass geeig-

nete Vorschläge zur Verbesserung der internistischen Facharztweiterbildung aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt werden. Zu solchen konkreten Anregungen gehören u. a.:

- Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für Weiterbildungsverbände verschiedener Träger und Erarbeitung von Musterverträgen,
- Festlegung von obligaten Fortbildungstagen als Anforderungen der Thüringer Weiterbildungsordnung an Ärzte und Weiterbildungseinrichtungen,
- Nachweis von Fortbildungspunkten (Kontoführung analog zu den Fachärzten als Bestandteil der für die Facharztprüfung einzureichenden Unterlagen),
- Anpassung der Mindestzahlen von selbstständig durchzuführenden Untersuchungen laut Weiterbildungskatalog an die reale Situation im klinischen Alltag,
- Erarbeitung eines standardisierten Fragenkataloges für die Facharztprüfung (möglichst in Abstimmung mit den Verbänden auf Bundesebene),

– Sensibilisierung sowohl der Landesregierung als auch der Krankenkassen für Fragen der ärztlichen Weiterbildung, die von den Körperschaften allein nicht gelöst werden können.

Das Meinungsbild der Teilnehmer bei diesem Erfahrungsaustausch zeigte, dass das Thema Weiterbildung im Dialog zwischen leitenden Ärzten und Assistenten vor Ort einen hohen Stellenwert benötigt. Aufgrund der positiven Resonanz auf die Verbindung von aktueller Information mit intensiver Kommunikation der Beteiligten bei den ersten Veranstaltungen dieser Art wollen die Initiatoren solche zentralen Treffen in einem zweijährigen Rhythmus fortsetzen.

Thomas Schröter, Gerald Grohmann,
Christian Kupka, Helmut Uhlemann,
Reinhard Fünfstück

Kontaktschrift der Autoren:

Dr. med. Thomas Schröter
Vorsitzender des Landesverbandes
Thüringen im Berufsverband
Deutscher Internisten e.V.
Henry-van-de-Velde-Str. 1
99425 Weimar



Ulrich Stierle, Franz Hartmann
Klinikleitfaden Kardiologie
 Elsevier GmbH, Urban & Fischer
 Verlag, München 2008
 790 S., ca. 150 Abb., 119 Tab.
 44,95 Euro

Kompakter Helfer im Kitteltaschenformat

In einem modernen, anwendungsfreundlichen Layout erscheint der Klinikleitfaden Kardiologie in der 4. Auflage. Zielgruppe des Buches sind alle kardiologisch Interessierten, insbesondere Assistenzärzte der Inneren Medizin oder Ärzte in Weiterbildung zum Kardiologen. Die

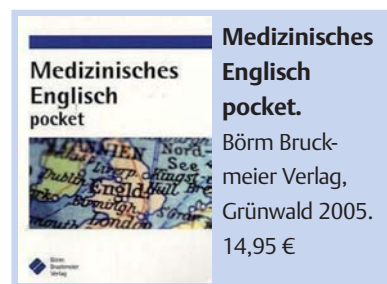
explizite Darstellung von Anamnese- fragen für Differenzialdiagnosen oder Antworten auf häufige Patientenfragen macht es zudem für Studenten sehr interessant. Der umfangreiche Inhalt ist in 15 Kapitel untergliedert. Neben Themen wie koronare Herzerkrankung, Kardiomyopathien oder Herzrhythmusstörungen werden in eigenständigen Kapiteln Notfälle, Pharmakotherapie oder Psychosomatik abgehandelt. Dies gewährleistet bei speziellen Fragestellungen einen schnellen Überblick. Im gesamten Buch sind wie im Abschnitt „Pharmakotherapie“ Wirkstoffangaben meist mit genauer Dosierung und Anwendungshinweisen versehen. Dies bietet, wie auch der in der hinteren Umschlagseite schnell auffindbar eingearbeitete Notfall-Wegweiser mit Seitenangabe, nicht nur Berufseinsteigern eine hilfreiche Orientierung. Zu „kardiologischen Untersuchungstechniken“ und zu „interventionellen Therapieverfahren“ gibt es ebenfalls eigene Kapitel mit anschaulichen Abbildungen. Die didaktisch gelungene Textaufbereitung aus Stichwort-Sätzen ermöglicht eine zügige Informationsaufnahme in kurzer Zeit und ist somit im klinischen Alltag gut anwendbar. Übersichtliche Tabellen und praktische Flussdiagramme unterstützen das Erarbeiten eines Sachverhaltes. Aktuelle deutsche und internationale Leitlinien wurden eingearbeitet.

Bereits im Einband wird auf eine zusätzliche Informations- und Download-Möglichkeit im Internet hingewiesen, welche detaillierte Echokardiographiebilder und Elektrokardiogramme bietet. Weiterhin finden sich in den Umschlagseiten wichtige Hämodynamik-, Echokardiographie- und Elektrophysiologie-Normalwerte zum schnellen Überblick und „Reinschnuppern“ in die Materie. Viele gut beschriftete Abbildungen erleichtern das Verständnis. Die den Text auflockernde Farbgestaltung (schwarz/rot) ist ansprechend und mitverantwortlich für die gute Übersichtlichkeit. Zart rosa hinterlegt sind z. B. Tipps & Tricks, Warnhinweise und wichtige Zusammenfassungen. Wie gewohnt, passt das handliche Buchformat der Klinikleitfaden-Reihe problemlos in die Kitteltasche.

Fazit: Empfehlenswertes, alltagstaugliches kardiologisches Kompaktbuch mit gutem Preis-Leistungs-Verhältnis.
Dr. Ulrike Müller



Dr. Ulrike Müller ist Assistenzärztin am Herzzentrum Leipzig. Ihr besonderes Interesse gilt der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen und der internistisch-kardiologischen Intervention.



Medizinisches Englisch pocket.
 Börm Bruckmeier Verlag,
 Grünwald 2005.
 14,95 €

Handlicher Begleiter für den Auslandsaufenthalt

Das Buch bietet in 8 Kapiteln einen Wortschatz für das tägliche Leben und die verschiedenen Bereiche der Medizin. Zu Beginn geben die Autoren eine kurze Einführung in kulturelle und sprachliche Besonderheiten. Im Hauptteil des Buches wird die Anatomie mit Hilfe von Grafiken übersetzt; Fachbegriffe sortieren die Autoren nach Fachrichtungen. Der Vorbereitung auf Patientengespräche ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Zwei Kapitel mit zahnmedizinischem Wortschatz und ein Wörterbuch runden das Werk ab. Dem Anspruch, ein kleines Nachschlagewerk zu sein und als Begleiter für medizinische Auslandsaufenthalte zu dienen, wird dieses Buch größtenteils gerecht. Der Fachwortschatz ist umfangreich und die Gliederung übersichtlich. Leider orientiert sich das Buch ausschließlich am US-amerikanischen Englisch. Während man das beim Allgemeinwortschatz „verkräften“ kann, fehlen jedoch viele Begriffe, die in Großbritannien und dem Commonwealth verwendet werden. Wer von der „sis-

ter“ zum „theatre“ gebeten wird und dies mit familiärer Abendunterhaltung in Zusammenhang bringt, wird in diesem Buch keine Hilfe finden.

Fazit: Das Buch eignet sich für einen ersten beruflichen Aufenthalt im englischsprachigen Ausland als kleiner Helfer in der Kitteltasche. Es erklärt die gebräuchlichsten medizinischen Begriffe und Redewendungen. Leider ist es auf das US-amerikanische Englisch beschränkt.

Dr. med. Ulf Harding



Schildmann J, Fahr U, Vollmann J (Hrsg.).
Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin.
 LIT Verlag, Münster
 2006. 29,90 €.

Anregende medizinethische Einsichten

Das vorliegende Werk besteht aus Beiträgen einer interdisziplinären Tagung. Zur Hälfte stammen sie aus dem Bereich der Ethik, jeweils zu einem Viertel aus den Bereichen „Recht“ sowie „Klinik und Ökonomie“. Die Autoren behandeln eine

große Bandbreite an Themen: Der freie und der natürliche Wille werden differenziert betrachtet. Es wird die Frage diskutiert, ob es sinnvoll ist, über den in der Demenz verbleibenden natürlichen Willen bereits in einer Vorausverfügung zu entscheiden. Das palliativmedizinische Sterbekonzept, mit seiner Vorstellung einer produktiv und bewusst zu gestaltenden letzten Lebensphase wird hinterfragt. Auch ein wenig Kritik sei angemerkt: Im Beitrag von Ralph Charbonnier über die Heiligkeit des Lebens wird die Lesbarkeit durch zahlreiche Quellenangaben erschwert. Fußnoten wären hier sicher eine bessere Lösung gewesen. Leider wird im rechtlichen Teil die Euthanasiediskussion als Diskurs der Gesunden über die Kranken geschildert, ohne dabei Bezug auf deren Sichtweisen oder Bedürfnisse zu nehmen. Die Aufsätze haben mich in unterschiedlichem Maße angesprochen, waren jedoch anregend und haben die verschiedenen Themen tiefgehend behandelt.

Fazit: Dem Anspruch, sich auch für fachfremde Wissenschaftler verständlich auszudrücken, haben die Autoren weitgehend genügt. Wer sich für dieses Buch entscheidet, wird mit zahlreichen medizinethischen Einsichten belohnt.

Thomas Hamm

Möchten auch Sie Bücher für BDI aktuell rezensieren?

Wir suchen Rezensenten für folgende Titel:

Block
Facharztprüfung Innere Medizin
3000 kommentierte Prüfungsfragen
 Georg Thieme Verlag KG

Charbonnier/Dörner/Simon
Medizinische Indikation und Patientenwille
Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende
 Schattauer Verlag

Krause/Buck/Schwaiger
Nuklearmedizinische Onkologie
 ecomed Medizin, Verlagsgruppe
 Hüthig Jehle Rehm GmbH

Flachskampf
Kursbuch Echokardiographie
Unter Berücksichtigung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
 Georg Thieme Verlag KG

Ehninger/Link/Berdell (Hrsg.)
Akute myeloische Leukämie
 Deutscher Ärzte-Verlag

Bartl
Osteoporose
Prävention – Diagnostik – Therapie
 Georg Thieme Verlag KG

Meuret
Palliative Home Care Tumorkranker
 Kohlhammer Verlag

Dörries/Neitzke/Simon/Vollmann (Hrsg.)
Klinische Ethikberatung
Ein Praxisbuch
 Kohlhammer Verlag

Block
Der Sono-Trainer
Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die Oberbauchsonographie
 Georg Thieme Verlag KG

Langkafel/Lüdke
Breaking Bad News
Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin
 Economia Verlag



Rabattverträge

Medizinische Probleme und Risiken bei der rabattvertragsgerechten Umstellung von Medikationen in Deutschland

In Deutschland sind zum 1. April 2007 die Arzneimittel-Rabattverträge (§ 130a, SGB V) zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern in Kraft getreten. Dies ermöglicht es Krankenkassen, Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen für Arzneimittel zu vereinbaren, die an ihre Versicherten verschrieben werden. Nun sollen Patienten bevorzugt das Arzneimittel des Herstellers bekommen, der mit der Krankenkasse des Patienten einen Direktvertrag geschlossen hat.

