

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI  **aktuell**

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de Nr. 12 • Dezember 2009

Inhalt

48. Bayerischer Internistenkongress

Hoffnung und Skepsis

Auch bei der berufspolitischen Informations- und Diskussionsveranstaltung beim Bayerischen Internistentag am 7. November ging es um den Umbau der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl. Die Erwartungen der Referenten schwankten zwischen Hoffnung und Skepsis.

Seite 4

Zu- und Abschläge bei Über- und Unterversorgung

Die neue Welt ab 2010

Ab 1. Januar werden für neu niedergelassene Ärzte Zu- und Abschläge auf den regionalen Punktwert vorgenommen. Ab 2011 werden auch „Altpraxen“ nach einem gestaffelten Punktwert je nach Versorgungsgrad honoriert.

Seite 6



Was ist neu im DRG-System 2010?

Neuerungen im ICD-10-GM

Wie jedes Jahr erfolgten auch für 2010 Änderungen im ICD-10-GM-Katalog bzw. OPS-Katalog und in den Deutschen Kodierrichtlinien, um den Anforderungen an das G-DRG-System gerecht zu werden. Der Artikel stellt die wesentlichen Neuerungen im ICD-10-GM dar.

Seite 10

Impressum

Seite 15

Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung

Startschuss für Reformen – aber wann?

Die Diskussion über die Gesundheitspolitik ist auch nach der Unterschrift unter die Koalitionsvereinbarung noch nicht beendet. Man hat sich darauf geeinigt, zunächst alles so zu belassen, wie es ist, um dann möglichst nach 2010 zu einer umfassenden Gesundheitsreform zu kommen. Man findet im Koalitionsvertrag dazu wenig Konkretes. Hinzu kommt noch der generelle Finanzierungsvorbehalt als mögliches Reformhindernis.

Zankapfel der Koalitionsvereinbarungen bleibt der Gesundheitsfonds. Diese Konstruktion war ein Kompromiss zwischen CDU und SPD in der alten großen Koalition und ein wichtiger

Schritt in Richtung Bürgerversicherung und Einheitskasse, genauso wie es sich die SPD langfristig vorstellte. Die FDP als neuer Koalitionspartner der CDU legte großen Wert darauf, den Gesundheitsfonds als typisches Beispiel für den Weg in die Staatsmedizin rückgängig zu machen. Mit Rücksicht auf die Bundeskanzlerin, die mit zu den Architekten des Gesundheitsfonds zählt, lässt man die Überschrift bestehen, reformiert aber wichtige Teile des Fonds. In der Koalitionsvereinbarung hat man sich dazu aber noch nicht konkret geäußert und wird dies – wie viele andere Probleme – einer noch zu gründenden Arbeitsgruppe übertragen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 3



Start frei für eine neue Gesundheitsreform. Aber wann diese tatsächlich kommen wird, ist noch unklar.

Honorarpolitik

2010 als Fortsetzung von 2009

Mit Spannung hat die Vertragsärzteschaft die Honorarverhandlung für das Jahr 2010 erwartet. Wie inzwischen üblich, hatten sich die Vertragspartner im Vorfeld nicht einigen können, sodass der Erweiterte Bewertungsausschuss als Schiedsamt tätig werden musste. Was ist bei diesem Gremium für 2010 im Vergleich zu 2009 herausgekommen? Haben sich die Erwartungen auf eine Korrektur des zu niedrigen Punktwertes von 3,5 Cent erfüllt? Wird endlich der vermehrte Morbidität mit zusätzlicher Finanzierung im ambulanten Bereich Rechnung getragen?

Die Verhandlungen waren erschwert durch die öffentliche Diskussion über die Mehreinnahmen der Vertragsärzte und die sehr unglückliche Argumentation der Körperschaft KBV und der Berufsverbände in dieser Frage. Die Verhandlungsposition der Ärzte war in diesem Erweiterten Bewertungsausschuss unter diesen Vorgaben sicherlich nicht herausragend.

Lesen Sie weiter
auf Seite 6

Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Kollegiale integrierte Versorgung oder kommerzielle Konkurrenz um jeden Preis?

Sind Sie noch Arzt oder schon Betriebswirt? Fühlen Sie sich noch als hippokratischer Begleiter mit Heilsauftrag oder bereits als qualitätsgesicherter Dienstleister mit umschriebenem Zielauftrag? In einer Zeit der ärztlichen Unterversorgung in Flächengebieten sowie Überalterung der Ärzteschaft mit Nachwuchsproblematik bräuchten wir uns um unsere Zukunft, Daseinsberechtigung und Existenzsicherung keine Sorgen zu machen, suggeriert uns die Fachpresse. Doch in Ballungsgebieten und Großstädten stellt sich die Problematik im Alltag für niedergelassene Fachärzte in der Realität ganz anders dar.

Seitdem der Gesetzgeber ganz bewusst und vorsätzlich durch die Optionen des GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes (GWG) die gesetzlichen Grundlagen für einen existenzbedrohenden Verdrängungswettbewerb im Gesundheitswesen geschaffen hat, ist in Ballungszentren eine konkurrenzorientierte aggressive Expansionsstrategie zu beobachten.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2

Lesen Sie weiter
auf Seite 8

Die neue Onkologievereinbarung

Ein Scherbenhaufen

Seit 1994 bestand eine vertragliche Vereinbarung zwischen der KBV und den Verbänden der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung – die so genannte Onkologie-Vereinbarung. Diese war in den Mantelverträgen niedergelegt und wurde auf regionaler KV-Ebene umgesetzt. Die Primärkassen hatten sich grundsätzlich angeschlossen, aber in eigenen regional unterschiedlichen Verträgen. Doch vor einem Jahr kündigten die Krankenkassen diese Vereinbarung. Eine neue Onkologievereinbarung wurde ausgehandelt. Zurück bleibt ein Scherbenhaufen.

Über die Anträge der Vertragsärzte zur Teilnahme an dieser Vereinbarung entschieden die Vorstände der KVen nach Empfehlung der dortigen Onkologiekommissionen. In diesen Kommissionen arbeiteten die verschiedenen Arztgruppen, in der Regel internistische Hämato-Onkologen, Gynäkologen und Urolo-

gen, zusammen und erarbeiteten die Entscheidungsempfehlungen.

• Kündigung der Vereinbarung

Für den Mehraufwand in der Leistungserbringung erhielten die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte eine Kostenerstattung in festen Euro-Beträgen, die während der insgesamt fast 15-jährigen Laufzeit in der Höhe unverändert geblieben waren. Die Zusammenarbeit der Fachgruppen zum Wohle der ambulanten Versorgung der an Krebs erkrankten Patienten war erfolgreich. Doch zum 31. Dezember 2008 erfolgte kassenseitig die Kündigung der Vereinbarungen. Eine Begründung wurde offiziell nicht gegeben. Aber letztlich wollten die Kassen einfach nur Geld sparen. Sie mussten nämlich davon ausgehen, dass ab Januar 2009 im Rahmen der „Neuen Vertragsärztlichen Vergütung“ höhere Zahlungen innerhalb der sogenannten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu leisten waren.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2

Editorial

Auch wenige Wochen nach Aufnahme der Regierungsarbeit der schwarzgelben Koalition sind vor allem in der Gesundheitspolitik die Konturen eines Neuanfanges weiter verschwommen. Mit Philipp Rösler als neuem Minister und seinen Staatssekretären Daniel Bahr von der FDP und Annette Widmann-Mauz als Aufpasser von der CDU ist die neue Führungsmannschaft des BMG komplett. Doch die Signale einer neuen Politik sind widersprüchlich. Seehofer und seine CSU wollen keinen Systemwechsel, die CDU den Gesundheitsfonds nur behutsam korrigieren, die FDP setzt auf mehr Wettbewerb und Freiheit; Freiheit bei der Wahl der Therapie, des Arztes und der Krankenkasse. Der Arzt

soll in Zukunft mehr Zeit für die Patienten haben und von Bürokratie entlastet werden.

Die wichtigsten Elemente eines Wettbewerbs von Versicherungen sind Leistungsinhalt und Finanzierung. Beides wird derzeit im Gesundheitsfonds und im deutschen Gesundheitswesen insgesamt festgeschrieben. Die Leistungsinhalte werden weitgehend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für alle gesetzlichen Krankenkassen einheitlich definiert. Der Beitragssatz ist für alle gesetzlichen Krankenkassen gleich. Damit sind Leistungsinhalt und Beitragssatz gleichgeschaltet. Wettbewerb beschränkt sich zurzeit auf Marginalien und den sogenannten Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen aber wie der Teufel das Weihwasser fürchten.

Das derzeitige ordnungspolitische System hat den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen faktisch beendet.

Wettbewerb muss um Leistungen, Preise und Qualität stattfinden. Also müssen auf der Versicherungsseite (Krankenkassen), der Nachfrage- (Krankheiten, medizinischer Fortschritt, Patientenwünsche) und der Angebotsseite (Ärzte und sogenannte Leistungserbringer) Änderungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen werden. Aber das Gesundheitswesen ist kein Markt, in dem das allgemeine Wettbewerbsrecht grundsätzlich als Ordnungsrahmen Anwendung finden kann. Nur bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen ist dies möglich.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Wettbewerb kann nicht das Allheilmittel im Gesundheitswesen werden. Gesundheit ist eben keine Ware wie jede andere, Patienten sind nicht nur Verbraucher, Ärzte keine Verkäufer von Gesundheit. Krankheit bleibt individuelles und soziales Schicksal und kein Versicherungsfall. Hier befindet sich die Solidargemeinschaft und unsere gemeinsame christlich-abendländische Wertegemeinschaft weiter in der Pflicht.

Der Berufsverband Deutscher Internisten, Ihr BDI e.V., wird sich auch in Zukunft dafür einsetzen, dass alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe ambulante und stationäre medizinische Versorgung bekommen werden.

Helfen Sie mit, unterstützen Sie uns auf diesem Weg.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Die neue Onkologievereinbarung (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Scherbenhaufen

Daher versuchten sie mit aller Macht, auf regionaler KV-Basis bisher gezahlte Gelder aus dem extra-budgetären Bereich „wieder einzusammeln“. Erst auf vielfältigen Protest, in dem auf die prinzipielle Gefährdung der ambulanten medizinischen Versorgung von Tumorpatienten hingewiesen wurde, erhielt die KBV und der neu gegründete Spitzenverband der Krankenkassen die Auflage seitens des Bundesministeriums für Gesundheit, eine neue Onkologievereinbarung auszuhandeln. Diese liegt nun vor.