Vorteile dieses Systems sind für Patienten oftmals eine Befreiung von der Zuzahlung bei Rabattvertragspräparaten und für Krankenkassen Kosteneinsparungen durch Rabatte von Arzneimittelherstellern. Nachteile ergeben sich für Apotheken, die ärztlich verordnete Medikamente durch rabattvertragskonforme Alternativen ersetzen müssen und mehr Präparate an Lager halten bzw. öfter nachbestellen müssen. Dieser Austausch muss zudem individuell für den Patienten erfolgen, je nach Krankenkasse und aktuellen sich ändernden Rabattverträgen. Der Apotheker hat sich hierbei genau an 5 Kriterien für den Austausch von Arzneimitteln zu halten, die im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung (auf Grundlage von § 129 SGB V) festgelegt sind (Aut-Idem-Substitution):

1. gleiche(r) Wirkstoff(e)
2. gleiche Wirkstärke(n)
3. identische Packungsgröße
4. gleicher Indikationsbereich
5. gleiche oder austauschbare Darreichungsform

Trotz Einhaltung dieser Rahmenbedingungen kann der generische Austausch von Präparaten risikoreich sein, wenn sich Präparate in vermeintlich unwichtigeren Charakteristika unterscheiden als den 5 Kriterien aus dem Rahmenvertrag. Ein großes Problem stellen hierbei Unterschiede in der Teilbarkeit dar, die bei Substitution auch eine Anpassung des Dosierungsschemas erforderlich machen, da sonst Sicherheit und Wirksamkeit des Medikaments verändert werden können [9, 10]. Des Weiteren können sich vergleichbare Präparate in der Zusammensetzung wichtiger Hilfsstoffe unterscheiden (z.B. Alkohol, Sulfite oder Allergene). Einen dritten fraglichen Punkt stellt die Compliance des Patienten beim Austausch von Arzneimitteln dar. Obwohl der Austausch von Arzneimitteln durch Generika im limitierten Sortiment der Antihypertensiva keinen generellen Einfluss auf die Compliance zu haben scheint [16], kann diese aber beispielsweise durch Abweichung der substituierten Tablette in Form, Größe oder Farbe beeinflusst werden. So bevorzugten Patienten in einer dänischen Studie kleine, weiße, gewölbte Tabletten, während größere, violette Kapseln eher auf Ablehnung stießen [7].

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, welchen potenziellen Einfluss die unkritische Substitution von Arzneimitteln nach geltenden Rabattverträgen auf die Patientensicherheit hat.

Methodik

Das Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt und betreibt ein webbasiertes Arzneimittelinformationssystem (AiDKlinik®), dem eine umfangreiche Datenbank zugrunde liegt [5]. Die Datenbank enthält alle Arzneimittel des deutschen Marktes (MMI - Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg), die mit Präparat- bzw. Packungsinformationen hinterlegt sind (Wirkstoffe, Arzneimittelcharakteristika, Preise, etc). Darüber hinaus beinhaltet die Datenbank Wissen und Informationen der Abteilung Innere Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakopidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg (Tabletten Teilbarkeit, Dosierungshinweise, etc.) [15] sowie durch regelmäßige Updates stets aktuell gehaltene Rabattvereinbarungen der Krankenkassen (ABDA-TA Pharma-Daten-Service, Eschborn). Um aus dieser Datenbank alle Präparate des deutschen Marktes herauszusuchen, zu denen rabattvertragskonforme Therapiealternativen existieren, wurden mit Hilfe von Datenbankabfragen alle Medikamente auf Gemeinsamkeiten bezüglich Wirkstoffgleichheit, gleicher Wirkstärke, gleicher Packungsgröße, gleichem ATC-Code (Code nach Anatomisch-Therapeutisch-Chemischem Klassifikationssystem, als Parameter für den Indikationsbereich) und vergleichbarer Darreichungsform miteinander verglichen. Die dabei gefundenen Präparatepackungen wurden in einem zweiten Schritt daraufhin untersucht, ob sie in den Rabattvereinbarungslisten der deutschen Krankenkassen vorhanden sind (Abb. 1). An dieser Stelle muss zwischen den Begriffen „Präparat“ und „(Präparate-)Packung“ unterschieden werden. Während das Präparat auf einer höheren Abstraktionsebene für ein (Fertig-)Arzneimittel steht, das über bestimmte Eigenschaften verfügt, bezeichnet die (Präparate-)Packung eine konkrete Einheit, in der ein Präparat an den Patienten abgegeben wird. Bei der Aut-Idem-Substitution von Medikamenten werden stets konkrete Packungen betrachtet, da deren Größe (Packungsinhalt) eines der Austausch-Kriterien ist. Aus der resultierenden Treffermenge austauschbarer Packungen wurden Paare der korrespondierenden Ausgangs- und rabattvertragskonformen Alternativpräparate gebildet. Die beiden Präparate wurden dann mit den zugehörigen Charakteristika aus

Markt- und klinisch-pharmakologischem Wissen verknüpft (Abb. 2). Durch diese Anordnung konnten Ausgangs- und Alternativpräparate aller von Rabattverträgen betroffenen Medikamente auf mögliche Unterschiede untersucht werden.

Datenverarbeitung und Statistik
Die Bildung von Substitutionspaaren sowie deren Vergleich wurde mithilfe der Datenbankabfragesprache SQL (structured query language) auf einer Datenbank (Microsoft SQL-Server

2005) durchgeführt. Da keine Hypothese untersucht wurde, kamen zur Datenanalyse nur Verfahren der deskriptiven Statistik zum Einsatz (absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte, Range und Mediane). Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm R (Version 2.6.1) und Microsoft Excel 2003.

Ergebnisse

Auf dem deutschen Markt befanden sich zum Zeitpunkt der Auswertung (Stand: 01.01.2008) 27 830 Präparate, denen 60 723 Packungen zugeordnet waren. Nicht eingeschlossen wurden Homöopathika. Insgesamt hatten 1629 Krankenkassen oder deren Bezirksdirektionen Rabattverträge mit 126 Pharmaunternehmen geschlossen, die insgesamt die bevorzugte Abgabe von 20 048 verschiedenen Arzneimittelpackungen vorsahen (durchschnittlich 5601 Packungen pro Kasse, Median: 5080, Max: 12 548, Min: 176). Eine Aut-Idem-Medikationsumstellung war für 42 347 unterschiedliche Präparatepackungen möglich. Diese

konnten in 493 041 Substitutionsmöglichkeiten auf vergleichbare Therapiealternativen umgestellt werden, wobei diese Umstellungen in 258 412 Fällen zum Austausch auf Packungen führte, die in aktuellen Rabattverträgen berücksichtigt sind. Innerhalb dieser 258 412 rabattvertragskonformen Substitutionen wurden 27 367 unterschiedliche Präparatepackungen (Ausgangspräparate) durch 17 638 andere rabattvertragskonforme Präparatepackungen (Alternativpräparate) ersetzt (Abb. 3). Beim direkten Vergleich der Paare zeigten sich folgende Unterschiede zwischen den Substitutionspartnern:

Darreichungsform

Die Darreichungsformen der Ausgangs- und Alternativpräparate unterschieden sich in 40 648 Fällen (15,7 %). Tabelle 1 zeigt für verschiedene Applikationswege die Häufigkeiten von Substitutionen, bei denen die Darreichungsform durch Anwendung der Rabattverträge modifiziert wird.

Form, Größe und Farbe

Bei der Substitution von 243 862 Arzneimitteln mit festen oralen Darreichungsformen (Tabletten, Kapseln, Dragees, etc.) lagen in 44 020 Fällen (18,1 %) Informationen zu Form (44 020), Farbe (44 020) und/oder Größe (38 804) für Ausgangs- wie auch Alternativ-Präparate vor. Beim Vergleich unterschieden sich 11 659 (26,5 %) der Paare in ihrer Form (Tab. 2), während ein Farbwechsel/deutlicher Farbwechsel beim Austausch von 11 634/9789 Präparaten (26,4%/22,2 %) zu verzeichnen war. Zur Untersuchung des Farbwechsels wurden die Präparate sieben Farbgruppen zugeordnet (die 6 Farbtöne weiß, rot, blau, gelb, grün und grau sowie eine Gruppe für mehrfarbige Tabletten/Kapseln). Darauf aufbauend wurden deutliche Farbwechsel als Wechsel über diese Gruppen hinweg definiert, Farbwechsel traten jedoch auch innerhalb der Farbgruppen auf (z. B. gelb → ockergelb). Hinsichtlich der Größe der Verabreichungsform wurde untersucht, wie häufig und wie stark sich die Größen der Alternativ-Präparate (in Länge, Breite oder Durchmesser) von den Ausgangspräparaten unterschieden. Insgesamt waren Größenunterschiede in 30 025 Fällen zu verzeichnen (77,4 % der Substitutionen mit vorliegenden Größenangaben bzw. 12,3 % aller Substitutionen). Dabei änderte sich die Größe zu 86,8 % nur geringfügig ($\Delta \leq 25\%$). Eine größere Dimensionsänderung lag in 10,7 % bzw. 1,43 % ($\Delta > 25\%$, $\Delta \leq 50\%$ bzw. $\Delta > 50\%$, $\Delta \leq 75\%$) der Fälle vor. Deutliche Größenunterschiede traten in 1,03 % der Substitutionen auf (0,98 % bei $\Delta > 75\%$, $\Delta \leq 100\%$ bzw. 0,05 % bei $\Delta > 100\%$).

Teilbarkeit

Ausgehend von insgesamt 156 445 Substitutionen mit Teilbarkeitsinformationen zu Ausgangs- und Alternativpräparat konnte in 14 757 Fällen (9,43 %) das Alternativpräparat nicht mehr in gleicher Weise wie das Aus-

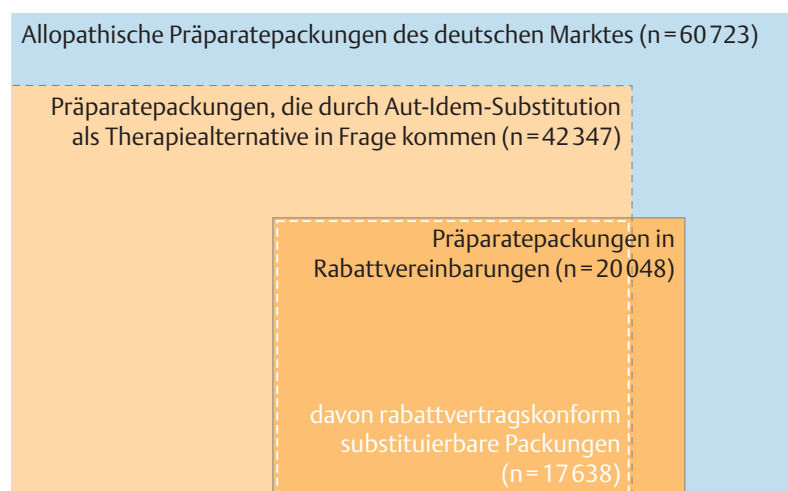


Abb. 1 Recherche nach rabattvertragskonformen Alternativpräparaten. Die Medikamente des deutschen Marktes können in Untermengen gruppiert werden: mögliche Substitutionspräparate, d. h. Präparate mit mindestens einer Packung, die als Aut-Idem-Alternative für eine andere Präparatepackung in Frage kommt, und Präparate mit in Rabattverträgen geregelten Packungen. Die Schnittmenge ergibt die zu vergleichenden Substitutionspräparate.

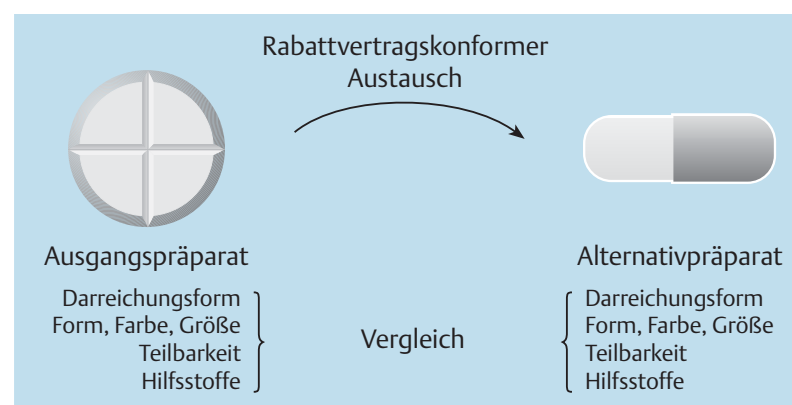


Abb. 2 Vergleich von austauschbaren Präparatepaaren (Ausgangspräparat - rabattvertragskonformer Alternativpräparat) anhand von Präparatcharakteristika.