● Die neue Vereinbarung: Kostendämpfung statt Qualitätsverbesserung

Wie zu befürchten war, wurden seitens der Krankenkassen unter dem Siegel einer angeblichen Qualitätsverbesserung massive bürokratische Auflagen in das neue Vertragswerk hinein verhandelt. Ziel war, durch den Wegfall bestimmter Arztgruppen weitere Kosten einzusparen. Insbesondere wurden den regionalen Onkologiekommissionen Kontrollfunktionen auferlegt, die den innerärztlichen Frieden gefährden, ohne eine tatsächliche Verbesserung in der ambulanten Behandlung von Tumorpatienten zu bewirken. Erste Vergleichszahlen bezüglich der Abrechnungsumfänge aus der Vergangenheit zeigen, dass die im neuen Vertrag vorgesehenen Mindestzahlen von Tumorbehandlungen in den einzelnen Fachgruppen zu einem Ausschluss von über 50% der bisher teilnehmenden Ärzten führen werden. Daraus ergibt sich eine Qualitätsverbesserung in der ambulanten Tumorthera-

pie

apie, ist mehr als vermessenswert. Auch in der finanziellen Ausstattung der neu geschaffenen Sonderziffern wird lediglich das bisher von den Krankenkassen bezahlte Geld neu verteilt. Dies geschieht in einem komplizierten Rechenwerk, das seitens der KBV den regionalen KVen vorgegeben wurde. Den Höhepunkt in der Verhandlungsschwäche der KBV stellt eine Protokollnotiz im Anhang des Vertragswerkes dar. Obwohl es sich bei der neuen Onkologievereinbarung um einen ordnungspolitischen Vertrag handelt, der danach von der ärztlichen Selbstverwaltung im Sinne der medizinischen Versorgung auszugestalten ist, wird bereits auf Bundesebene ein wissenschaftlich umstrittenes Detail festgeschrieben. Die Vorgabe untersagt ausdrücklich die Anwendung einer Sonderziffer für die Behandlung von Bisphosphonaten bei Knochenmetastasen im Sinne einer intravenösen Tumorthera-

Warum es die KBV zum wirtschaftlichen Nachteil der Vertragsärzte zugelassen hat, dass eine sehr spezielle pharmakotherapeutische Problemstellung (zytostatische Wirkung von Bisphosphonaten) Bestandteil der neuen Onkologievereinbarung werden konnte, wird wohl ihr Geheimnis bleiben. Diese Systematik hat im übergeordneten Vertragswerk nichts zu suchen. Hier zeigt sich die Unfähigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereini-

gung, sich gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen, wenn diese nach dem Abschluss eines ordnungspolitischen Vertragswerkes versuchen, die vereinbarten Zahlungsverpflichtungen zumindest teilweise „wieder einzusammeln“. Vor diesem Scherbenhaufen stehen nunmehr die regionalen KVen, insbesondere die Onkologiekommissionen. Man reagiert wie immer – mit dem Ersinnen neuer Übergangsregelungen, um die einzelnen Arztgruppen „irgendwie ruhig zu stellen“. Es zeigt sich das alte Prinzip: Neue Verteilungsregelungen haben neue Gewinner und neue Verlierer zur Folge. Bei Verhandlungen der KBV mit den Krankenkassen bleibt ein Ergebnis immer gleich: Gewinner sind die Krankenkassen, die mit

einer vermeintlichen Verbesserung der Qualität der ambulanten Krankenversorgung nur Geld sparen wollen – und sonst gar nichts. Mit Verbesserung der Qualität hat dies nichts zu tun, nur mit Kostendämpfung.

Dr. Thomas Klippstein
Onkologische Gemeinschaftspraxis,
Frankfurt

Personalia Sektion Gastroenterologie

Neue Vorsitzende:

Prof. Dr. med. J. Labenz, Ev. Jung-Stilling Krankenhaus, Medizinische Klinik, Wichernstr. 40, 57074 Siegen

Dr. med. Siegfried Heuer, GASTROENTEROLOGISCHES ZENTRUM DR. HEUER, Eckendorfer Str. 91-93, 33609 Bielefeld

Der BDI dankt dem bisherigen Vorsitzenden, Herrn Dr. med. Berndt Birkner, für seinen unermüdlichen Einsatz und sein großes Engagement.

Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung
(Fortsetzung von Seite 1)

Startschuss für Reformen – aber wann?

● **Mehr Wettbewerb**

Nimmt man die jetzt veröffentlichten Erklärungen und betrachtet gleichzeitig die bekannt gewordenen Diskussionen, so ergibt sich mittelfristig folgendes Bild: Der Gesundheitsfonds als Zentrum der Finanzierung der Krankenkassen soll mehr regionalisiert werden. Auch der Zusatzbeitrag als einziges Wettbewerbselement, das durch eine Sozialklausel begrenzt wurde, steht zur Disposition und wird zumindest weiter geöffnet. Damit wird der Rückweg in Richtung Prämienmodell angetreten, wobei sich christliche Sozialpolitiker schon mit der Bemerkung zu Wort gemeldet haben, dass das Prämienmodell für die CDU doch nicht in Frage käme. Ziel der Koalition ist es, die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber festzuschreiben. Die Sozialverbände haben deshalb schon zu Recht bemerkt, dass eventuell anfallende Mehrkosten im Gesundheitswesen in Zukunft allein vom Versicherten getragen werden müssen. Einschneidende Folgen wird die Reform des Gesundheitsfonds vor allem für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben. Je mehr Regionalisierung, desto mehr Macht wird wieder den einzelnen Krankenkassen übertragen, sodass der Spitzenverband Bund nur noch auf begrenzte Kompetenzen nach der Reform des Gesundheitsfonds zurückgreifen kann. Insofern wird der Wettbewerb unter den Krankenkassen wieder aktiviert.

● **Veränderungen beim § 73 b?**

Eine wichtige Frage lautet: Was wird aus der Kassenärztlichen Vereinigung und der Selbstverwaltung? Man möchte nach dem Koalitionspapier die Selbstverwaltung weiter stärken und effektiver gestalten – was dies auch immer heißt. Die KV wird als Institution in dem Papier nicht erwähnt. Indirekt ist sie von dem Koalitionspapier aber massiv betroffen. Es geht dabei um die selektiven Verträge nach § 73 b. Im bayerischen Wahlkampf wurde von Seiten des Hausärztesverbandes unter Wolfgang Hoppenthaler massiver Druck auf die damalige Landesregierung in Bayern ausgeübt. Diese sorgte dann dafür, dass der § 73 b so umformuliert wurde, dass faktisch der Hausärztesverband in seiner derzeitigen Struktur als Vertragspartner für die Krankenkassen bei 73-b-Verträgen Pflicht wird. Entsprechende Verträge wurden in Baden-Württemberg aber auch in Bayern selbst abgeschlossen und haben bei den übrigen Krankenkassen erhebliche Verunsicherung ausgelöst. Viele Krankenkassen waren nicht bereit, Verträge abzuschließen und haben die gesetzliche Frist zum 30. Juni 2009 verstreichen lassen.

Der Gesetzgeber hat aber eindeutig geregelt, dass nach dieser Frist Schiedsamtstlösungen Vorschrift sind. Alle hofften aber, dass eine neue CDU/FDP-Regierung den § 73 b saniert – und dass dabei die bayerischen Vorschläge elementiert werden. Dies ist aber nicht geschehen. Ob dies auf den Einfluss von Ministerpräsident Horst Seehofer aus Bayern zurückzuführen ist oder ob man hier ganz bewusst die gezielte Politik der alten Bundesregierung in Richtung Hausarzt-KV fortführen will, muss offen bleiben. Fakt ist, dass ab sofort die Schiedsamtverfahren in Deutschland mit all den Krankenkassen anlaufen werden, die bisher noch keine 73-b-Verträge mit dem Hausärztesverband abgeschlossen haben. Von dessen Vorsitzendem Ulrich Weigelt war schon zu hören, dass man sich auf die Abrechnung dieser Verträge sehr gut vorbereitet hat und deshalb die KV nicht benötigt. Gleichzeitig hat er darauf hingewiesen, dass tatsächlich etwa 1.600 Schiedsamtverfahren zur Umsetzung dieser Verträge in Deutschland anhängig sind und jetzt vorangetrieben werden.

● **Und was wird aus der KV?**

Welche Konsequenz hat dies für die Kassenärztliche Vereinigung? Der Vorsitzende der KV Bayern, Axel Munte, hat schon klargestellt, dass es nach seiner Meinung um die Existenz der Körperschaft geht. Wenn alle Krankenkassen in Bayern Selektivverträge nach § 73 b mit dem Hausärztesverband schließen, ist davon auszugehen, dass mehr als 40 % des Honorarvolumens der KV entzogen werden. Die KV wird aus der Bereinigungsdiskussion mittelfristig mit Sicherheit als Verlierer herauskommen, sodass die KV sowohl aus finanziellen aber auch aus ordnungspolitischen Gründen in der derzeitigen Form nicht mehr gehalten werden kann. Eine KV ist ohne den hausärztlichen Bereich nicht mehr in der Lage, ihren Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen. Dieses Menetekel scheint sehr vielen KV-Fürsten noch nicht so ganz geläufig zu sein. Wenn es dem Hausärztesverband tatsächlich gelingt, den § 73 b als Gesetz lupenrein umzusetzen, hat die KV bundesweit dasselbe Problem wie in Bayern. Es bleibt die Frage offen, ob die jetzige Bundesregierung dieses Szenario tatsächlich wünscht.

● **Hoffnung für Fachärzte: PKV bleibt wohl erhalten**

Möglicherweise sind die am meisten Betroffenen die Fachärzte, die sich dann in Zukunft mehr auf selektive Verträge verlassen müssten. Für die Fachärzte ist die derzeitige Vergütung ohnehin unzureichend. Bei hohem

apparativem Aufwand sind die Punktwerte unter 5,11 Cent reines Gift. Viele leben durch die Quersubventionierung über die Privatversicherung und von der Abschreibung der teuren Geräte. Hoffnung für die Fachärzte ergibt sich aus der Absicht der neuen Bundesregierung, die Privatversicherungen wieder zu stärken und zu keinem Zusammenschluss von GKV und PKV zu kommen. Man ist wohl weiterhin der Meinung, dass zwei unterschiedliche Versicherungssysteme in Deutschland nebeneinander bestehen können.

● **MVZ nur mit Vertragsärzten in der Gründerebene**

Wohl auf Druck der Kassenärztlichen Vereinigungen befasst sich die Koalitionsvereinbarung auch mit der zukünftigen Struktur der Medizinischen Versorgungszentren und stellt klar, dass man in Zukunft nur noch Zentren möchte, in denen Vertragsärzte auch in der Gründerebene die Mehrheit besitzen. Die KV möchte die Medizinischen Versorgungszentren, die von Krankenhäusern gegründet werden und die man als bedrohliche Konkurrenz empfindet, ordnungspolitisch eingrenzen. Es ist damit zu rechnen, dass zu diesem Thema noch eine Diskussion über

Wettbewerbsrecht, Übergangslösungen und Umsetzbarkeit geführt werden muss. Auch darf man auf die Reaktion älterer Ärzte gespannt sein, die bei der derzeitigen Rechtslage ihre Praxen am Ende der Karriere gut verkaufen konnten. Die Preise, die Krankenhäuser bezahlen, dürften nach der neuen Regelung nicht mehr realisierbar sein.

● **Heiße Eisen wurden nicht angepackt**

Grundsätzliche Fragen, die unser Gesundheitssystem schon seit Jahren und Jahrzehnten berühren, hat man nicht angepackt. Die Nicht-Vereinbarkeit von Kollektivverträgen und Kostenerstattung zum Beispiel wird nicht diskutiert. Einen noch größeren Bogen hat man um das Problem der Definition der Versicherungsleistungen in der GKV geschlagen. Dieses heiße Eisen hat die Koalition nicht angepackt. Jeder kundige Thebaner weiß, dass zu einer Versicherung nicht nur der Beitrag, sondern auch die Definition der zu versichernden Leistungen gehört, und dass wir bei den knappen Ressourcen der Zukunft und der demographischen Entwicklung nicht um eine sachgerechte Definition des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung herum kom-

men werden. Auch bei dieser Koalition wird nach außen wieder der Eindruck erweckt, als sei mit dem derzeitigen System alles von Patienten Gewünschte finanzierbar. Man darf gespannt sein, wie die Kommission der Regierung zusammengesetzt ist, die die Neuordnung unseres Gesundheitswesens vorbereiten soll. Die Konflikte in den Koalitionsverhandlungen werden sich dort mit Sicherheit fortsetzen, die nicht gelösten Probleme werden weiter auf der Tagesordnung stehen. Auch unser neuer Gesundheitsminister wird dann merken, dass eine Reform des Gesundheitswesens nicht über allgemein gehaltene Absichtserklärungen zustande kommt, sondern dass mehr als woanders der Teufel im Detail steckt. Dennoch ist nach der Koalitionsvereinbarung die grobe Richtung klar: Es wird mehr Wettbewerb im Krankenkassenbereich geben und die Eigenverantwortung des Patienten auch bei der Finanzierung des Systems wird steigen.

HFS

Nach der Bundestagswahl

Der Fahrplan zur Reform

Wie zwischen CDU/CSU und FDP im Koalitionsvertrag vereinbart, soll zu Beginn der Legislaturperiode eine Regierungskommission eingesetzt werden, die die notwendigen Inhalte und Schritte für eine Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung für 2010/2011 vorbereiten soll. Die Regierungskommission wird sich voraussichtlich dabei an den folgenden politischen Zielkoordinaten orientieren:

● **Mehr Beitragsautonomie für Krankenkassen:**

Das derzeitige System der 1-prozentigen Zusatzbeiträge, soll durch ein neues Zusatzbeitragssystem ersetzt werden, sodass die Krankenkassen wieder eigene Beiträge erheben können.

● **Regionale Differenzierungsmöglichkeiten:**

Krankenkassen sollen wieder verstärkt regionale Beiträge erheben können, mit denen sich regionale Besonderheiten der Kostenstruktur und der Sicherstellung abbilden lassen.

● **Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages:**

Der Arbeitgeberbeitragsatz wird voraussichtlich bei 7 % Beitragspunkten fixiert.

● **Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge:**

Einführung eines pauschalen Krankenversicherungsbeitrages bei gleichzeitiger Kopplung an einen sozialen Ausgleich.

● **Sozialer Ausgleich:**

Über diesen sozialen Ausgleich sollen Einkommensschwache in Bezug auf die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge vor einer finanziellen Überforderung geschützt werden. Die Finanzierung soll über das Steuersystem oder indirekt über den Gesundheitsfonds erfolgen.

● **Umbau und Reduktion des Morbi-RSA:**

Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ergibt sich zwangsläufig aus den oben genannten Punkten.

Die oben genannten Punkte müssen von der Regierungskommission mit weiteren Vorgaben des Koalitionsvertrages in Einklang gebracht werden, die ebenfalls unmittelbaren Einfluss auf das zukünftige Finanzierungssystem haben:

▶ Etablierung eines allgemeinen GKV-Ordnungsrahmens, der den Ansprüchen des allgemeinen Wettbewerbsrechts genügt.

▶ Umsetzung von Wahl der Therapiefreiheit sowie Vertrags- und Gestaltungsfreiräume für Patienten, Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkasse.

▶ Stichwort Kostenerstattung

▶ Verbesserung der Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung

▶ Vergütungssystem

▶ Neujustierung des dualen Systems zwischen GKV und PKV

Somit lässt sich festhalten, dass der Regierungskommission die Aufgabe zukommt, zahlreiche ordnungs- und auch versorgungspolitische Problemen gleichzeitig lösen zu müssen, um das Gesundheitssystem gerecht und nachhaltig zukunftsfähig zu gestalten.

Tilo Radau

▶ Umsetzung eines effizienten Ausgabemanagements zur Vermeidung unnötiger Ausgaben.

48. Bayerischer Internistenkongress in München

Hoffnung und Skepsis gegenüber der neuen Regierung

Zum Austausch über den Umbau der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl hatte Dr. Wolf von Römer, Erster Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten, BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, den Vorsitzenden des Hartmannbundes (HB), Prof. Kuno Winn, den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, und Rudolf Dieckmann, den persönlichen Referenten des Vorsitzenden der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), zum 48. Bayerischen Internistenkongress am 7. November nach München eingeladen. Kurzfristig abgesagt hatte dagegen Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder.

BDI-Präsident Wesiack zeigte sich grundsätzlich über den Regierungswechsel erfreut, wenn auch nicht übermäßig optimistisch. Er wies darauf hin, dass der BDI über Jahre hinweg „ein eiskaltes Verhältnis“ zu Ministerin Ulla Schmidt wegen deren Politik gehabt hatte. Jetzt werde es nur vorsichtige und langsame Veränderungen geben, glaubt Wesiack. Vor der Wahl in Nordrhein-Westfalen im Mai nächsten Jahres werde relativ wenig passieren. Im Vorfeld der Bundestagswahl hat sich die FDP relativ klar positioniert. Der neue Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und sein Parlamentarischer Staatssekretär Daniel Bahr wollten sicher versuchen, die Dinge

in diese Richtung zu bringen, doch die CDU sperre sich dagegen. Besonders der Kurs der CSU irritiere ihn, sagte Wesiack, weil er abends schon wieder anders aussehe als noch am Morgen. Die Christsozialen haben auch dafür gesorgt, dass der § 73b SGB V bis 2012 nicht angetastet wird. In drei Jahren, glaubt der BDI-Präsident, wird sich die Versorgung durch Hausärzte so zementiert haben, dass kaum noch etwas daran verändert werden kann. Wer mehr Wettbewerb wolle, müsse mehr Freiwilligkeit zulassen und keine neuen Monopole schaffen. „Dieses Relikt aus der Ulla-Schmidt-Ära sollte unbedingt geändert werden.“

● **Wesiack besorgt über Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen**
Sorgen bereitet Wesiack auch der § 116b SGB V. Er zeigte sich erschreckt von Aussagen des DKG-Hauptgeschäftsführers Georg Baum, dass die Krankenhäuser ihren Wettbewerbsvorteil voll gegen die niedergelassenen Ärzte durchsetzen wollen. Die Wettbewerbsbedingungen müssten gleich sein und beiden Seiten faire Chancen bieten, forderte er. Allerdings dürfe es im Gesundheitswesen nicht dieselben allgemeinen Wettbewerbsbedingungen geben wie in der Wirtschaft, denn der Patient sei keine Ware. Die Medizin müsse Leitlinien-gerecht

für alle Bürger zur Verfügung stehen. Gegen die Entwicklung grauer oder schwarzer Märkte habe der BDI erhebliche Einwände. Mit vielen Ansätzen der neuen Regierung könne sich der Verband sehr gut identifizieren. Auch der BDI setze sich für ein durchgängiges Versorgungskonzept ein, das für die Bürger nachvollziehbar sei. Das Prinzip der freien Arztwahl müsse auf jeden Fall aufrecht erhalten bleiben. Das Schnittstellenproblem zwischen den Sektoren müsse gelöst werden. Der BDI werde seine Vorstellungen dazu in die Politik einbringen. „Wir hoffen auf mehr Gehör als in der Vergangenheit.“ Auch aus Sicht des HB-Vorsitzenden Winn stimmt die große Linie der Regierung, doch jetzt müsse der Koalitionsvertrag erst noch ausgestaltet werden.

Dazu bedürfe es einer vorsichtigen Einflussnahme der Verbände. Philipp Rösler kennt Winn persönlich sehr gut aus der gemeinsamen Zeit im niedersächsischen Landtag. „Er ist durchaus durchsetzungsfähig und lässt sich nicht überfahren.“ Jetzt sei der Umbau des Gesundheitswesens angesagt, und die Politik erhalte dazu die Unterstützung der Ärztenverbände. Gute, umsetzbare Vorschläge werde der Minister sicher annehmen. Er sei optimistisch, dass es künftig auf jeden Fall besser werde als unter Ulla Schmidt. Rudolf Dieckmann, persönlicher Referent des DAK-Vorsitzenden Prof. Herbert Rebscher, offenbarte, dass die Ersatzkasse bereits mit dem BDI im Gespräch war über ein Gegenstück zum 73b-Vertrag der Hausärzte in Bayern. Dass daraus nichts geworden sei, liege daran, dass die anderen Krankenkassen nicht mitgezogen seien. Der DAK-Vertreter bekannte sich als starker Verfechter des Kollektivvergütungssystems, parallel zum Selektivvergütungssystem. Der Kollektivvertrag sichere die flächendeckende Grundversorgung, der Selektivvertrag könne Innovationen auf regionaler Ebene schneller realisieren. Er bedauerte, dass den Krankenkassen die Beitragsautonomie durch den Gesundheitsfonds genommen worden ist. Schließlich sei der Preis ebenfalls ein entscheidender Wettbewerbsparameter. Deshalb müsse die Beitragsautonomie rasch wieder den Krankenkassen zurückgegeben werden. Die vielfach geforderte Regionalisierung der Krankenkassen sei ein zweischneidiges Schwert. Als Verfechter des solidarischen Gedankens sei er dafür, bundesweite Organisationen zu behalten, aber die Preise und Honorare regional auszuhandeln. Das sei besser, als wenn jeder überall mit 3.5001 Cent bezahlt würde. Schließlich seien die Verhältnisse und Kosten in Deutschland auch nicht überall gleich – das sei sozialistisches Gedankengut. Wir bräuchten eine unterschiedliche Vergütung in Nord, Ost, West und Süd, weil die Verhältnisse unterschiedlich sind. Regionalspezifische Besonderheiten müssten berücksichtigt werden. Was Ulla Schmidt mit ihrer Gleichmacherei angerichtet habe, sei ein Verbrechen an der solidarischen Krankenversicherung in Deutschland.