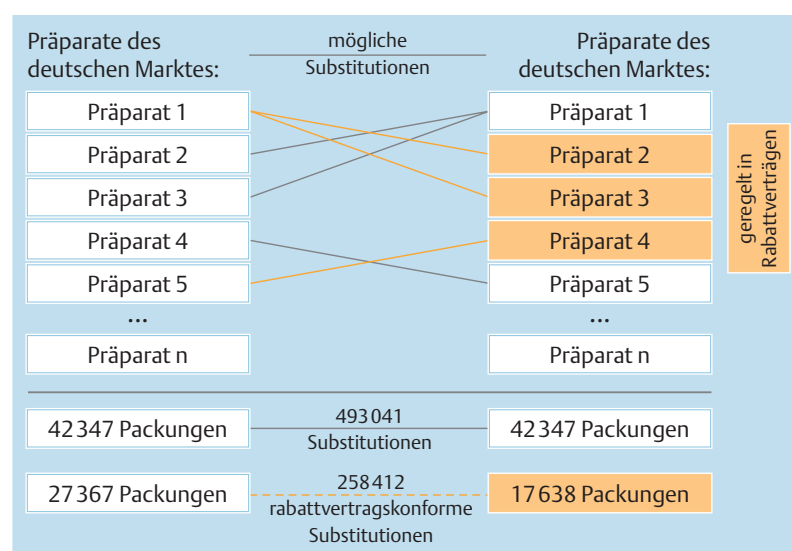


Abb. 3 Substituierbarkeit von Arzneimittelpackungen des deutschen Marktes durch andere Präparate. Der Vergleich der Eigenschaften austauschbarer Arzneimittel bezieht sich auf Präparate, wohingegen das Auffinden und die quantitative Auswertung aufgrund der Kriterien für den Aut-Idem-Austausch Bezug auf konkrete Packungen nimmt. Rabattvertragskonforme Alternativpräparate sind farblich hervorgehoben.

gangspräparat geteilt werden. Differenziert in die 3 wichtigsten Möglichkeiten der Tablettenteilung (2-fach, 3-fach, 4-fach), gingen durch den rabattvertragskonformen Medikamentenaustausch in 72,4 % die Möglichkeit das Arzneimittel zu halbieren, in 1,17 % zu dritteln und in 26,5 % zu vierteln verloren (Tab. 3).

Hilfsstoffe

Ausgehend von einer Liste wichtiger allergener Hilfsstoffe (Sorbinsäure, Natriumbenzoat, Cetylstearylalkohol, Benzylalkohol, Butylhydroxytoluol, Benzoessäure, Sorbitansesquioleat, Benzalkoniumchlorid, Natriumdisulfid, Butylhydroxyanisol, Lanolinalkohol, Chloracetamid, Propylenglykol, Cocamidopropylbetain, Bronopol) wurden die rabattvertragskonformen Substitutionen nach Präparaten durchsucht, die diese Stoffe beinhalten. Hierbei traten 4269 Fälle auf (1,65 % aller Substitutionen), in denen diese Hilfsstoffe in der Zusammensetzung des Substitutionspräparats, nicht aber in der des Ausgangspräparats vorhanden waren. Alternativpräparate, die im Gegensatz zum Ausgangspräparat Sulfite enthielten, wurden in 174 Fällen gefunden (0,07 %). Um dieselbe Problematik für den Hilfsstoff Ethanol zu untersuchen, wurde eine Untermenge aller 9222 Fälle betrachtet, in denen flüssige orale, systemisch wirkende Darreichungsformen substituiert wurden. Im Ergebnis waren dies 387 Fälle, bei denen Ethanol im Substitutionspräparat enthalten war (4,20 bzw. 0,15 % aller rabattvertragskonformen Substitutionen).

Gesamtänderungsrate

Insgesamt ergab die Datenbankanalyse 113 553 Unterscheidungen zwischen potenziell austauschbaren Präparaten, die in 81 418 der 258 412 möglichen rabattvertragskonformen Substitutionen (31,5 %) auftraten (Tab. 4). Im Durchschnitt lassen sich rein rechnerisch somit in jeder Substitution 0,44 Unterschiede in medizinisch wichtigen Präparatcharakteristika ausmachen (Median: 0; Max.: 6; Min.: 0).

• Diskussion

De facto führen die neu eingeführten Rabattverträge in Deutschland zu einer Umverteilung der Kompetenzen und Aufgaben des medizinischen Fachpersonals im Bereich der Arzneimittel-Verschreibung und -Abgabe. Dabei obliegt dem Arzt die Auswahl eines geeigneten Präparates, das dann in der Apotheke nach bestimmten Regeln (§ 129 SGB V) auf ein in wesentlichen Punkten vergleichbares Präparat umgestellt werden muss. Aus Sicht der Patientensicherheit erfolgt die Umsetzung allerdings nach unvollständigen Regeln und an einem Ort, wo wichtige Details der Krankengeschichte nicht bekannt sein können. Dies zeigt beispielsweise die fehlende Berücksichtigung allergener Hilfsstoffe in der aktuellen Rabattvertragsregelung. Bei einem hohen Prozentsatz der Bevölkerung Deutschlands, der in einer Studie 2001 auf 28 % geschätzt wurde [14], bestehen Kontakt-Aller-

Tab. 1 Substitutionsbedingte Änderungen der Darreichungsform, gruppiert nach Applikationswegen.

Applikationsweg	Beispiel	Häufigkeit	(%)
Oral	Tablette → Filmtablette	38486	(94,7)
Topisch	Creme → Salbe	1797	(4,42)
Nasal	Nasentropfen → Nasenspray	182	(0,45)
Parenteral	Injektionssuspension → Injektionslösung	170	(0,42)
Vaginal	Vaginal-Zäpfchen → Vaginal-Tabletten	8	(0,02)
Ophthalmisch	Augentropfen (Mehrdosenbehälter) → Einzeldosisophthiole	3	(0,007)
Rektal	Rektallösung → Suppositorium	2	(0,005)
		Σ 40648*	(100**)

* 15,7% aller 258412 rabattvertragskonformen Substitutionen; ** Summe nicht exakt 100% durch Rundung der Einzelwerte

gien, häufig gegen Stoffe, die als Hilfsstoffe in Medikamenten enthalten sind (z. B. Lanolin-, Cetylstearylalkohol oder Konservierungsstoffe) [2, 14]. Da es gemäß unserer Untersuchung in über 1 % aller Substitutionen zu Änderungen in der Exposition mit allergenen Hilfsstoffen kommt, sind

Vernichtung des Säureschutzes) oder zur Gefährdung des Patienten (z. B. unkontrollierte Freisetzung großer Wirkstoffmengen [dose dumping]) führen würde [9]. Da Patienten in der Regel nicht aus eigenem Antrieb teilen, sondern weil eine entsprechende ärztliche Verordnung dazu riet [11],

Tab. 2 Häufigkeiten der Änderungen der Tablettenform durch Substitution.

Ausgangspräparat	Austauschpräparat	oval	oblong	Sonderform	Σ
rund	rund	901 (7,73)	2186 (18,8)	712 (6,11)	3799 (32,6)
oval	rund	1106 (9,49)	1674 (14,4)	81 (0,69)	2861 (24,6)
oblong	rund	2271 (19,5)	1491 (12,8)	136 (1,17)	3898 (33,5)
Sonderform	rund	872 (7,48)	81 (0,69)	148 (1,27)	1101 (9,4)
Σ	rund	4249 (36,5)	2473 (21,2)	4008 (34,5)	929 (7,97)
		Σ	11659 (100*)		

* Summe nicht exakt 100% durch Rundung der Einzelwerte

entsprechende Unverträglichkeitsreaktionen nach einem Aut-Idem-Wechsel möglich [13]. Außerdem kann auch der unbeabsichtigte Wechsel auf alkoholhaltige Präparate problematisch sein (Alkoholranke). Dosisrelevant und quantitativ gravierend sind auch die Änderungen der Teilbarkeit durch Substitution, die in 10 % der Fälle zu erwarten sind. Diese Zahl deckt sich genau mit dem Ergebnis einer kürzliche durchgeführten Studie, in der die rabattvertragskonforme Umstellung realer Verordnungsdaten von 425 ambulanten Polymedikations-Patienten auf die Tablettenteilbarkeit untersucht wurde [8]. In Deutschland wurde vor Einführung der Rabattverträge eine von vier oralen Darreichungsformen (Dragee, Tablette, Kapsel) geteilt [9], was welt-

weit zunehmend aus ökonomischen Gründen forciert [6] und auch vom Patienten akzeptiert wird [4]. Dies geschah allerdings in ~ 10 % der Fälle, obschon die Tabletten nicht teilbar waren und in vielen Fällen zur Zerstörung des Präparates (z. B. Vernichtung des Säureschutzes) oder zur Gefährdung des Patienten (z. B. unkontrollierte Freisetzung großer Wirkstoffmengen [dose dumping]) führen würde [9]. Da Patienten in der Regel nicht aus eigenem Antrieb teilen, sondern weil eine entsprechende ärztliche Verordnung dazu riet [11],

Tab. 3 Unterschiedliche Teilbarkeiten von Substitutionspräparaten.

Ausgangspräparate	Alternativpräparate	Häufigkeit (%)
teilbar	nicht teilbar	
- halbierbar	nicht teilbar	10541 (71,4)
- drittierbar	nicht teilbar	20 (0,14)
- viertelbar	nicht teilbar	421 (2,85)
teilbar	nicht adäquat teilbar	
- halbierbar	teilbar, aber nicht halbierbar	136 (0,92)
- drittierbar	teilbar, aber nicht drittierbar	153 (1,04)
- viertelbar	teilbar, aber nicht viertelbar	3486 (23,6)
Σ teilbar	nicht (adäquat) teilbar	14757* (100**)

* 9,43% aller 156 445 Substitutionen mit vorliegenden Teilbarkeitsinformationen; ** Summe nicht exakt 100% durch Rundung der Einzelwerte

Tab. 4 Summen aller aufgetretenen Unterschiede bei der rabattvertragskonformen Arzneimittelsubstitution.

Unterschiede in	Häufigkeit
Darreichungsform	40648
Tablettenform	11659
Tablettenfarbe	11634
Tablettengröße	30025
Tablettenteilbarkeit	14757
Hilfsstoff (allergene Hilfsstoffe, Sulfite und Ethanol)	4830
Σ	113553

Änderungen der Tablettengröße ($\Delta > 75\%$) und in über 22 % der Fälle deutliche Veränderungen der Tablettenfarbe zu erwarten sind. Dies ist wichtig, da die Farbe eine große Rolle bei der Unterscheidbarkeit von Arzneimitteln in Multimedikationen älterer Patienten spielt, bei denen ohnehin die Gefahr von Einnahmefehlern besteht [3]. Die Größe der Verabreichungsform spielt ebenfalls eine wichtige Rolle, da größere Tabletten zu Schluckproblemen beim Patienten führen können [7]. Kleinere Tabletten hingegen können für ältere Patienten die ohnehin schwierige Handhabung (Entblästern, Teilen, etc.) noch erschweren [1]. Zusätzliche Information ist nötig, die es dem Patienten ermöglicht, die Arzneimittel wieder einer Indikation und damit einem therapeutischen Ziel zuzuordnen. Dies wirkt sich vorteilhaft auf die Therapietreue aus [12].

• Limitationen

Die aktuelle Untersuchung ist insofern realistisch, als alle aktuell geregelten Substitutionspaare identifiziert und qualitativ analysiert wurden. Sie illustriert somit, wie vielfältig medizinische Einschränkungen der aktuellen Rabattvertragsregelung sind. Da jedoch nicht alle Arzneimittel mit gleicher Häufigkeit verschrieben werden, gibt diese Analyse keine eindeutigen Angaben zur tatsächlichen Prävalenz medizinischer Probleme bei entsprechender Substitution. Sie stellt vielmehr die Risikoanalyse dar, die eigentlich vor Einführung solcher Vertragswerke hätte ablaufen sollen. Die sehr genaue Übereinstimmung der theoretischen Häufigkeit von Teilbarkeitsproblemen mit einer Stichprobe ambulanter Patienten [8] weist allerdings darauf hin, dass das theoretische Modell tatsächlich prädiktiv ist. Eine weitere Limitation ist, dass nicht für alle Rabattvertragspräparate alle Charakteristika in der Datenbank enthalten waren. Da die Bestückung der Wissensbasen jedoch keinen erkennbaren Bezug zur Rabattvertragsregelung hat, ist keine wesentliche Verzerrung der Resultate zu erwarten und eine Extrapolation auf den gesamten Markt erscheint gerechtfertigt. Allerdings waren nicht für alle austauschbaren Präparate Informationen zu allen Parametern (z. B. Tablettengröße) verfügbar, so dass vermutet werden muss, dass mehr als die aktuell ermittelten 0,44 medizinisch bedeutsamen Unterschiede pro Substitutionspaar vorhanden sind.