● **Vertragsärzte als Verlierer der Honorarreform**
Die letzte Honorarreform, ergänzte von Römer, hat in Bayern über 30% der Vertragsärzte zu Verlierern gemacht, mit teilweise erheblichen Verlusten. Staatsminister Söder habe den Vorschlag gemacht, bei -5% eine Grenze zu ziehen, doch leider gelte das bislang erst für das erste Quartal 2009, nicht für die Folgequartale. Der bürokratische Aufwand, den die Neuregelung der Vergütung und die Einführung der Regelleistungsvolumen mit sich gebracht haben, sei enorm: Allein in der KV Bayerns mussten dafür 100 neue Mitarbeiter eingestellt werden.

Unterschiedlich waren die Ansichten der Ärztevertreter auf dem Podium über die Kostenerstattung. Der Hartmannbund möchte sie generell anstelle des Sachleistungssystems einführen, mit einem Ausgleich für soziale Härtefälle. Für von Römer geht das zu weit: Für eine Kostenerstattung als Ersatz finde sich in Deutschland keine Mehrheit. Nur eine teilweise Kostenerstattung sei denkbar. So sieht es auch der BDI-Präsident: Man müsse differenzieren zwischen Grundleistungen, die weiterhin über die KVen abgerechnet werden, und Wahlleistungen, wo die Kostenerstattung Sinn mache, mit Berücksichtigung sozialer Komponenten, damit keine Überforderung entsteht.

● **Köhler: KVen gehen kaputt**
Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, bedauerte, dass Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder kurzfristig abgesagt hatte, weil er mit diesem gern über den § 73b SGB V diskutiert hätte. Schließlich war es die CSU, die diesen Paragraphen eingefordert hat. Die Selektiv- bzw. Einzelverträge bedeuten seiner Ansicht nach das Aus für die KVen. Wer glaube, dass Selektivverträge parallel zum Kollektivvertrag bestehen könnten, der irre. Wer Geld in die Selektivverträge stecke, der müsse es aus dem Kollektivvertrag abziehen. „Daran gehen wir kaputt.“ Die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen werde in den nächsten zwei bis drei Jahren über die Selektivverträge entschieden. Die prozentuale Umlage vom Umsatz für den KV-Beitrag werde aufgrund der Bereinigung bald nicht mehr möglich sein. Die KBV sei dabei, ein anderes Beitragssystem zu entwickeln, das demnächst vorgestellt werden soll. Es gebe im Selektivvertragssystem auch bereits eine Risikoselektion, erklärte Köhler. In Baden-Württemberg würden bevorzugt die gesunden Versicherten in den HZV-Vertrag eingeschrieben, sodass die teuren kranken Patienten im Kollektivvergütungssystem blieben. Es gebe in Wirklichkeit auch nicht mehr Geld für die Hausärzte. In Bayern gehe z.B. ein Versicherter durchschnittlich dreimal im Quartal zum Hausarzt. Da könne dieser bis zu dreimal den KV-Fallwert erhalten, während er im Selektivvertrag lediglich einmal 80 Euro bekomme. Köhler: „Die Vergütung im Selektivvertrag ist nur attraktiv für gesunde Versicherte.“ Es werde auf Dauer kein Nebeneinander von Kollektivvertrag und Selektivvertrag geben. Es stimme auch nicht, dass Hausärzte weniger verdienen als Fachärzte, wie der Deutsche Hausärzteverband ständig behauptete. Tatsächlich habe ein konservativ tätiger Facharzt ca. 20% weniger Einkommen als ein Hausarzt.

KS



Foto: creative collection

Beim Bayerischen Internistenkongress in München wurde über die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung diskutiert. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack zeigte sich über den Regierungswechsel erfreut.

Anzeige

Zu- und Abschläge für Unter- und Überversorgung

Die neue Welt ab 2010

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat sich mit seinem Beschluss vom 2. September 2009 zur Höhe und Anwendung von Orientierungspunktwerden im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung gemäß § 87 Abs. 2 e SGB V geäußert. Demnach werden ab 1. Januar 2010 für neu niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Zu- und Abschläge auf den regionalen Punktwert vorgenommen. Ab 2011 werden dann auch die „Altpraxen“ nach einem gestaffelten Punktwert je nach Versorgungsgrad honoriert. Diese Regelung gilt jedoch nur für die Abschläge, Zuschläge bei Unterversorgung werden auch den Altpraxen bereits ab 1. Januar 2010 gewährt.

In jedem KV-Bereich werden zunächst fünf Versorgungsgrade definiert. Bei der Definition der Überversorgung werden die Gruppen der Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten nahezu gleich behandelt. Bei der Definition des Umfangs der Regelversorgung bzw. der Unterversorgung gelten für Hausärzte andere Grenzen.

Für Fachärzte und Psychotherapeuten gilt:

Überversorgung II	≥ 150%
Überversorgung I	110 – 149%
Regelversorgung	50 – 110%
Unterversorgung I	≥ 37,5 und < 50%
Unterversorgung II	< 37,5%

Für Hausärzte gilt:

Überversorgung II	≥ 150%
Überversorgung I	110 – 149%
Regelversorgung	75 – 110%
Unterversorgung I	≥ 56,25 – < 75%
Unterversorgung II	< 56,25%

Für die Berechnung der Zu- und Abschläge sollen wiederum drei Gruppen gebildet werden, denen entsprechend des Grads der Über- bzw. Unterversorgung Faktoren für Abschläge und Zuschläge zugeordnet werden. Keine Berücksichtigung findet hierbei die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, Ermächtigungen und Universitätsambulanzen. Die Zu- und Abschläge

sollen in Prozent des regionalen Punktwertes dargestellt werden – fällig werden sie ab Erreichen des Grenzwertes. Unklar bleibt hierbei jedoch, wie häufig innerhalb eines Jahres die Versorgungsgrade und die daraus resultierenden Zu- und Abschläge festgelegt werden.

Folgende drei Gruppen für die prozentualen Abzüge oder Zuschläge vom Punktwert werden eingerichtet:

Gruppe 1 (alle Fachgruppen außer Radiologen, Chirurgen und Psychotherapeuten):

Überversorgung II:	-14% vom Regelpunktwert
Überversorgung I:	-7% vom Regelpunktwert
Unterversorgung I:	+10% vom Regelpunktwert
Unterversorgung II:	+20% vom Regelpunktwert

Gruppe 2 (Radiologen und Chirurgen):

Überversorgung II:	-11% vom Regelpunktwert
Überversorgung I:	-11,5% vom Regelpunktwert
Unterversorgung I:	+8% vom Regelpunktwert
Unterversorgung II:	+16% vom Regelpunktwert

Gruppe 3 (Psychotherapeuten):

Überversorgung II:	-19% vom Regelpunktwert
Überversorgung I:	-9,5% vom Regelpunktwert
Unterversorgung I:	+13,5% vom Regelpunktwert
Unterversorgung II:	+27% vom Regelpunktwert

Der einheitliche Regelpunktwert von derzeit 3,5048 Cent würde somit ab 2010 voraussichtlich durch 15 verschiedene Punktwerte ersetzt werden.

In einer Konvergenzphase soll zwischen den bereits vor Januar 2010 niedergelassenen Ärzten und den Neuniederlassungen unterschieden werden. Während die Zuschläge ab 1. Januar 2010 sofort gezahlt werden, werden die Abschläge für Altpraxen für 2011 bis 2016 mit einer jährlichen Steigerung von 0,1 umgesetzt. Für die Neupraxen verkürzt sich diese Konvergenzzeit auf die Jahre bis 2013.

Da für jede fachärztliche und hausärztliche Fachgruppe der Versorgungsgrad individuell ermittelt werden muss, können weitere regionale Punktwerte hinzukommen. So kann für fachärztliche Internisten bei-

spielsweise eine Überversorgung II zur Anwendung kommen, für Chirurgen Überversorgung I und für Kinder- und Jugendärzte eine Stufe der Unterversorgung.

Aufgrund der Problematik bei medizinischen Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, für jedes MVZ und jede Gemeinschaftspraxis einen praxisindividuellen Mischpunktwert mit Gültigkeit für alle dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten festlegen zu lassen.

Voraussichtlich wird sich das politische Ziel, durch Zu- und Abschläge die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen zu stärken, nicht erreichen lassen. Während früher noch innerhalb einer Arztgruppe in einem KV-Bereich eine Leistung immer gleich bezahlt wurde, gelten zukünftig differenzierte Preise nach Niederlassungszeit und Versorgungsgrad. Eine sinnvolle Steuerung für eine dauerhafte gleichmäßige ambulante Versorgung in strukturschwachen Regionen wird sich durch diese politischen Vorgaben nicht verwirklichen lassen.

Tilo Radau

Regelleistungsvolumina tragen zur Zwei-Klassen-Medizin bei

Systemdefizite in der GKV

Die Bertelsmann-Stiftung hat Versicherte gefragt, welche Veränderungen sie im Versorgungssystem für die nächsten fünf Jahre erwarten. Damit wird nicht nur die Erwartungshaltung definiert, die Antworten drücken auch die derzeitigen Befindlichkeiten der Versicherten aus. Längere Wartezeiten werden befürchtet – auch ein Dauerthema in der Diskussion unter Ärzten. Ob sich die neue Bundesregierung des Problems der Zwei-Klassen-Medizin annehmen wird?

Die Versicherten vermuten in der Umfrage der Bertelsmann-Stiftung keine Verschlechterung der Qualifikation der Ärzte. Auch die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten und die technische Ausstattung von Arztpraxen bleibe wohl gleich. Über 50 % der Befragten sind aber der Auffassung, dass die Qualität medizinischer Leistungen abnehmen und die Zeitdauer des Arzt-Patienten-Gesprächs kürzer werde. Sie gehen auch davon aus, dass die Wartezeiten länger werden. Es zeigt sich somit eine eher pessimistische Grundhaltung, die wohl auf der Basis der bisherigen Erfahrungen zustande kommt. Auch viele Ärzte teilen die Meinung ihrer Patienten und schätzen die Entwicklung genauso ein. Insbesondere die Wartezeiten und die Differenzen zwischen gesetzlich und privat Versicherten sind ein Dauerthema.

• Quersubventionierung der GKV-Patienten

Die alte Bundesregierung hat versucht durch ordnungspolitische Vorgaben dieses Problem zu lösen. An die Wurzel des Problems ist sie nicht gegangen. Auch die jetzige Bundesregierung schweigt über die eigentlichen Ursachen dieser Zwei-Klassen-Medizin, die sich vor allem an den Wartezeiten für einen Arzttermin und in den Arztpraxen festmachen. Die Ursache dieses Organisationsproblems liegt in der wirtschaftlichen Situation der Praxen. Mit dem GKV-Honorar sind viele Praxen nicht mehr aufrechtzuerhalten, sodass die Privatversicherten dringend notwendig sind, um eine Quersubventionierung für die gesetzlich Krankenversicherten zu ermöglichen. Insofern liegt es auch im Interesse des gesetzlich Versicherten, dass die derzeitige Privatversicherung erhalten bleibt.

Auch das Vergütungssystem mit den Regelleistungsvolumina trägt entscheidend zu den Wartezeiten bei. Es ist der Politik und der neuen Honorarreform tatsächlich gelungen, das System so transparent zu machen, dass der Vertragsarzt weiß, ab welchem Patienten im Quartal seine ihm zugestanden Fallzahlen in der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten sind. Um wirtschaftlich zu überleben, muss er seine Praxisstruktur und die Patientenzahlen dem System der Regelleistungsvolumina anpassen. Steigt der Bedarf werden somit alleine aufgrund der Vergütungsreform die Wartezeiten weiter zunehmen. Dies ist allein Folge der gesetzlichen Vorgaben, hier muss eine Korrektur ansetzen.

HFS

Honorarpolitik (Fortsetzung von Seite 1)

2010 als Fortsetzung von 2009

• Welche Ergebnisse liegen vor?

Das Ergebnis ist die Korrektur des oberen Punktwertes von 3,501 Cent auf sage und schreibe 3,5048 Cent. Diese Korrektur war notwendig, weil man sich wohl bei der Kalkulation des Punktwertes 2009 leicht verrechnet hatte.

Davon unabhängig hat man sich im Erweiterten Bewertungsausschuss auf eine Änderung des Punktwertes nicht festlegen können. Die KBV hatte 5,3 Cent mehr, die Krankenkassen 6,7 % weniger gefordert. Die Kassen haben ihr reduziertes Angebot damit begründet, dass es noch Rationalisierungsreserven gäbe. Alle Korrekturen, die in Details beschlossen wurden, stehen unter dem Vorbehalt der Kostenneutralität. Das heißt, zusätzliches Geld gibt

es nicht, alles muss gegenfinanziert werden.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hat bezüglich der außerhalb finanzierbaren Leistungen eine Änderung an zwei wichtigen Punkten erfahren: Die Dialyse-Sachkosten werden jetzt außerhalb finanziert, wie es sich im Prinzip für Sachkosten ohnehin gehört. Und: Wird eine neue Leistung in die GKV eingeführt, ist sie zwei Jahre lang außerhalb der budgetierten Vergütung zu bezahlen.

• Enttäuschung bei den Belegärzten

Enttäuschung gab es bei den Belegärzten. Die Leistungen außerhalb des Kapitel 36, die bei Internisten den größten Teil ausmachen, werden weiterhin nicht extrabudgetär vergütet. Das Gleiche gilt auch für stati-



Foto: MEV

onsersetzende Leistungen, wenn sie nicht in Kapitel 31 vermerkt sind. Insofern gibt es dort nichts Positives zu berichten.

Die Morbidität hat man mit einer Zulage von 1,6616 % eingerechnet. Bei genauer Betrachtung wird die Enttäuschung der Vertragsärzteschaft hier groß sein. Wir haben Regelleistungsvolumina akzeptiert. Die Vertragsärzte haben sich im Vergleich zu vorangegangenen Budgetierungen dabei schlechter gestellt, weil sie Regelleistungsvolumina mit Leistung ausfüllen müssen. Von entscheidender Bedeutung ist, wie viel Leistungen oberhalb der Regelleistungsvolumina abgerechnet wurden, die mit einem extrem abgestaffelten Punktwert unterhalb jeder Entstehungskosten vergütet wurden. Die Vertragsärzteschaft hatte gehofft, dass wenigstens ein Teil dieser nahezu zum Nulltarif erbrachten Leistungen mit in die Morbiditätsüberlegungen der Vertragspartner eingeflossen sind. Fehleinschätzung! Über diesen Punkt hat man offensichtlich nicht diskutiert, sonst wäre man bei dieser minimalen Morbiditätssteigerung nicht hängengeblieben.

● BDI gegen Beschlüsse zu Unter- und Überversorgung

Von besonderer Bedeutung ist aber der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für die Orientierungswerte bei Unter- und Überversorgung. Der BDI-Vorstand hat sich in seiner Sitzung anlässlich des Internistentages in Berlin gegen diese Beschlüsse ausgesprochen (siehe BDI aktuell 11/2009). Man geht von zwei Stufen einer Unter- oder Überversorgung aus. Die Regelversorgung wird bei den Hausärzten zwischen einem Versorgungsgrad von 75 % und 110 % bei den Fachärzten zwischen 50 % und 110 % definiert. Die erste Stufe der Unterversorgung liegt bei den Hausärzten zwischen 56,25 % und 75 %, bei den Fachärzten zwischen 37,5 % und 50 %. Unterhalb von 56,25 % bzw. 37,5 % spricht man von einer Unterversorgung zweiten Grades. Die Definition der Überversorgung ist für Haus- und Fachärzte gleich: Zwischen 110 % und 150 % Versorgungsgrad spricht man von Überversorgung I. Alles was darüber liegt ist Überversorgung II. Die Zahlen sind im Prinzip so angelegt, dass es in der Bundesrepublik Deutschland mehr Bezirke mit Überversorgung als mit Unterversorgung geben wird. Was hat dies für Konsequenzen? Es kommt bei Unterversorgung zur Aufwertung und bei Überversorgung zu Abschlägen. Diese werden bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Die jetzt bereits niedergelassenen Ärzte haben eine Konvergenzphase für die Abschläge bis zum Jahre 2017, die sich im nächsten Jahr niederlassenden Ärzte bis 2014. Wer sich nach 2010 niederlässt, dem wird von Anfang an ein Malus oder Bonus angerechnet, wenn er nicht noch in die Regelversorgung mit seiner

Gruppe fällt (siehe auch Artikel: „Die neue Welt ab 2010“ auf Seite 6). Allein diese Vorgaben lassen vermuten, dass es mehr Abschläge als Zuschläge geben wird. Aber wo bleibt das eingesparte Geld? Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die unterschiedlichen Punktwerte zu berücksichtigen und die Zahlungen an die KVen entsprechend unterjährig zu korrigieren sind. Dies bedeutet, dass die einge-

sparten Gelder von den Krankenkassen einbehalten werden.

Die gefundene Regelung wird wahrscheinlich bei sehr vielen Kassenärztlichen Vereinigungen und Fachgruppen dazu führen, dass weniger Geld als in der Vergangenheit zur Verfügung steht. Hier wird durch die kalte Küche von den Krankenkassen Geld eingesammelt.

Die gefundene Regelung für Über- und Unterversorgung wird den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Deutschland noch übel aufstoßen

– sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern. Natürlich werden wieder die alten Bundesländer wie Bayern, Baden-Württemberg und Hessen von solchen Regelungen besonders betroffen sein. Kritisch ist die Situation schon deshalb, weil die Verhandlungen über Unter- und Überversorgung in den KVen anhand von Anhaltszahlen aus der Vergangenheit geführt werden müssen, die mit der Realität der medizinischen Versorgung schon lange nichts mehr zu tun haben. Besonders die Innere

Medizin wird von diesen Unzulänglichkeiten betroffen werden, vor allem auch deshalb, weil eine Differenzierung in Schwerpunkte bei der derzeitigen Bedarfsplanung überhaupt nicht vorgesehen ist. Die regionalen KVen sollten schleunigst berechnen, mit welchen Schwierigkeiten im Jahre 2010 bei den einzelnen Fachgruppen aufgrund der im Bewertungsausschuss gefundenen Definition gerechnet werden muss.

HFS

Anzeige

Podiumsdiskussion beim 2. Deutschen Internistentag

Die Zukunft der Inneren Medizin vor dem Hintergrund der Struktur der stationären Versorgung

Unter der Leitung des Vizepräsidenten des BDI, Prof. Dr. Malte Ludwig, diskutierten beim 2. Deutschen Internistentag in Berlin Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Vorstandsmitglied des BDI und ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik C des Klinikums der Stadt Ludwigshafen, Prof. Dr. Hans Fred Weiser, Vorsitzender des Deutschen Chefarztverbandes und Prof. Dr. Sebastian Kerber, Chefarzt der Klinik für Kardiologie I in Bad Neustadt/Saale.

Die Innere Medizin und ihr Stellenwert in der stationären Versorgung standen zwar im Mittelpunkt der Diskussionen, das Thema könne aber nur umfassend behandelt werden, wenn man sich auch mit der stationären Versorgung im Allgemeinen befasst. Dass dabei auch die für die Zukunft so wichtigen Schnittstellen mit der ambulanten Versorgung und die Umsetzung der Weiterbildungsordnung angesprochen werden mussten, war unumgänglich. Angesichts der Überalterung der Bevölkerung und der zunehmenden Multimorbidität kommt nach Auffassung aller der allgemeinen Inneren Medizin in Zukunft ein noch größerer Stellenwert in den Kliniken zu als dies bisher der Fall ist. Dabei bildet die allgemeine Innere Medizin die Basis für die allgemeine internistische Krankenhausversorgung. Diese wird dann in Abhängigkeit vom Bedarf des jeweiligen Krankenhauses ergänzt durch die Versorgung durch Schwerpunktabteilungen bzw.

Schwerpunktzentren wie Gefäßzentren, Darmzentren oder Tumorzentren. Ohne die Innere Medizin ist eine funktionierende stationäre Basisversorgung nicht denkbar. Im Vordergrund wird hier die Koordination bei der Versorgung der älteren multimorbiden Patienten stehen.

Prof. Riemann wies darauf hin, dass deshalb in der Zukunft der Anteil der Inneren Medizin bei der stationären Versorgung deutlich zunehmen dürfte.

● Kooperation der ambulanten und stationären Versorgung

Einen breiten Raum der Diskussion nahm die Kooperation der ambulanten mit der stationären Versorgungsebene ein. Insbesondere die neuen gesetzlichen Möglichkeiten über ein Konsiliararztssystem – auch im Vergleich mit der derzeitigen belegärztlichen Versorgung – wurden angesprochen. Insgesamt wurde beklagt, dass die derzeitige Finanzausstattung im ambulanten Bereich nicht mehr aus-

reichend ist, um solche Kooperationsstrukturen finanziell abzubilden. Die Gefahr, dass ein funktionierendes Belegarztssystem durch Konsiliarärzte bei Verträgen mit Krankenhäusern abgelöst wird, ist deshalb groß. So ergeben sich Hinweise, dass die für die ärztliche Leistung zur Verfügung gestellten Finanzmittel über das DRG-System deutlich höher liegen als das, was den Vertragsärzten für eine stationäre Versorgung im Erweiterten Bewertungsmaßstab zur Verfügung gestellt wird. Unabhängig von der Struktur muss dafür gesorgt werden, dass sich die Vergütungshöhe am ärztlichen Vergütungsanteil der Fallpauschalen im Krankenhaus zu orientieren hat. Nur so kann eine solide Basis für Kooperationsmodelle zwischen Vertragsärzten und Kliniken geschaffen werden.