• Fazit

Trotz bestehender wichtiger und weitreichender Kriterien zur rabattvertragsbedingten Medikationsum-

stellung kann es bei der Substitution zu medizinisch relevanten Unterschieden zwischen den verordneten und den abgegebenen Arzneimitteln kommen, die den Patienten verwirren, belasten oder im schlimmsten Fall gefährden können. In dieser Studie wurde in knapp einem Drittel der Fälle mindestens ein Unterschied festgestellt. Eine Aufklärung des Patienten über genau das Arzneimittel, das in der Apotheke abgegeben wird, ist deshalb unabdingbar. Optimalerweise weiß daher bereits der verordnende Arzt, was gemäß aktueller Rabattverträge an seinen Patienten abgegeben werden kann, damit eine adäquate Beratung oder gegebenenfalls eine Verhinderung der Substitution (z. B. durch Setzen des Aut-Idem-Kreuzes auf dem Rezeptbogen) vorgenommen werden kann. Aufgrund der großen Zahl auf dem Markt befindlicher Präparate und der Fülle sich häufig ändernder Rabattverträge bedarf es hierfür allerdings elektronischer Lösungen, wie Informationssysteme und Entscheidungshilfen, die den Arzt im täglichen Entscheidungsprozess unterstützen. Andererseits wäre zu hoffen, dass mit zunehmender Zahl an Rabattverträgen die Preisunterschiede zwischen Arzneimitteln so irrelevant werden, dass diese Regelung, die medizinisch ohne Vorteile ist und deren Unbedenklichkeit bisher nicht analysiert, sondern nur postuliert wurde, bald wieder verlassen wird. Bis dann wäre es wichtig, dass bereits der Hausarzt rabattvertragskonform verschreiben kann, um administrativen Mehraufwand, Verunsicherung des Patienten und eine Re-Evaluation der tatsächlich abgegebenen Therapie nach all den medizinischen Kriterien, die bisher keine Berücksichtigung finden, zu vermeiden.

• Konsequenz für Klinik und Praxis

- Das rabattvertragsbedingte Umstellen von Medikationen nach den bisher gültigen Kriterien kann medizinische Risiken beinhalten.
- Arzneimittelsubstitutionen sollten deshalb dem verschreibenden Arzt obliegen, um sicher zu stellen, dass weitere wichtige Patientencharakteristika (Allergien, Fingerfertigkeit, Handhabbarkeit komplexer Therapien) berücksichtigt werden, oder eine problematische Arzneimittelsubstitution gegebenenfalls (durch Setzen des Aut-Idem-Kreuzes) verhindert werden kann.

Autorenerklärung: M.G. Pruszydo, R. Quinzler, und W.E. Haefeli erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt betreibt). J. Kaltschmidt ist Geschäftsführer der Firma Dosing GmbH, die das Arzneimittelinformationssystem AiDKlinik® vertreibt.

M. G. Pruszydo, R. Quinzler, J. Kaltschmidt, W. E. Haefeli
Klinische Pharmakologie und Pharmakoevidemiologie, Abteilung Innere Medizin VI, Universitätsklinikum Heidelberg

Anhang: Medizinische Probleme und Risiken bei der rabattvertragsgerechten Umstellung von Inhalatoren in Deutschland

In vielen Fällen sind Arzneimitteltherapien über längere Zeit titrierte, auf den Patienten fein adjustierte Behandlungen. Jede neue Behandlungssituation und jeder Arztwechsel, wie an Schnittstellen von Versorgungssektoren üblich, kann deshalb zu Versorgungsbrüchen führen. Inhalative Applikationsformen können sich in der Handhabung wesentlich unterscheiden [5]. Ihre Bedienung stellt für die Patienten eine besondere Herausforderung dar (Abb. 1). Entsprechend groß ist der Schulungsbedarf, und entsprechend häufig sind Anwendungsfehler [4]. Auf den Austausch von Inhalatoren wurde in unserem Artikel nur kurz eingegangen [3]. In dem Artikel wurde eine Liste von vergleichbaren Darreichungsformen verwendet, wie sie bei der elektronischen Unterstützung der ärztlichen Verschreibung angewandt werden kann. In der Apotheke gelten stringenter Regeln in Form von verbindlichen Hinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), worin für festgelegte Wirkstoffe austauschbare Darreichungsformen angegeben sind [1]. Da die genannten Budesonid-Inhalativa darin nicht enthalten sind, ist ein Darreichungsform-übergreifender Austausch eigentlich nicht möglich. Allerdings ergibt sich folgende Problematik: Unterschiedliche Inhalatoren werden unter gemeinsamen Darreichungsformen zusammengefasst. Z. B. tragen vereinzelte Budesonid-Novolizer und Budesonid-Easyhaler die gleiche Darreichungsformbezeichnung „Inhalationspulver“.

● Rabattvertragsgerechte Umstellung von Inhalativa

Angestoßen durch einen Leserbrief in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift haben wir alle theoretisch möglichen Substitutionen am Beispiel der Budesonid-Inhalatoren untersucht: Gegenwärtig sind 54 budesonidhaltige

Präparate in 129 Packungen zur inhalativen Verabreichung auf dem deutschen Markt. Für 12 Präparate (24 Packungen) gibt es derzeit Rabattverträge. Unter Anwendung der im Artikel im Detail beschriebenen Methodik [3] und unter Verwendung einer Apothekensoftware (ADG S3000 5.0.0 SP-22) zur Berücksichtigung der Hinweise des G-BA zum Austausch von Darreichungsformen wurden 77 mögliche rabattvertragskonforme Substitutionen in dieser Präparatgruppe identifiziert. Darunter war in 53 % (n = 41) der Fälle ein Wechsel des Inhalators zu verzeichnen. Die darin involvierten Pulverinhalatoren sind in Abb. 1 dargestellt. Aufgeführt sind auch die Besonderheiten, die Patienten beim Gebrauch der Inhalatoren berücksichtigen müssen. Die erheblichen Unterschiede in der Anwendung der Inhalatoren machen deutlich, welcher Informationsbedarf für den Patienten durch solche Umstellungen entsteht. Durch gezielte Schulung seitens des Apothekers können allerdings Inhalationsfehler vermieden und die Inhalationstechnik des Patienten verbessert werden [2]. Falls dem Patienten der Umgang mit einem neuen Inhalator nicht vermittelt werden kann und der Therapieerfolg oder die Arzneimittelsicherheit gefährdet scheint, ist es dem Apotheker gestattet, aufgrund pharmazeutischer Bedenken von einer Umsetzung der Rabattverträge abzugehen (§ 4 Absatz 3 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V i. d. F. vom 17. Januar 2008). Derartige Ausnahmeregelungen, die dem Apotheker mehr Handlungsspielraum verschaffen, verbunden mit einer möglichen Einflussnahme des Arztes bereits bei der Verschreibung (z. B. durch elektronische Entschei-

dungsunterstützung) sind ein wichtiger Beitrag, mögliche Probleme und Risiken, die durch rabattvertragsbedingte Substitutionen entstehen können, zu minimieren. Wiederum stellt sich aber die Frage, ob der Aufwand zur Erhaltung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Therapie in einem balancierten Verhältnis zum prognostizierten wirtschaftlichen Vorteil dieser Umsetzungen stehen. Gewiss kann gelegentlich der Wechsel auf einen einfacher bedienbaren Inhalator und eine gezielte Schulung eine Therapie für den Patienten auch vereinfachen.

W. E. Haefeli

Korrespondenzadresse für Artikel und Anhang:

Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli
Universitätsklinikum Heidelberg,
Abteilung Innere Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Telefon: 06221/56-8740
e-Mail: walter.emil.haefeli@med.uni-heidelberg.de

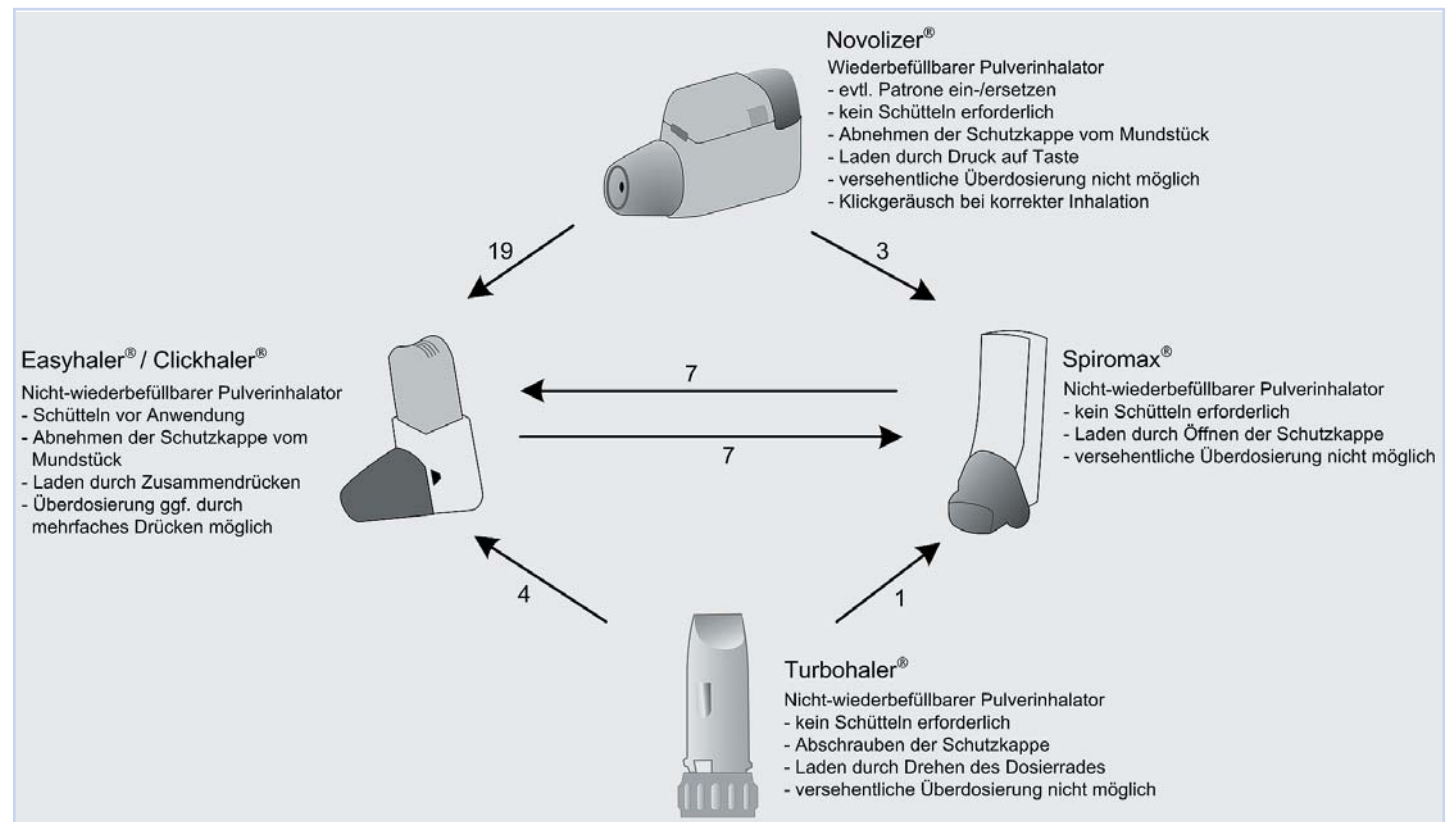


Abb. 1 Inhalatoren, die Budesonid enthalten und von der Rabattvertragsregelung betroffen sind. Die Pfeile stellen die 41 (insgesamt 77) Substitutionen dar, die mit einem Wechsel des Inhalators einhergehen. Die monodirektionalen Pfeile sind dadurch zu erklären, dass z. B. für Novolizer® und Turbohaler® aktuell keine Rabattvereinbarungen bestehen (Stand: 15.07.2008).