Diese Kooperationen sind für die Kliniken in Zukunft besonders wichtig, weil auf die Dauer der derzeitige Mittelbau die fachärztliche Versorgung im

Krankenhaus nicht mehr voll abbilden kann. Auch im Krankenhaus wird mit einem Fachärztemangel gerechnet. Durch Kooperationsstrukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung lässt sich ein Teil dieses Defizits ausgleichen.

● Stärkung des Mittelbaus im Krankenhaus erforderlich

Andererseits waren sich alle Diskutanten darüber einig, dass der Mittelbau in den Krankenhäusern zusätzlich durch eine Verbesserung der Aufgabenverteilung und der Arbeitsbedingungen gestärkt werden muss. Eine rege Diskussion entstand über die Frage der Hierarchie im Krankenhaus. Prof. Weiser war der Auffassung, dass die Kooperationsstrukturen mit der ambulanten Versorgung, aber auch die Stärkung des Mittelbaus, eine Umstrukturierung des Krankenhauses erforderlich machen, indem im Vergleich zur derzeitigen Chefarztstruktur flachere Hierarchien eingeführt werden sollten. Diese Idee wurde von den Podiumsteilnehmern prinzipiell unterstützt, auch wenn es Meinungsverschiedenheiten darüber gab, in welchem Maße die derzeitigen hierarchischen Strukturen adaptiert werden sollen.

● Weiterbildung muss finanziell unterstützt werden

Die Weiterbildung nahm in der Diskussion einen breiten Raum ein. Von Prof. Weiser wurde darauf hingewiesen, dass ohne eine zusätzliche Finanzierung der Weiterbildung die Krankenhäuser auf die Dauer nicht mehr in

der Lage sind, einen ausreichenden Stellenplan mit Weiterbildungsassistenten aufrecht zu erhalten. Es wurde von allen die Forderung eingebracht, dass die Weiterbildung finanziell unterstützt werden soll, indem man den Weiterbildungsassistenten einen Zuschuss für die Dauer seiner Weiterbildung zur Verfügung stellt. Leider blieb die Frage unbeantwortet, wer dies finanzieren soll.

Die zu erwartende Personalknappheit im Arztbereich in den Krankenhäusern soll nach Auffassung vieler durch eine vermehrte Delegation von ärztlichen bürokratischen Aufgaben an nichtärztliches Personal gelindert werden. Von Seiten der Diskussions Teilnehmer wurde dabei klargestellt, dass die ärztliche Verantwortung für die Versorgung nicht angetastet werden darf und die rein ärztlichen Leistungen unter keinem Umstand delegiert werden dürfen. Alle waren der Auffassung, dass sich der ärztliche Beruf im Krankenhaus durch eine Delegation der überbordenden Bürokratie am ehesten regeln lässt.

Die Diskussion zeigte, dass die Innere Medizin für die stationäre Versorgung noch bedeutungsvoller als seither werden wird. Sie zeigte aber auch, dass im Krankenhausbereich eine Diskussion über die hierarchischen Strukturen begonnen hat und dass man die Versorgungsebene Krankenhaus alleine nicht ohne Diskussion der Schnittstelle mit der ambulanten Versorgung diskutieren kann.

HFS

Ambulante Versorgung im Krankenhaus (Fortsetzung von Seite 1)

Kollegiale integrierte Versorgung oder kommerzielle Konkurrenz um jeden Preis?

● Krankenhäuser drängen in die ambulante Versorgung

Insbesondere Krankenhäuser drängen durch Gründung und Ausweitung von Tageskliniken (von bis zu 20-30 Betten) immer expansiver in den ambulanten Versorgungsbereich und streben durch Umsetzung des §116b nach EBM-basierter Vergütung. Dabei wird diese Strategie in der Regel durch eine betriebswirtschaftlich versierte Krankenhausverwaltung unter rein kommerzieller Zielsetzung professionell betrieben. Die Arzneimittelversorgung durch die Krankenhausaapotheke, die nach Gesetz als einzige Institution noch Rabatte generieren darf, nährt die Aussicht auf satte betriebswirtschaftliche Gewinne, was vielleicht durch die 15. Arzneimittelgesetznovelle relativiert, aber sicher nicht aufgehoben wird.

Von den Krankenhausbetreibern wird ein neues Selbstverständnis geäußert, dass mit der erstmaligen Einweisung eines Patienten auch dessen weitere langfristige Versorgung durch dasselbe

Krankenhaus begründet werde. Werde z.B. eine Patientin mit Mamma-Karzinom zur Primär-OP eingewiesen, werde darin automatisch auch der Auftrag zur weiteren Versorgung mit Chemotherapie, Bestrahlung, Nachsorge und womöglich häuslicher Versorgung gesehen.

● Der Hausarzt als Erfüllungsgehilfe?

Der im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung zuständige Primärarzt wird zum bloßen Scheinaussteller degradiert. Der spezialisierte Facharzt wird nicht mehr benötigt.

Die politisch angefeindete sogenannte zweite (= ambulante) Fachärztschiene wird damit bewusst diskreditiert und ausgehungert, wobei die Regierung – wieder einmal – scheinbar unbeteiligt ihre Hände in Unschuld wäscht. Geflüssentlich wird jedoch dabei übersehen, dass die erste Fachärztschiene, also die Fachärzte im Krankenhaus, bereits jetzt schon überlastet ist und gar keine freie Kapazität hat, zusätzliche Aufgaben im ambulanten Bereich zu über-

nehmen, von der leistungsgerechten Bezahlung ganz zu schweigen. Somit entsteht zusätzlicher Personalbedarf im Krankenhaus, sodass letztlich eine dritte Fachärztschiene aufgebaut wird, für die erst recht kein Geld da ist. Dies mit Wirtschaftlichkeitsbestrebungen zu begründen, ist schlichtweg zynisch. Die Finanzierung des Ganzen soll natürlich möglichst auch noch aus dem ambulanten Sektor der Niedergelassenen erfolgen. Insbesondere werden in der Onkologie wenig zuwendungsintensive Maßnahmen wie die standardisierte adjuvante Chemotherapie gerne von der erstoperierenden Klinik übernommen, zumal sie durch Erstkontakt strategisch im Vorteil ist. Auch die in der Regel an Krankenhäuser gebundenen Organzentren mit Tumorboards geben dem Krankenhaus die Möglichkeit, den Patienten gezielt in die eigenen Versorgungsstrukturen einzuschleusen. Niedergelassene Ärzte sind zwar als Zuweiser willkommen, werden jedoch als mitwirkende Therapeuten im Rahmen einer optimalen

Ausnutzung der Wertschöpfungskette eher als störende Fremdkörper gesehen.

So kommen häufig Klinik-MVZ in Eigenregie und eben nicht in Kooperation mit Niedergelassenen zustande. In München kaufen städtische Kliniken mit Unterstützung der SPD vakante Kassensitze auf, um dann eigene MVZ zu betreiben. Dabei wird offene Konkurrenz heuchlerisch bestritten. Man steige halt als „zusätzlicher Player“ in einem großen Markt ein.

● Der Patient als wirtschaftliches Zielobjekt

Der Patient gerät als wirtschaftliches Zielobjekt in ein Spannungsfeld von privater Luxusfürsorge (im Sinne von IGeL) und Wertschöpfung bei Regelleistungen.

Komplikationsbelastete multimorbide Patienten mit hohem Zuwendungsbedürfnis sowie unzufriedene Therapieabbrecher stören oft die reibungslose Wertschöpfung und kommen schließlich anbehandelt in die Praxis, ebenso Patienten mit teurer Medikation, für die es keinen kostendeckenden Zusatzentgelt gibt.

Hierdurch wird das Prinzip der sektorübergreifenden Versorgung schlichtweg konterkariert und ad absurdum geführt, wobei die „befürchtete“ Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen durch die Tageskliniken

und Ambulanzen ohnehin schon lange eingetreten ist.

Das – wohl immer noch weltbeste – Gesundheitssystem Deutschlands lebt von seiner stufenweisen Gliederung und seiner Flexibilität und Pluralität, die sicher eine volkswirtschaftliche Steuerung erschweren. Politisch angestrebt war – zumindest vor der Bundestagswahl – eine zentralistisch gesteuerte Planwirtschaft nach DDR-Vorbild mit umfassender Pauschalierung und nivellierender Gleichschaltung. Dies hat zu einer historisch einmaligen Demoralisierung und Demotivierung eines ganzen Berufsstandes in Deutschland geführt. Angesichts der ohnehin schon weit fortgeschrittenen Entwicklung bleibt den Niedergelassenen politisch nur die Chance der Solidarität. Im Sinne einer wohnortnahen Versorgung mit Aufrechterhaltung des individuellen sozialen Milieus sollten sich die niedergelassenen Fachärzte nicht die Butter vom Brot nehmen lassen und die dominante Zuständigkeit in der ambulanten Versorgung einfordern bzw. durch Solidarität und Loyalität mit den steuernden Primärärzten sicherstellen.

Dr. W. Abenhardt
Münchener Onkologische Praxis
Elisenhof



Franz Goss, Martin Middeke, Thomas Mengden, Norbert Smetak (Hrsg)
Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie
 Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2009
 201 S., 127 Abb., 32 Tab., 89,95 €

Guter Einstieg in die Telemedizin

In der klinischen und ambulanten Inneren Medizin hat das Interesse an telemedizinischen Anwendungen in den letzten Jahren stark zugenommen. Zeitgerecht liegt nun mit dem Titel „Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie“ das erste Lehrbuch zu dieser Thematik vor. Die Herausgeber, die über eine jahrelange intensive Erfahrung auf dem Gebiet der Telemedizin verfügen, vermitteln mit diesem Buch einen Überblick über aktuelle Möglichkeiten der modernen Ferndiagnostik und Therapiesteuerung. Das Buch ist sinnvollerweise in drei Abschnitte unterteilt.

Im ersten Teil werden wichtige allgemeine Aspekte der Telematik dargestellt, darunter die Anforderungen an eine einheitliche Telematikinfrastruktur, allgemeine rechtliche Bestimmungen, Methoden der ökonomischen Evaluation sowie Modelle und Aufgaben telemedizinischer Servicecenter. Komplettiert wird der erste Teil durch eine Betrachtung der möglichen zukünftigen Rolle der Telemedizin in der Regelversorgung und der integrierten Versorgung.

In den anderen beiden Teilen des Buches liegt der Schwerpunkt auf der praktischen Anwendung der Telemedizin in den Gebieten der Kardiologie und Hypertensiologie. Die Autoren machen deutlich, dass es in der Kardiologie eine Vielzahl telemedizinischer Ansätze zur Verbesserung der ambulanten Patientenbetreuung gibt. Im Einzelnen werden aktuelle Technologien zur telemedizinischen Überwachung von Patienten mit ICD-Therapie, kardialer Resynchronisationstherapie, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz dargestellt.

Nahezu ausschließlich der Blutdrucktelemetrie ist schließlich der dritte Teil des Buches gewidmet, in dem die hypertensive Krise, der kontrollierte Medikamenten-Auslassversuch, die isolierte systolische Hypertonie, die Schwangerschaftshypertonie sowie die Blutdruck- und Gewichtstelemetrie bei Dialysepatienten als spezifische Indikationsgebiete für den Einsatz der Telemetrie diskutiert werden.

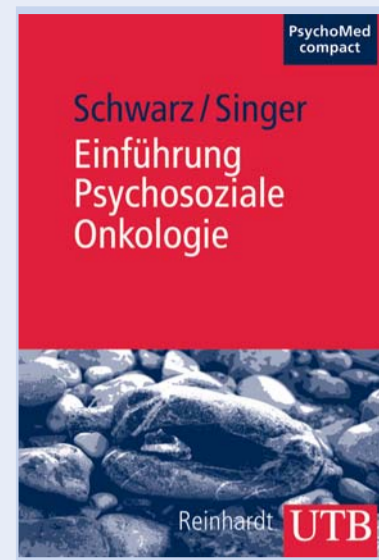
Alle Kapitel sind mit zahlreichen Tabellen, Abbildungen und Fotos hinterlegt, was das Verständnis der komplexen technischen Thematik erleichtert. Trotz ihres Informationsgehaltes sind die Kapitel im Umfang relativ kurz gehalten und ermöglichen so einen schnellen Überblick über den aktuellen Stand der Technik. Jedes Kapitel wird abgerundet durch einen kurzen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und Trends. Bei der Lektüre wird deutlich, dass bislang noch große prospektive Studien zur Beurteilung der klinischen und ökonomischen Wertigkeit der Telemetrie in den einzelnen Indikationsgebieten fehlen.

Fazit
 Insgesamt ist es den Autoren gelungen, den aktuellen Stand der Telemedizin in den Bereichen Kardiologie und Hypertensiologie anschaulich und praxisorientiert darzustellen. Gerade für praktisch tätige Internisten und Allgemeinmediziner, die sich dem weiten und sich rasch entwickelnden Gebiet der Telemedizin öffnen wollen, bietet dieses Buch einen guten Einstieg in die Thematik.

Prof. Dr. Martin K. Kuhlmann



Prof. Dr. Martin K. Kuhlmann, Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie, Diabetologie und Hypertensiologie, ist Leiter der Abteilung für Nephrologie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain in Berlin.



Reinhold Schwarz, Susanne Singer
Einführung Psychosoziale Onkologie
 Ernst Reinhardt Verlag, München 2008
 314 S., 39 Abb., 49 Tab., 26,90 €

Kurz, fundiert und verständlich

Mit dem Buch „Einführung Psychosoziale Onkologie“ stoßen R. Schwarz und S. Singer die Tür auf zu einer weiteren Verbreitung eines neuen, ganzheitlichen Umganges mit onkologischen Patienten. Während das antike Griechenland noch z. B. mit der Säftelehre (Melancholie) Ursachen für emotionale Störungen auf somatischem Gebiet vermutet hat, deutet man heute die Kausalität vorwiegend umgekehrt. Nach langen Phasen eines rein mystischen und religiös geprägten Krankheitsverständnisses und einer zuletzt sehr organzentrierten Auslegung wächst nun in allen Gebieten der Medizin die Akzeptanz psychosomatischer Zusammenhänge. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie wurde schon 1983 gegründet, man findet derzeit zwar reichlich Werke über Psychoonkologie, jedoch (neben einem Buch für Pflegekräfte) aktuell nur dieses Werk zum Thema psychosoziale Onkologie (PSO).

Mit prägnanter Wortwahl und klaren Satzkonstruktionen sowie einem Vokabular, das kein Medizinstudium voraussetzt, gelingt den Autoren eine systematische Einführung in das Thema, Literaturanga-

ben ermöglichen dem Interessierten ein tieferes Einsteigen. In einer Randspalte erleichtern Piktogramme und Schlagwörter das Auffinden bestimmter Inhalte. Zahlreiche, zum Teil vergleichende Tabellen listen Fakten übersichtlich auf, viele Fallbeispiele schaffen Praxisbezug.

Nachdem im ersten Kapitel PSO definiert wird und im zweiten die psychosoziale Onkogenese ausführlich thematisiert widmet sich das dritte den Krankheitsfolgen und der Krankheitsverarbeitung. Erst im vierten Kapitel wird Grundwissen über Onkologie vermittelt, im fünften die psychosoziale Versorgung praxisnah dargestellt. Da sich diese Buch an alle Berufe in der onkologischen Versorgung wendet, auch an medizinisch wenig Vorgebildete wie Psychologen und Sozialpädagogen, wäre dieses Kapitel wahrscheinlich an zweiter Stelle nach der Definition der PSO noch besser platziert. Hervorheben muss man, dass die Autoren trotz hoher Praxisrelevanz des Buches niemals die wissenschaftliche Exaktheit und Redlichkeit vernachlässigen. So entgehen sie der Versuchung, auf allzu plausible und populistische Erklärungen für Onkogenese wie Krebspersönlichkeit oder Depression einzusteigen und halten sich hier wie auch in anderer Hinsicht strikt an die Studienlage. Trotzdem wird auf subjektive Erklärungsversuche der Patienten eingegangen.

Fazit
 Ein rundum gelungenes Pionierbuch zum Thema der psychosozialen Onkologie das man neben den Fachkreisen – angesichts der Häufigkeit von Krebserkrankungen – fast allen Mediziner, insbesondere Allgemeinmediziner, ans Herz legen möchte. Das ordentlich ausgestattete Buch ist preiswert.
 Dr. med. Peter Pommer



Dr. Pommer, Internist und Pneumologe, leitet die Abteilung für Pneumologie der Klinik am Kofel (Gesundheitszentrum Oberammergau).



Möchten auch Sie Bücher für BDI aktuell rezensieren?

Wir suchen Rezensenten für folgende Titel:

Adamek/Lauenstein
MRT in der Gastroenterologie
 Georg Thieme Verlag

Stuck/Maurer/Schredl/Weeß
Praxis der Schlafmedizin
 Springer Verlag

Andreesen/Heimpel
Klinische Hämatologie
 Elsevier/Urban & Fischer

Wieczorek
Kursbuch Kardiologische Elektrophysiologie
 Georg Thieme Verlag

Haas
Influenza
 Elsevier/Urban & Fischer

Schachschal
Praktische Koloskopie
 Georg Thieme Verlag

Koop
Gastroenterologie compact
 Georg Thieme Verlag

Leitliniengruppe Hessen/
 PMV forschungsgruppe
Hausärztliche Leitlinien
 Deutscher Ärzte-Verlag

Wagner/Müller
Molekulare Onkologie
 Georg Thieme Verlag

Gruber/Hansch
Kompaktatlas Blickdiagnosen in der Inneren Medizin
 Elsevier/Urban & Fischer

Löllgen/Erdmann/Gitt
Ergometrie
 Springer Verlag

Wenn Sie Interesse haben, eines der genannten Bücher zu besprechen, schicken Sie bitte eine E-Mail an BDI-aktuell@thieme.de. Bitte geben Sie uns darin auch Informationen zu Ihrer aktuellen Tätigkeit und Ihren Interessengebieten.



Was ist neu im DRG-System 2010? (Teil 1)

Neuerungen im ICD-10-GM

Wie jedes Jahr so erfolgten auch für 2010 Änderungen im ICD-10-GM-Katalog bzw. OPS-Katalog und in den Deutschen Kodierrichtlinien, um den Anforderungen an das G-DRG-System gerecht zu werden. Die vorliegende Übersicht stellt die wesentlichen Änderungen ohne Anspruch auf Vollständigkeit dar. Im ersten Teil finden sich die Neuerungen im ICD-10-GM, in zweiten Teil (BDI aktuell 1/2010) werden die Aktualisierungen des OPS-Katalogs und der DKR dargelegt.

Der Fallpauschalenkatalog 2010 beinhaltet acht DRG mehr als im letzten Jahr. Somit beläuft sich die Gesamtzahl der Fallpauschalen im nächsten Jahr auf 1200. 41 DRG sind ohne Bewertungsrelation und damit krankenhausindividuell zu vereinbaren. Fünf DRG bilden teilstationäre Leistungen ab. Die Gesamtzahl der DRG für die Versorgung durch Belegabteilungen wurde abermals auf mittlerweile 873 abgesenkt. In den Anlagen des Fallpauschalenkataloges finden sich 2010 insgesamt 143 Zusatzentgelte, somit 16 mehr als im Vorjahr. 81 Zusatzentgelte konnten bundesweit bewertet werden, 62 Zusatzentgelte müssen krankenhausindividuell verhandelt werden. Am meisten stieg die Zahl der Zusatzentgelte im Bereich der Medikamente.

In die Ermittlung der Fallpauschalen 2010 flossen die Kalkulationsdaten aus 225 Krankenhäusern ein, darunter zehn Universitätskliniken. Insgesamt standen für die Berechnung die Daten von über 3 Millionen Krankenhausfällen zur Verfügung.

Im neuen ICD-10-GM finden sich moderate Änderungen, überwiegend mit dem Ziel der differenzierten Kodierung. Besondere Betonung findet der ICD-Kode J09, der neu konzipiert wurde, um auf die aktuellen epidemiologischen Erfordernisse einzugehen

Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprung, wobei jetzt an der 4. Stelle entweder der infektiöse (A09.0) oder der n.n.b. Ursprung (A09.9) verschlüsselt werden kann. Gleichzeitig wird der Hinweis gestrichen, dass in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz sowie in anderen Ländern, in denen ein unter A09 aufgeführter Begriff ohne weitere Spezifizierung als nichtinfektiösen Ursprungs angesehen werden kann, dieser unter K52.9 klassifiziert werden sollte.

Die Inklusiva von A09 mit den unterschiedlichen Ausprägungsformen werden ebenfalls gestrichen und diese mit Ergänzungen in A09.0 überführt. Hier erfolgt jetzt auch der Hinweis, dass diese Kategorie auch bei vermutlich infektiöser Ursache zu verwenden ist.