Literatur

- Atkin PA, Finnegan TP, Ogle SJ, Shenfield GM. Functional ability of patients to manage medication packaging: a survey of geriatric inpatients. *Age Ageing* 1994; 23: 113-116
- Brasch J, De Groot AC. Konservierungsmittel. In: Fuchs T, Aberer W, Eds.; *Kontaktexzem*. 2. wesentlich überarbeitete Auflage. München-Deisenhofen: Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle 2007, p. 535-545
- Burkhardt H, Gladisch R. Pharmakotherapie des älteren Menschen aus klinischer Sicht. *Internist* 2003; 44: 959-967
- Choe HM, Stevenson JG, Streetman DS, Heisler M, Standiford CJ, Piette JD. Impact of patient financial incentives on participation and outcomes in a statin pill-splitting program. *Am J Manag Care* 2007; 13: 298-304
- Kaltschmidt J, Gallin S, Haefeli WE. Essential functional requirements for an effective electronic drug information system in a hospital. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2004; 42: 615, (Abstract)
- Miller DP, Furberg CD, Small RH. et al. Controlling prescription drug expenditures: a report of success. *Am J Manag Care* 2007; 13: 473-480
- Overgaard ABA, Højsted J, Hansen R, Møller-Sonnergaard J, Christrup LL. Patients' evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms. *Pharm World Sci* 2001; 23: 185-188
- Quinzler R, Bertsche T, Szecsenyi J, Haefeli WE. Teilung von Tabletten: welchen Einfluss haben die Rabattverträge auf die Verordnungsqualität? *Med Klin* 2008; 103: 569-74
- Quinzler R, Gasse C, Schneider A, Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J, Haefeli WE. The frequency of inappropriate tablet splitting in primary care. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62: 1065-1073
- Quinzler R, Haefeli WE. Tabletten teilen. *Ther Umsch* 2006; 63: 441-447
- Quinzler R, Szecsenyi J, Haefeli WE. Tablet splitting: patients and physicians need better support (letter). *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 1203-1204
- Qureshi NN, Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar TH. Hypertension Research Group. Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 335: 1030

- Rogkakou A, Guerra L, Scordamaglia A, Canonica GW, Passalacqua G. Severe skin reaction due to excipients of an oral iron treatment. *Allergy* 2007; 62: 334-335
- Schäfer T, Böhler E, Ruhdorfer S. et al. Epidemiology of contact allergy in adults. *Allergy* 2001; 56: 1192-1196
- Senger C, Pruszydlo MG, Schmitt SPW, Seidling HM, Kaltschmidt J, Haefeli WE. Successful development of a comprehensive database model integrating data of clinical research and the current drug market for computerized decision support (Abstract). *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2007; 101: 387
- Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A. Generic substitution of antihypertensive drugs: Does it affect adherence? *Ann Pharmacother* 2006; 40: 15-20

Literatur zum Anhang

- Gemeinsamer Bundesausschuss. Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen (aut idem/ 5 Tranchen): <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/11/>. 31.7.08
- Mangiapan S. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1817-1822
- Pruszydlo MG, Quinzler R, Kaltschmidt J, Haefeli WE. Medizinische Probleme und Risiken bei der rabattvertragsgerechten Umstellung von Medikationen in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 1423-1428
- Rau JL. Practical problems with aerosol therapy in COPD. *Resp Care* 2006; 51: 158-172
- Schwald M, Schneider A, Meyer FJ. Inhalative Applikationsformen bei Asthma bronchiale und COPD. *Ther Umsch* 2006; 63: 383-390

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1423-1428, Anhang: Seite 1857-1858). Alle Rechte vorbehalten.

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. BDI-Mitglieder erhalten BDI aktuell im Rahmen ihres BDI-Mitgliedsbeitrags.

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

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

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC) • 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: Klaus Schmidt (KS) sowie die namentlich unter den Artikeln genannten Autorinnen und Autoren

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH,

Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470,

E-Mail: manfred.marggraf@pharmedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6.

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

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

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

IA-MED Mitglied der Arbeitsgemeinschaft IA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V. gpr/08

IMIG Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V.

Kardiologie

Was tun bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern?

Bei Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern stellt sich in der klinischen Versorgung zunächst die Frage, ob es für diese Erstmanifestation akute (z. B. Koronarschämie, Elektrolytentgleisung) oder „chronisch-aktive“ Ursachen (z. B. Herzklappenfehler, hypertensive Herzerkrankung) gibt. Diese Ursachensuche hat insofern Bedeutung, da eine kardiale Grunderkrankung für die Prognose und zukünftige Morbidität des Patienten von größerer Bedeutung sein kann als das Vorhofflimmern selbst. Darüber hinaus besteht die berechtigte Hoffnung, bei Behandlung einer kausalen Erkrankung die Folgeerscheinung, das Vorhofflimmern, günstig zu beeinflussen. Da also die Pathogenese und Epidemiologie des Vorhofflimmerns gerade beim neu aufgetretenem Vorhofflimmern besondere Bedeutung besitzt, ist den weiteren Ausführungen zur Behandlung ein Abschnitt zu diesem Themenkomplex vorangestellt. Weitere wichtige Fragen beziehen sich auf die Durchführung der Akuttherapie und Antikoagulation sowie darauf, ob sich aus den Umständen des neu aufgetretenem Vorhofflimmerns Erkenntnisse für den mittel- bis längerfristigen Umgang bzw. Therapie dieser Arrhythmie ergeben („Strategiewahl“).

● **Pathogenese und Epidemiologie**
Vorhofflimmern entwickelt sich in der Regel auf dem Boden einer – eventuell noch latenten – kardiovaskulären Erkrankung. Am stärksten erhöht gegenüber der Normalbevölkerung ist die Wahrscheinlichkeit bei Herzklappenfehlern (um das 1,8-/3,4-fache) und Herzinsuffizienz (um das 4,5-/5,9-fache). Als weitere unabhängige prädisponierende Faktoren kristallisierten sich in einer Auswertung der Framingham-Daten (n = 4731/38 Jahre Nachbeobachtung) Hypertonie

(1,5-/1,4-faches Risiko) und Diabetes mellitus (1,4-/1,6-faches Risiko) heraus [2]. Den größten Stellenwert als Risikofaktor hat aufgrund ihrer hohen Prävalenz ohne Zweifel die Hypertonie. Sowohl in der US-amerikanischen ATRIA-Studie als auch im „Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation“ und in der französischen ALFA-Studie (Etude en Activité Libérale de la Fibrillation Auriculaire) war Bluthochdruck die häufigste Begleiterkrankung [5, 7]. Dem entgegen stehen die Daten der „Framingham

Heart Study“ zur Berechnung des Lebenszeitriskos für die Entwicklung von Vorhofflimmern. Dabei ergab sich nur eine schwache Korrelation zu den Blutdruckwerten. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Vorhofflimmern betrug für normotone (< 130/85 mm Hg) 40-jährige Männer 27,4 % und unterschied sich nur wenig gegenüber dem von hypertonen (≥ 160/100 mm Hg) 40- oder 80-jährigen Männern mit 30,7 % und 26,6 %. Ein ähnlicher Trend ergab sich für die Frauen. Im Alter von 40 Jahren und Normotonie lag ihr Vorhofflimmernrisiko bei 18,6 % versus 20,4 % bzw. 24 % im Alter von 40 bzw. 80 Jahren und Hypertonie [4]. Aufgelöst wird dieser scheinbare Widerspruch durch die Untersuchung einer italienischen Arbeitsgruppe, die eine Kohorte von 2 482 Hypertoniepatienten über bis zu 16 Jahre nachverfolgt hat. Dabei ließ sich ein statistisch signifikanter und von anderen Faktoren unabhängiger Zusammenhang zwischen (hochdruckbedingter) Linksherzhypertrophie und Inzidenz von Vorhofflimmern nachweisen. Gleichermaßen korrelierte mit dem Vorhofflimmern eine Vergrößerung des linken Vorhofs – mit statistischer Signifikanz allerdings nur für die Persistenz der Arrhythmie [9].

Neben den dominierenden kardiovaskulären Grunderkrankungen gibt es auch Faktoren und Begleitumstände für die Entstehung von Vorhofflimmern, die nichts oder nur indirekt mit dem Herz-Kreislauf-System zu tun haben, wie

- ▶ genetische Disposition (1,8-fach erhöhtes Risiko bei einem betroffenen Elternteil)
- ▶ endokrine Stoffwechselstörungen (Schilddrüse, Glukoseverwertung),
- ▶ chronischer Alkoholabusus,
- ▶ Ausdauersport, Vagotonie
- ▶ psychosoziale Faktoren (Typ-A-Verhalten),
- ▶ Schlafapnoesyndrom.

Auch transientes Vorhofflimmern kann nicht nur kardial getriggert (akuter Myokardinfarkt, Myokarditis, Interventionen), sondern auch durch exzessiven Alkoholgenuß („Holiday-Heart-Syndrom“), diagnostische Eingriffe wie beispielsweise Bronchoskopie oder auch Pharmaka mit arrhythmogenem Potenzial induziert werden. Die Prävalenz des idiopathischen

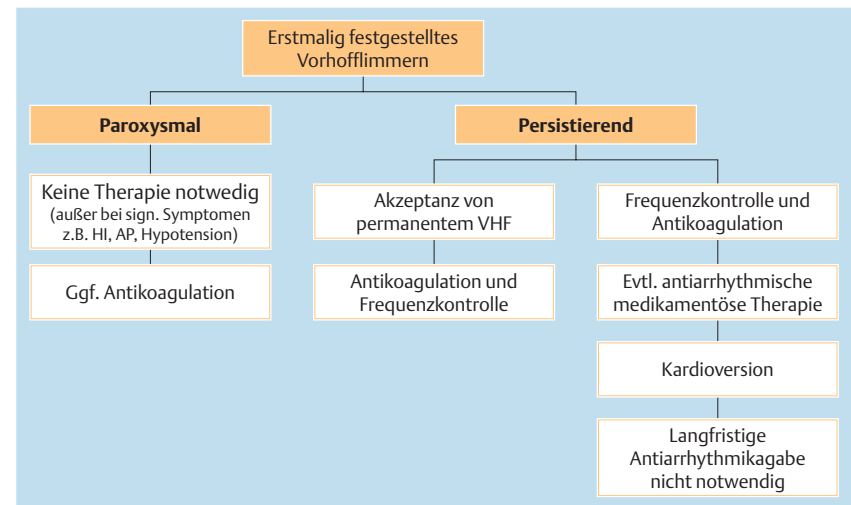


Abb. 1 Akuttherapie bei tachyarrhythmischem Vorhofflimmern. VHF = Vorhofflimmern, HI = Herzinsuffizienz, AP = Angina pectoris.

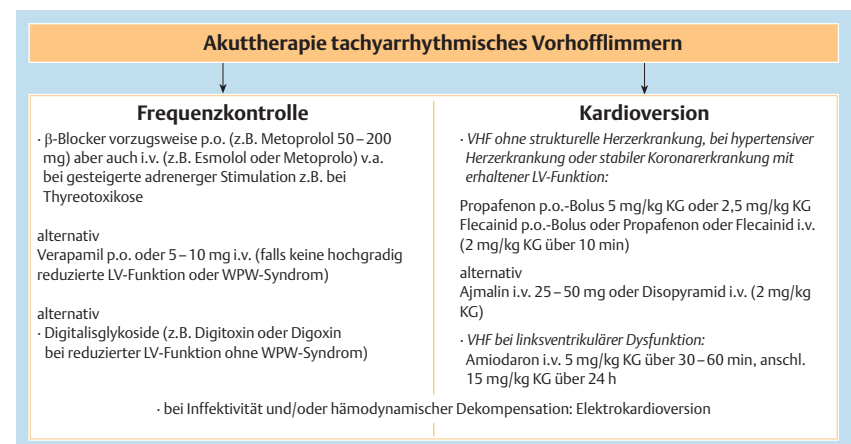


Abb. 2 Therapiestrategien bei erstmalig festgestelltem Vorhofflimmern WPW = Wolff-Parkinson-White-Syndrom, LV = linksventrikulär, VHF = Vorhofflimmern.

Tab. 1 Erforderliche Diagnostik und Zusatzdiagnostik bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern (modifiziert nach „ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation“ [1]).

Erforderliche Diagnostik („minimum evaluation“)
1. Anamnese und körperliche Untersuchung um
▶ Art und Ausprägung von Vorhofflimmer-assoziierten Symptomen zu definieren
▶ Vorhofflimmer-Typ bestimmen (erste Episode, paroxysmal, persistierend, permanent)
▶ die erste symptomatische Episode bzw. den erstmaligen Nachweis zu definieren
▶ das Verhalten gegenüber medikamentöser Therapie festzuhalten
▶ nach einer relevanten kardialen oder extrakardialen Erkrankung (z. B. Hyperthyreose, Alkoholabusus) zu suchen
2. Registrierung eines 12-Kanal-EKG:
▶ Dokumentation des Vorhofflimmerns
▶ LV-Hypertrophie?
▶ P-Wellendauer, Morphologie der Vorhofflimmerwellen
▶ Präexzitation?
▶ Faszikelblock?
▶ Infarktzeichen?
▶ Abgrenzung zu anderen atrialen Arrhythmien
▶ Bestimmung der Frequenz, QRS-Breite, QT-Intervall (z. B. Effekte einer antiarrhythmischen Medikation)
3. transthorakales Echokardiogramm:
▶ Klappenerkrankung?
▶ Größe des rechten bzw. linken Vorhofes
▶ Pulmonal-arterieller Druck
▶ Linksventrikuläre Hypertrophie
▶ wenn möglich linksatriale Thrombenbildung? (niedrige Sensitivität im transthorakalen Ultraschall)
▶ Zeichen einer perikardialen oder myokardialen Erkrankung?
▶ Linksventrikuläre Pumpfunktion?
4. Labor:
▶ Schilddrüsenfunktion
▶ Nieren- und Leberfunktion
▶ Elektrolytstatus
▶ Entzündungszeichen
Zusatzdiagnostik („additional testing“)
1. 6-Minuten-Gehstest (Frequenzkontrolle im Vorhofflimmern adäquat?)
2. Belastungs-EKG
▶ adäquate Frequenzkontrolle?
▶ Zur Auslösung von belastungsinduziertem Vorhofflimmern
▶ Myokardiale Ischämie) (z. B. vor Einleitung einer Klasse-IC-Medikation)
3. Langzeit-EKG oder Event-Recording
▶ Nachweis von Vorhofflimmern
▶ Überprüfung der Frequenzkontrolle
4. Transösophageale Echokardiographie
▶ linksatrialer Thrombus?
▶ Vor Kardioversion zum Ausschluss einer intrakardialen Thrombusbildung
5. Elektrophysiologische Untersuchung
▶ zum Nachweis oder Ausschluss einer Vorhofflimmer-induzierenden Tachykardie wie Vorhofflattern oder andere paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie
▶ zur Durchführung einer Vorhofflimmer-Ablation
6. Röntgen-Thorax zur Erfassung parenchymatöser oder vaskulärer pulmonaler Prozesse

Vorhofflimmerns – im angloamerikanischen Sprachraum auch als „lone atrial fibrillation“ bezeichnet – wird auf 15 % geschätzt [3]. Allerdings ist nicht quantifizierbar, wie häufig sich dahinter doch eine – noch latente – kardiovaskuläre Ursache verbirgt.

kurzgefasst

Kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzklappenfehler oder Herzinsuffizienz erhöhen das Risiko, an Vorhofflimmern zu erkranken. Die arterielle Hypertonie nimmt als Risikofaktor den größten Stellenwert ein. Auslösende Faktoren, die nur indirekt das Herz-Kreislauf-System beeinflussen, sind u. a. eine genetische Disposition, Stoffwechselstörungen, Alkoholabusus und das Schlafapnoesyndrom.

● Diagnostisches Vorgehen bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern

Die Diagnose Vorhofflimmern wird in einem Anfalls-EKG (12-Kanal-EKG, Langzeit-EKG oder Event-Recording) beim Vorliegen von irregulären Vorhoferregungen mit einer Schlag-zu-Schlag wechselnden Zykluslänge der Ventrikeldepolarisation gestellt; hierbei sind Übergänge zu Vorhofflattern häufig. Beim Nachweis von neu aufgetretenem Vorhofflimmern ist die Suche nach einer zugrunde liegenden kardialen oder extrakardialen Ursache von besonderer Bedeutung. Die im Jahre 2006 erschienen Leitlinien der großen internationalen kardiologischen Fachgesellschaften empfehlen folgendes diagnostisches Vorgehen wobei zwischen einer obligat erforderlichen und einer fakultativen zusätzlichen Diagnostik unterschieden wird (Tab. 1).

● Therapie

Strategiewahl und Akuttherapie

Handelt es sich um eine spontan-terminierende Episode von erstmalig festgestelltem Vorhofflimmern, ist in aller Regel keine weitere antiarrhythmische Therapie erforderlich, es sei denn, die Arrhythmie geht mit signifikanter Hypotension, myokardialer Ischämie oder Herzinsuffizienz einher [1]. In diesem Fall kann man zur Verhinderung eines evtl. auch psychologisch belastenden Rezidivs eine zeitlich begrenzte Rezidivprophylaxe einleiten (z. B. β-Blocker, evtl. Klasse-IC-Antiarrhythmika, bei reduzierter LV-Funktion Amiodaron). Im Falle einer persistierenden Episode von neu aufgetretenem Vorhofflimmern ist es zum einen möglich, dass es sich um ein deutlich symptomatisches tachyarrhythmisches Vorhofflimmern mit der Notwendigkeit zur Akuttherapie handelt. In dieser Situation sollte man wann immer möglich einer Frequenzkontrolle den Vorzug geben; bei hämodynamischer Intoleranz kann die Notwendigkeit zur raschen elektrischen oder auch pharmakologischen Kardioversion entstehen (Abb. 1). Falls die klinische Symptomatik nicht zu einer Akuttherapie drängt, ist man vor die strategischen Alternativen einer aktiv-durchgeführten Rhythmuskontrolle (Wiederherstellung des Sinusrhythmus) oder aber Akzeptanz des Vorhofflimmerns mit dem Ziel einer Frequenzkontrolle gestellt (Abb. 2). Beim neu aufgetretenen persistierenden Vorhofflimmern wird man dazu tendieren, einen Kardioversionsversuch zu unternehmen (insbesondere wenn sich akute Auslöser identifizieren lassen, z. B. hypertensive Entgleisung, aktive Hyperthyreose). Die Kardioversion, entweder

elektrisch oder pharmakologisch (Tab. 2 und 3) sollte insbesondere dann durchgeführt werden, wenn eine relevante Arrhythmie-assoziierte Symptomatik vorliegt. Auch wenn man nach Kardioversion eines erstmalig festgestellten persistierenden Vorhofflimmerns nicht von der Notwendigkeit einer langfristigen antiarrhythmischen Therapie ausgehen muss, ist eine kurzzeitige antiarrhythmische Begleittherapie hilfreich, ein frühzeitiges Rezidiv zu vermeiden und von daher empfehlenswert. Falls das Vorhofflimmern länger als 3 Monate besteht, sollte die Antiarrhythmikabehandlung möglichst bereits vor der Kardioversion eingeleitet werden [1].

kurzgefasst

Bei spontan terminierendem erstmaligem Vorhofflimmern steht die Ursachenabklärung im Vordergrund. Bei persistierendem Vorhofflimmern muss nach der Frequenzkontrolle die Indikation zur Kardioversion und Sinusrhythmus-erhaltenden Therapie individuell evaluiert werden.

Antikoagulation. Auch beim erstmalig festgestellten Vorhofflimmern ist es insbesondere bei Patienten ohne oder mit geringen Symptomen nicht immer eindeutig, ob es sich tatsächlich um die erste Vorhofflimmerepisode handelt. Daher ist es möglich, dass sich auch in der Situation des neu aufgetretenen Vorhofflimmerns ein Embolierisiko aufgebaut hat. Die Leitlinien sehen vor, dass akut aufgetretenes Vorhofflimmern innerhalb von 48 h (Dauer des Vorhofflimmerns dokumentiert durch EKG mit Sinusrhythmus oder gut eingrenzbarem Symptombeginn innerhalb von 48 h) auch ohne vorherige orale Antikoagulation oder transösophageale Diagnostik kardiovertiert werden kann. Dennoch wird auch in dieser Situation eine periprozedurale Antikoagulation empfohlen [1]. Es konnte gezeigt werden, dass niedermolekulares Heparin weder dem unfractioniertem Heparin noch einer oralen Antikoagulation unterlegen ist und aufgrund seiner einfacheren Handhabbarkeit und Steuerbarkeit als gleichwertige Alternative anzusehen ist [8]. Für die tägliche Praxis ist es daher empfehlenswert, bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern akut eine Antikoagulation z. B. in Form mit Heparin einzuleiten. Falls man eine rasche Kardioversion anstrebt, sollte bei unklarer

Tab. 2 Empfehlungen für die pharmakologische Kardioversion von Vorhofflimmern bis zu einer Dauer von 7 Tagen (Dofetilid, Procainamid und Disopyramid wurde wegen Nicht-Verfügbarkeit in Deutschland nicht in die Tabelle aufgenommen).

Medikament	Applikation	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad
<i>Arzneimittel mit erwiesener Wirksamkeit</i>			
Flecainid	oral oder i. v.	I	A
Ibutilid	i. v.	I	A
Propafenon	oral oder i. v.	I	A
Amiodaron	oral oder i. v.	Ila	A
<i>Weniger effektiv oder weniger gut untersuchte Medikamente</i>			
Chinidin	oral	Ilb	B
<i>Nicht empfohlen</i>			
Digoxin	oral oder i. v.	III	A
Sotalol	oral oder i. v.	III	A

Dauer oder im Zweifel über den erstmaligen Charakter eine transösophageale Echokardiographie (TEE) durchgeführt werden, um einen manifesten linksatrialen Thrombus bzw. ein thrombogenes Milieu auszuschließen oder aber vor Kardioversion eine mindestens 4-wöchige Phase einer oralen Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten vorzuschalten. Handelt es sich um ein oligo- oder asymptomatisches Vorhofflimmern, bei dem aufgrund der klinischen Rahmensituation nicht mit einem kurzfristigen oder mittelfristigen Erhalt des Sinusrhythmus zu rechnen ist, sollte von einer Kardioversion abgesehen werden (u. a. bei Patienten mit dilatiertem linken Vorhof, hohes Lebensalter; [6]) und eine adäquate Frequenzkontrolle erzielt werden.

kurzgefasst

Oberstes Therapieziel ist es, eine kardiogene Embolie zu vermeiden. Akut aufgetretenes Vorhofflimmern kann innerhalb von 48 h ohne Vorbehandlung mit oraler Antikoagulation oder TEE-Diagnostik kardiovertiert werden; in unklaren Fällen oder Dauer > 48 h muss eine mehrwöchige Antikoagulation vorausgehen oder unter Heparingabe ein intrakardiale Thrombose ausgeschlossen werden.

Fazit

Bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern hat die Erfassung einer kardialen (z. B. Herzklappenerkrankung) oder extrakardialen Grunderkrankung (z. B. Hyperthyreose) als Ursache des Vorhofflimmerns für die Prognose und zukünftige Morbidität des Patienten Bedeutung. Daher sind in den derzeit gültigen Leitlinien der europäischen kardiologischen

Fachgesellschaft eine minimal erforderliche Diagnostik sowie fakultative zusätzliche Untersuchungen definiert. Neben der diagnostischen Abklärung steht der behandelnde Arzt vor der Alternative die Arrhythmie aktiv zu beenden und ggf. eine medikamentöse Rezidivprophylaxe einzuleiten („Rhythmuskontrolle“) oder aber das Vorhofflimmern auch bei der erstmaligen Feststellung zu akzeptieren und für eine adäquate Ventrikelfrequenz im Rahmen eines dann persistierenden Vorhofflimmerns zu sorgen („Frequenzkontrolle“). Die Vermeidung einer kardiogenen Embolie durch die Einleitung einer Antikoagulation ist hierbei von besonderer Bedeutung und folgt einer zu individualisierenden Risikostratifikation.

Autorenerklärung: Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma hat, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Literatur

- ACC/AHA/ESC. 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Europ Heart J* 2006; 27: 1979–2030
- Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM et al. Independent risk factor for atrial fibrillation in a population-based cohort. *JAMA* 1994; 271: 840–844
- Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death. *Circulation* 1998; 98: 946–952
- Lévy S et al. Characterisation of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France. *Circulation* 1999; 99: 3028–3035

Tab. 3 Dosis-Empfehlungen für Arzneimittel mit erwiesener Wirksamkeit für die pharmakologische Kardioversion von Vorhofflimmern (Dofetilid wurde wegen Nicht-Verfügbarkeit in Deutschland nicht in die Tabelle aufgenommen).

Medikament	Applikation	Dosis	Potentielle Nebenwirkungen
Amiodaron	oral	stationär: 1,2–1,8 g/d bis insg. 10 g, dann 200–400 mg/d Erhaltungsdosis oder 30 mg/kg als Einzeldosis	Hypotension, Bradykardie, QT-Verlängerung, Torsades de pointes (selten), Phlebitis (i. v.), gastrointestinale Beschwerden, Obstipation
	i. v./oral	ambulant: 600–800 mg/d bis insg. 10 g, dann 200–400 mg/d Erh.-dosis 5–7 mg/kg in 30–60 min, dann 1,2–1,8 g/d kont. i. v. bis insg. 10 g, dann 200–400 mg/d Erhaltungsdosis	
Flecainid	oral	200–300 mg	Hypotension, Vorhofflattern mit hohen ventrikulären Frequenzen
	i. v.	1,5–3,0 mg/kg in 10–20 min	
Ibutilid	i. v.	1 mg in 10 min; zusätzl. 1 mg bei Bedarf	QT-Verlängerung, Torsade des pointes
Propafenon	oral	600 mg	Hypotension, Vorhofflattern mit hohen ventrikulären Frequenzen
		1,5–2,0 mg/kg in 10–20 min	
Chinidin	oral	0,75–1,5 g in separaten Dosen über 6–12 h üblicherweise mit frequenzbegrenzender Medikation	Hypotension, Torsades de pointes, gastrointestinale Beschwerden

Konsequenz für Klinik und Praxis

- Neu aufgetretenes Vorhofflimmern erfordert eine umfangreiche Umfeld-diagnostik zur Erfassung einer ursächlichen kardialen oder extrakardialen Erkrankung.
- Die Frequenzkontrolle des tachyarrhythmischen Vorhofflimmerns und die individuelle Indikation zur Kardioversion bei persistierendem neu aufgetretenem Vorhofflimmern stellen die wesentlichen Therapieentscheidungen dar.
- Um bei der Kardioversion eine kardiogenen Embolie zu vermeiden, ist meist auch beim neu aufgetretenem persistierendem Vorhofflimmern eine Antikoagulation erforderlich.

- Lewalter T, Lüderitz B. Vorhofflimmern – Interventionelle Differentialtherapie unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 721–725
- Lloyd-Jones DM et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2004; 110: 1042–1046
- Nieuwlaar R et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries. *Eur Heart J* 2005; 26: 2422–2434
- Stellbrink C et al. Safety and efficacy of enoxaparin compared with unfractionated heparin and oral anticoagulants for prevention of thromboembolic complications in cardioversion of nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation* 2004; 109: 997–1003

- Verdecchia P et al. Atrial fibrillation in hypertension: predictors and outcome. *Hypertension* 2003; 41: 218–223

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Th. Lewalter
Chefarzt der Medizinischen Klinik II
Innere Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie und Internistische Intensivmedizin, St. Vincenz-Krankenhaus, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen
Am Busdorf 2
33098 Paderborn

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 2033–2036). Alle Rechte vorbehalten.

Sportmedizin

Muskelmasse beeinflusst Lebenserwartung

Wirkt sich nicht nur Ausdauertraining, sondern auch Muskelaufbau positiv auf die Lebenserwartung aus? Dieser Frage gingen nun J. R. Ruiz et al. in einer prospektiven Kohortenstudie nach. *BMJ* 2008; doi:10.1136/bmj.a439

Zwischen 1980 und 1989 wurden 10 265 Männer klinisch untersucht und einer genauen Kraftmessung der oberen und unteren Extremität wie auch einer Fahrradergometrie unterzogen. Unzureichende Leistung bei der Ergometrie (<85% des Sollwerts), Untergewicht und andere pathologische Befunde (z.B. im EKG) wie auch kardiovaskuläre Ereignisse in der Vorgeschichte waren Ausschlusskriterien. 8762 Männer zwischen 20 und 80 Jahren wurden nach ihrer Muskelkraft in ein schwächeres, ein mittleres und ein stärkeres Drittel eingeteilt und bis Ende 2003 im Schnitt 18,9 Jahre nachbeobachtet. Im schwächeren Drittel ereigneten sich dabei 38,9 Todesfälle auf 10 000 Patientenjahre, im mittleren 25,9 und im stärkeren 26,6 Todesfälle (p<0,01 für den linearen Trend). Für kardiovaskulär- und malignombedingte Todesfälle ergaben sich Trends gleicher Richtung auf gleichem Signifikanzniveau.

Nach Korrektur der Daten bezüglich Einflüssen von Alter, körperlicher Aktivität, BMI, klinischen Ausgangsbefunden und kardiovaskulärer Familienanamnese blieben die Ergebnisse gemessen am relativen Risiko bezüg-

lich Trend und Signifikanz unverändert. Nach zusätzlicher Berücksichtigung der Ergometrieleistungen zeigte sich bei den Todesfällen insgesamt und malignombedingt weiterhin eine signifikante inverse Korrelation zwischen Muskelkraft und Sterblichkeit während unter dieser Prämisse der Trend für kardiovaskuläre Todesfälle kein Signifikanzniveau mehr erreichte.

Fazit

Muskelaufbautraining scheint bei Männern einen lebensverlängernden Effekt zu haben, der noch über den bekannten Vorteil des Ausdauertrainings hinausgeht bzw. additiv dazu wirkt, so die Autoren. Ob das auch für Frauen gilt und ob sich dieser günstige Einfluss auch auf kardiovaskulär bedingte Todesfälle auswirkt, wäre durch weitere Untersuchungen zu klären.

Dr. med. Peter Pommer, Oberammergau

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1716). Alle Rechte vorbehalten.

Weiterbildung

Innere Medizin immer unbeliebter bei US-Studenten?

Die Bevölkerung in den USA wird immer älter, die Zahl kranker Menschen steigt. Das Interesse amerikanischer Medizinstudenten an einer Berufslaufbahn Innerer Medizin lässt dagegen nach. Ein Ärztemangel gerade in dem Bereich, in dem viele ältere Patienten betreut werden, wird befürchtet. K. E. Hauer et al. untersuchten die Gründe für das nachlassende Interesse bei den Studenten.

JAMA 2008; 300: 1154–1164

Drei Faktoren beeinflussen vor allem die Berufswahl auf dem Gebiet der Inneren Medizin bei US-amerikanischen Studenten: studentische Erfahrungen in der Inneren Medizin, die Art der Patientenbehandlung und der Lebensstil als Arzt. Im Frühjahr 2007 führte die Clerkship Directors in Internal Medicine (CDIM) Task Force on Enhancing Student Interest in IM Careers eine Querschnittsstudie an 11 US-amerikanischen Universitäten durch. 1177 von 1439 Medizinstudenten im 4. Jahr (82 %, im Durchschnitt 27,7 Jahre alt) beteiligten sich und füllten online einen Fragebogen aus. 274 der befragten Studenten (23,2 %) planen, in der Inneren Medizin tätig zu sein, davon nur 24 (2 % insgesamt) in allgemeiner Innerer

Medizin und 27 (2,3 % insgesamt) in Kombinationen mit Innerer Medizin. Folgende Punkte, die eine Laufbahn in der Inneren Medizin attraktiv machen, wurden am häufigsten genannt: intellektuelle Herausforderung, Abwechslung, die ununterbrochene Patientenbehandlung, die Kompetenz der Assistenzärzte und die Verantwortung für Patienten während der Ausbildung. Dagegen halten folgende Faktoren eher von einer Karriere in der Inneren Medizin ab: Schreibarbeit, der Reiz anderer Fächer, typische Patienten in der Inneren Medizin, Arbeit mit nach Hause nehmen zu müssen und der Ruf, in der medizinischen Grundversorgung tätig zu sein. Studenten wählen eher die Innere Medizin aus,

wenn sie männlich sind oder eine Privatschule besucht haben.

● **Fazit**

Die Studie ergab, dass amerikanische Studenten zwar mit der Ausbildung in Innerer Medizin zufrieden sind, aber ernste Bedenken hinsichtlich Lebensqualität und gerechtem Lohn bei einer Karriere in der Inneren Medizin im Vergleich zu anderen Fächern haben. Änderungen in der Ausbildung, aber auch im klinischen Alltag sind nötig, um Studenten besser auf die komplexe Behandlung von multimorbiden älteren Patienten vorzubereiten und die zurückgehende Attraktivität der Inneren Medizin wieder zu steigern.

● **Kommentar zur Studie**

David C. Goodman kritisiert in seinem Kommentar die fehlende politische Tätigkeit in den USA, dem Mangel an Ärzten in der medizinischen Grundversorgung und der ungleichen Verteilung der Ärzte entgegenzuwirken. In den meisten anderen Industrienationen lenkt dagegen der Staat die medizinische Ausbildung und beeinflusst damit auch das medizinische Arbeitskräftepotential, z.B. in England oder Deutschland. Bei der Reform des amerikanischen Gesundheitssystems sollte nach Meinung Goodmans für diese Aufgaben eine ständige Kommission eingerichtet werden. JAMA 2008; 300: 1205–1207

Maren Schenk, Schriesheim

Antipsychotika

Erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall

Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, steigt durch die Einnahme von Antipsychotika. Ganz besonders gefährdet sind Demenzpatienten, zeigte jetzt eine Studie von I.J. Douglas et al. BMJ 2008; DOI:10.1136/bmj.a1227

Die britische Arbeitsgruppe untersuchte den Zusammenhang zwischen der Einnahme typischer bzw. atypischer Antipsychotika und dem Auftreten von Schlaganfällen bei Menschen mit und ohne Demenz. Zuvor hatte die Pharmakovigilanz-Arbeitsgruppe des Ausschusses für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur auf ein erhöhtes Schlaganfallrisiko nach Antipsychotika-Einnahme hingewiesen. Möglicherweise seien die Ergebnisse vorangegangener Studien aber durch Störvariablen verfälscht. Die Analyse selbstkontrollierter Fallserien sollte in der vorliegende Studie verfremdende Ergebnisse ausschließen. Aus der „General Practice Research Database“ wurden 6790 Personen gesucht, die einen Schlaganfall erlitten und mindestens einmal Antipsychotika verschrieben bekommen hatten. In jedem Fall wurden der Zeitpunkt des Schlaganfalls, Phasen der Einnahme von Antipsychotika sowie abstinenten Phasen

analysiert und die Rate-Ratio ermittelt.

Die Einnahme von Antipsychotika erhöhte das Risiko für einen Schlaganfall bei allen untersuchten Personen um 73 % (Rate-Ratio 1,73). Dabei erhöhten typische Antipsychotika wie Phenothiazine das Risiko (Rate-Ratio 1,69) mehr als atypische Antipsychotika wie Risperidon (Rate-Ratio 2,32). Besonders stark stieg das Risiko für demente Patienten (Rate-Ratio 3,50) gegenüber nichtdementen Patienten (Rate-Ratio 1,41).

● **Fazit**

Demenzpatienten sollten möglichst keine Antipsychotika einnehmen, da sonst das Schlaganfallrisiko stark ansteigt, so die Autoren.

Annett Zündorf, Jena

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 2071, bzw. 2000). Alle Rechte vorbehalten.

Anzeige
285 x 188

Pflegeausbildung

Professionalisierung der Krankenpflege in Deutschland

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland steigt: Es gibt nicht nur mehr alte, multimorbide Patienten, sondern auch mehr Patienten mit chronischen Erkrankungen. Diese Menschen brauchen eine auf ihr Krankheitsbild abgestimmte Pflege im Alltag, in Krankenhäusern und in Heimen. Dafür sind genügend Pflegenden nötig, aber auch möglichst hoch qualifizierte. Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 hatte daher eine qualitative Neuausrichtung der Pflege zum Ziel.

Die dreijährige Pflegeausbildung findet an staatlich anerkannten Berufsfachschulen statt, die direkt an Krankenhäusern angesiedelt oder mit diesen verbunden sind. Seit dem Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 2004 werden die Absolventen nach der staatlichen Prüfung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bezeichnet. Für Gertrud Stöcker, Vorsitzende des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe (DBR), stellt der Zusatz „Gesundheit“ in den Berufsbezeichnungen einen Paradigmenwechsel dar: „Erstmals werden Gesundheit und Pflege miteinander verknüpft, es werden neue Ausbildungsakzente gesetzt und neue Handlungsfelder erschlossen.“ Nach dem Krankenpflegegesetz 2004 sollen auch alle Versorgungsstrukturen abgedeckt werden: Die Ausbildung soll nicht nur im stationären Bereich, sondern verstärkt auch im ambulanten Bereich stattfinden. Und es werden alle Versorgungsstrategien verfolgt: Pflegekräfte sollen nicht mehr nur kurativ handeln, sondern auch präventiv, rehabilitativ und palliativ tätig sein. „Da die praktische Ausbildung aber immer noch zum Großteil im Krankenhaus stattfindet, kommen diese Bereiche oft zu kurz,“ bedauert Stöcker. „Außerdem ist die Umsetzung des Krankenpflegegesetzes Ländersache, was zu unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den 16 Bundesländern führt.“

● **Ausbildung breiter angelegt**
Für Josef Hug, Pflegedirektor des Städtischen Klinikums Karlsruhe, ist die neue Pflegeausbildung deutlich besser, da sie breiter angelegt ist und mehr dem realen Pflegebedarf entspricht: „Einsätze der Pflegeschüler in Sozialstationen, Rehabilitationseinrichtungen und Hospizen führen zu einem tieferen Einblick in diese Gebiete. Allerdings haben die Schüler nach den drei Jahren nicht mehr so viel praktische Erfahrung wie früher, da sie 500 Stunden weniger Praxis, dafür 500 Stunden mehr Theorie haben. Aber wegen der Spezialisierung der Krankenhäuser muss nach der Ausbildung sowieso eine gründliche Einarbeitung erfolgen.“ Die in Europa nur in Deutschland vorhandene Dreiteilung in Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege bleibt zwar nach dem

Kranken- und Altenpflegegesetz erhalten, allerdings wird eine generalisierte Krankenpflegeausbildung angestrebt. Dabei erfolgt z.B. erst im dritten Jahr eine Spezialisierung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, erklärt Stöcker, die auch Lehrerin für Pflegeberufe und Mitglied im Bundesvorstand des Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist. „Es gibt auch Ausbildungsmodelle, bei denen alle drei Spezialisierungen in einer Erstausbildung zusammengeführt werden, so in München, Nürnberg oder Essen.“ Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern findet die Pflegeausbildung in Deutschland außerhalb des staatlichen Bildungssystem statt. „Die Pflegeausbildung ist in Deutschland sehr trägernah organisiert“, sagt Stöcker, „und den ökonomischen Zwängen des Gesundheitssystems unterworfen, nicht dem Bildungssystem.“ Die Kranken-



G. Stöcker

und Kinderkrankenpflegeausbildung wird durch die Krankenhäuser beeinflusst und ist finanziell von der gesetzlichen Krankenversicherung abhängig; die Altenpflegeausbildung wird durch Altenheime und ambulante Pflegedienste beeinflusst und ist finanziell von der Pflegeversicherung und von Steuergeldern abhängig. Dadurch blieb auch nach der Novellierung des Krankenpflegegesetzes die Doppelrolle des Lernenden als Schüler und Arbeitnehmer erhalten. „Oft geht Arbeit vor Bildung, und Kliniken decken mit Krankenpflegeschülern ihren Personalbedarf“, so Stöcker.

● **Auf dem Weg zur universitären Pflegeausbildung**
Seit 2004 müssen Lehrende an Pflegeschulen eine pädagogische Hochschulqualifikation haben; bisher genügte eine zweijährige Weiterbildung. Außerdem ist die Praxisbegleitung durch die Lehrer der Schule auch vor Ort, also im Krankenhaus, verpflichtend, um die Vernetzung

von schulischer und praktischer Ausbildung zu garantieren. Auf den Stationen müssen ausgebildete Mentoren zur Verfügung stehen, um zu gewährleisten, dass die Pflegeschüler richtig angeleitet werden. Für Stöcker leistet die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege: Die Ausbildung ist nun wissenschaftsfundiert und prozessorientiert, ausgerichtet am Pflegebedarf des Menschen in allen Lebensphasen. Während früher die Medizin die Leitwissenschaft war, ist nun die Pflegewissenschaft in den Vordergrund gerückt. Für Hug stellt die neue Ausbildung eine gute Zwischenstufe dar auf dem Weg der weiteren Akademisierung: „In fünf bis zehn Jahren wird man auch in Deutschland eine universitäre Pflegeausbildung haben wie bereits in fast allen anderen europäischen Ländern“, schätzt Hug.

● **Über 50 Pflegestudiengänge in Deutschland**
Pflegestudiengänge gibt es in Deutschland als Regelangebot erst seit den 1990er Jahren. Zur Zeit sind es über 50 Studiengänge – mit unterschiedlichen Voraussetzungen je nach Bundesland und Hochschule, mit unterschiedlichen Abschlüssen, als Vollzeitstudium oder als berufsbegleitendes Teilzeitstudium. Nach Stöcker kann man diese Vielfalt an Studiengängen zwei Gruppen zuordnen: Zum einen gibt es die ausbildungsergänzenden Studiengänge wie Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft, zum anderen eigenständige Studiengänge Pflege als eine weitere Form der Erstausbildung – für Stöcker und Hug die Zukunft der Pflegeausbildung. So kann man z.B. in Mainz und München den dualen Studiengang Pflege absolvieren und erhält eine Berufszulassung sowie einen Bildungsabschluss. Absolventen des Studiengangs Pflegepädagogik können an einer Krankenpflegeschule lehren, und nach einem Pflegemanagementstudium besteht die Möglichkeit, eine Pflegedienstleitung oder Pflegedirektion zu übernehmen. Pflegewissenschaftler können in der Fort- und Weiterbildung tätig werden, Stabsstellen in Controlling oder Qualitätssicherung besetzen oder in die Forschung gehen. „Viele Absolventen haben allerdings anschließend Schwierigkeiten, einen adäquaten Arbeitsplatz in der direkten Pflege am Patienten zu erhalten, da sich viele Krankenhäuser schwer tun, studierte Pflegekräfte einzustellen – vor allem aus ökonomischen Gründen“, meint Stöcker.

● **Fort- und Weiterbildung – jetzt auch zertifiziert**
Auch die Fort- und Weiterbildungslandschaft in der Pflege ist sehr heterogen. Grundsätzlich unterscheidet man die Aufstiegsweiterbildung, mit der man Zusatzqualifikationen erwirbt (z.B. Onkologie,

DBfK

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: berufliche Interessenvertretung von Gesundheits- und Krankenpflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Altenpflegern
www.dbfk.de

DBR

Deutscher Pflegerat: Bundesarbeitsgemeinschaft für Diskussionen der pflegeberuflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung
www.bildungsrat-pflege.de

DPR

Deutscher Pflegerat Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen, Dachverband von derzeit 15 Pflegeorganisationen
www.deutscher-pflegerat.de

CNE

CNE-Programm: zertifizierte Fortbildung für Pflegekräfte
www.thieme.de/cne

Nephrologie, Intensivpflege oder Pflegedienstleitung), und die kontinuierliche Fortbildung oder Anpassungsweiterbildung, mit der Qualifikationen aktualisiert werden, erklärt Stöcker. Um die Fort- und Weiterbildungen vergleichbarer und durchlässiger zu machen, wird vom DBR eine modularisierte Bildungsstruktur favorisiert: Fort- und Weiterbildungseinheiten sollen qualitativ und quantitativ nach Inhalten, Lernzielen und Kompetenzen strukturiert sein. Ein Beispiel für eine solche modulare Fortbildung ist das Fortbildungsangebot CNE, das von der Thieme Verlagsgruppe in Zusammenarbeit mit dem deutschen Pflegerat entwickelt wurde. Das Kürzel CNE steht für Certified Nursing Education – analog der Continuing Medical Education (CME) für Ärzte. Das multimediale Angebot unterstützt die Krankenhäuser bei der Schulung der fachlichen, sozialen und organisatorischen Fähigkeiten der Pflegekräfte. Neben der elektronischen Wissensplattform, die Zugriff auf zahlreiche Fachbücher, Filme, Seminare und einen Expertenrat bietet, erscheint fünfmal im Jahr das CNE-Magazin sowie die Zeitschrift CNE-Fortbildung mit vier Lerneinheiten pro Ausgabe. Zu jeder Lerneinheit kann online ein Fragebogen ausgefüllt werden. Für richtige Antworten erhält man CNE-Punkte, die von der Freiwilligen Registrierungsstelle für beruflich Pflegenden anerkannt werden. Rund 50 Kliniken haben bisher Lizenzen für dieses Fortbildungsprogramm erworben, damit gibt es bereits über 20 000 Nutzer.



J. Hug

verbessert, Patienten werden zufriedener, Arbeitsabläufe können optimiert werden – und dadurch kann ein Wettbewerbsvorteil für die Klinik entstehen. In Karlsruhe beispielsweise gibt es ein strukturiertes Personalentwicklungsprogramm, in dem regelmäßig Pflegekräfte zur Fort- und Weiterbildung freigestellt werden, sagt Hug. Dies ist allerdings noch nicht überall so. Da Fort- und Weiterbildungen von Kliniken finanziert werden, entscheiden diese oft über die Inhalte. „Nach meiner Erfahrung werden Fortbildungen leichter genehmigt als Weiterbildungen, da sie zeitlich überschaubarer sind“, meint Florian Mersi, seit vielen Jahren Krankenpfleger und derzeit am Universitätsklinikum Heidelberg tätig. Zwar sind bestimmte Zusatzqualifikationen in manchen Abteilungen nötig, um eine qualitätsgesicherte Pflege zu ermöglichen, doch entsprechend weitergebildete Pflegekräfte werden nicht unbedingt besser bezahlt, sagt Mersi, der eine onkologische Weiterbildung absolviert hat. Für den erfahrenen Krankenpfleger hat sich in den letzten 20 Jahren allerdings viel getan, vor allem in der Zusammenarbeit mit den Ärzten: „Das Verhältnis ist kollegialer geworden. Nicht nur durch die Professionalisierung der Pflege ist die Zusammenarbeit mit vielen Ärzten inzwischen von gegenseitiger Wertschätzung geprägt. Beide sind ja von der Arbeit des anderen abhängig.“

Maren Schenk, Schriesheim

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1946–1947). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw



● **Kollegiales Verhältnis zu den Ärzten**
Mit fort- und weitergebildeten Pflegekräften wird die Pflegequalität