Die nichtinfektiösen Gastroenteritiden und Kolitiden, nicht näher bezeichnet verbleiben unter dem Code K52.9, wobei hier die Exklusiva durch die neu geschaffenen Codes A09.0 bzw. A09.9 ergänzt werden.

Bestimmte bakterielle Zoonosen (A20–A28)

Unter A24.0 Rotz wird jetzt neu die Infektion durch *Burkholderia mallei* bzw. unter A24.4 Melioidose die Infektion durch *Burkholderia pseudomallei* ohne nähere Angaben aufgenommen.

Sonstige bakterielle Krankheiten (A30–A49)

Im Abschnitt R57.- Schock, anderenorts nicht klassifiziert wird von der WHO als neue Schlüsselnummer R57.2 Septischer Schock aufgenommen. Unter dem Abschnitt A41.- Sonstige Sepsis wird der Hinweis eingefügt, dass, sofern das Vorliegen eines septischen Schocks angegeben werden soll, zusätzlich der Code R57.2 zu benutzen ist. Das bedeutet, dass der septische Schock nicht wie bisher mit A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet zu verschlüsseln ist, sondern zukünftig mit einem Code aus A41.- und R57.2.

Die Codes O08.0 Infektion des Genitalkanals und des Beckens nach Abort, Extrauterin gravidität oder Molenschwangerschaft, T80.2 Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken, T81.1 Schock während oder als Folge eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert werden ebenfalls mit dem Hinweis versehen, dass bei Vorliegen

eines septischen Schocks zusätzlich die Schlüsselnummer R57.2 zu kodieren ist.

Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind (B00–B09)

Unter dem Code B03 Pocken wird die Fußnote „die 33. Weltgesundheitsversammlung erklärte im Jahr 1980, dass die Pocken beseitigt wurden. Die Kategorie wird zu Überwachungszwecken beibehalten“ unverändert als Hinweis übernommen.

Virushepatitis (B15–B19)

In diesen Abschnitt wird der Hinweis eingeführt, dass, falls bei einer Posttransfusionshepatitis die Substanz angegeben werden soll, eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Kapitel XX zu benutzen ist.

Unter B17.- Sonstige akute Virushepatitis wird ein neuer Code eingeführt: B17.9 Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet bzw. Akute Hepatitis ohne nähere Angaben.

In B19.0 bzw. B19.9 wird klargestellt, dass es sich um nicht näher bezeichnete Virushepatiden mit bzw. ohne hepatisches Koma handelt.

HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit) (B20–B24)

Bei den Exklusiva unter diesem Abschnitt wird der Code O98.7 HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit), die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert bzw. Krankheitszustände unter B20–B24 neu hinzugefügt. Damit bekommen HIV-Erkrankungen während der Schwangerschaft und perinatal einen eigenen ICD-Kode.

Analog wird unter dem Abschnitt „Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D80–D90)“ bei den Exklusiva der Code O98.7 aufgenommen.

Analog erfolgt der Einschub von O98.7 als Exklusivum unter R75 Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus (HIV) bzw. Z21 Asymptomatische HIV-Infektion (Humane Immundefizienz-Virusinfektion).

Folgestände von infektiösen und parasitären Krankheiten (B90–B94)

Unter dem Code B91 Folgestände der Poliomyelitis wird das Exklusivum G14 Postpolio-Syndrom eingefügt. Bei dem Code G14 Postpolio-Syndrom handelt es sich um einen neuen Schlüssel mit dem Inklusivum Postpoliomyelitis-Syndrom und dem Exklusivum Folgestände der Poliomyelitis (B91).

Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind (B95–B98)

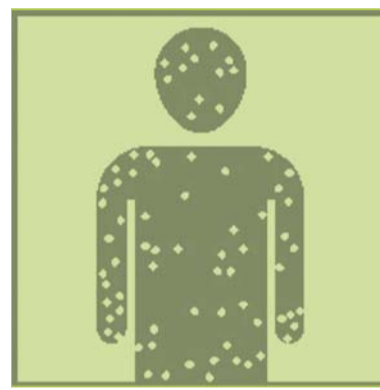
Dieser Abschnitt wird durch den neu geschaffenen Code B98.-! Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

ergänzt und an der 4. Stelle weiter differenziert:

B98.0! *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind bzw. B98.1! *Vibrio vulnificus* als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind.

Bei allen infektiösen Krankheitsbildern, die den Hinweis enthalten „soll der Infektionserreger angegeben werden“, wird neu auf den Code B98 verwiesen.

Die bisher zur Verfügung stehenden Codes B96.81! bzw. B96.88! sind gestrichen. Unter B97.8! Sonstige Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind, wurde neu das Humane Metapneumovirus mit aufgenommen.



Kapitel II

Neubildungen (C00–D48)**Bösartige Neubildungen (C00–C97)****Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen (C76–C80)**

Der Text zu C79.- wird ergänzt, es handelt sich jetzt nicht nur um Sekundäre bösartige Neubildungen an sonstigen Lokalisationen, sondern auch um solche an nicht näher bezeichneten Lokalisationen. Neu eingeführt wird deshalb der Code C79.9 Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation mit dem Exklusivum Disseminierte maligne Neoplasie, ohne Angabe eines Primärtumors (C80.-) und der Übernahme der Inklusiva aus C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation. Unter C79.9 können damit die Generalisierte sekundäre Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisationen bei Krebs o.n.A. oder bei Malignen Tumoren o.n.A., die Karzinose (Sekundär) bzw. der Multiple Krebs (Sekundär) o. n. A. verschlüsselt werden. Die Bösartigen Neubildungen ohne Angabe der Lokalisation werden, sofern es sich um Primärtumoren handelt, unter C80.- verschlüsselt. Zur Präzisierung gibt es zwei neue Codes: C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet bzw. C80.9 Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet mit Karzinom o.n.A., Krebs o.n.A. bzw. Maligner Tumor o.n.A.

In-situ-Neubildungen (D00–D09)

Unter N42.- Sonstige Krankheiten der Prostata wird ein neuer Code eingeführt: N42.3 Prostatadysplasie bzw. Niedriggradige Prostatadysplasie mit dem Exklusivum Hochgradige Prostatadysplasie (D07.5). Deshalb findet sich unter D07.5 Prostata neu der Verweis auf den Code N42.3. Niedriggradige Dysplasien der Prostata werden damit nicht unter den Carcinoma in situ (D07.-) oder den gutartigen Neubildungen der Prostata (D29.-) kodiert. Gleichzeitig werden die Inklusiva Fibroadenom, Fibrom, Myom der Prostata und Prostataadenom unter N40 Prostatatyperplasie gestrichen.



Kapitel III

Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)**Aplastische und sonstige Anämien (D60–D64)**

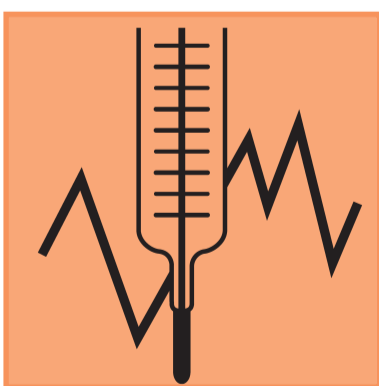
Bereits unterjährig wurde unter D61.- Sonstige aplastische Anämien über eine Veröffentlichung des DIMDI der Hinweistext aufgenommen, dass zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen sind, um das Vorliegen einer Thrombozytopenie (D69.4-, D69.5-, D69.6-) oder einer Agranulozytose und Neutropenie (D70.-) anzugeben. Durch die Aufnahme der Arzneimittelinduzierten Panzytopenie unter D61.1- Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie war es 2009 zu Unklarheiten gekommen, ob damit die Panzytopenie erfasst war oder ob zusätzliche Schlüsselnummern zur Differenzierung angegeben werden können.

Unter D63.8* Anämie bei sonstigen chronischen anderenorts klassifizierten Krankheiten wird neu die Anämie bei chronischer Nierenkrankheit größer oder gleich Stadium 3 (N18.3-N18.5+) aufgenommen. (Der Abschnitt unter N18.- Chronische Niereninsuffizienz wurde unformuliert – siehe dort).

Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen (D65–D69)

Unter D68.- Sonstige Koagulopathien ist der Code D68.3- Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper neu formuliert. Die unter diesem Code vorher subsumierten Ursachen sind gestrichen und in eigene Codes übergeführt.

Unter D68.30 findet sich jetzt die Hämorrhagische Diathese durch Anti-



Kapitel I

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)**Infektiöse Darmkrankheiten (A00–A09)**

Für den Code A09 Diarrhoe und Gastroenteritis vermutlich infektiösen Ursprungs gab es bislang keine weitere Differenzierung an der 4. Stelle. 2010 ändert sich der Kodetext in Sonstige und nicht näher bezeichnete

koagulanzen bzw. die Blutung bei Dauertherapie mit Antikoagulanzen, das Exklusivum Dauertherapie mit Antikoagulanzen ohne Blutung (Z92.1) bleibt unverändert bestehen. Unverändert bleibt auch der Hinweis, dass das verabreichte Antikoagulanz über eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Kapitel XX verschlüsselt wird.

Unter D68.31 kann die Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII bzw. die Vermehrung von Anti-VIIIa verschlüsselt werden, unter D68.32 die Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Sonstige Gerinnungsfaktoren und die Vermehrung von Anti-IXa, Anti-Xa, Anti-XIa und von Antikörpern gegen Von-Willebrand-Faktor.

Unter D68.38 werden die Sonstigen hämorrhagischen Diathesen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper verschlüsselt.

Neu eingeführt wird der Kode D68.5 Primäre Thrombophilie und beinhaltet den Mangel an Antithrombin, Protein C oder Protein S sowie die Prothrombin-Gen-Mutation und die Resistenz gegen aktiviertes Protein C (Faktor-V-Leiden-Mutation).

Neu geschaffen ebenfalls der Kode D68.6 Sonstige Thrombophilien mit dem Antikardiolipin-Syndrom, Anti-phospholipid-Syndrom und dem Vorhandensein des Lupus-Antikoagulanz sowie dem Exklusivum der Disseminierten intravasalen Gerinnung (D65) bzw. der Hyperhomocysteinämie (E72.1). Damit können die Koagulopathien jetzt differenzierter verschlüsselt werden.

Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D70–D77)

Unter D70.1- Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie ist die Zeitschwelle für die Verschlüsselung gesenkt und die Dauer des Krankheitsbildes differenzierter abgebildet. Unter D70.10 können jetzt die Kritischen Phasen unter 4 Tagen verschlüsselt werden, neu eingeführt D70.13 Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage bzw. D70.14 Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage. Waren diese bislang nur dann heranzuziehen, wenn die Anzahl der neutrophilen Granulozyten weniger als 500 pro Mikroliter Blut betrug, so können jetzt die Codes auch dann angegeben werden, wenn alternativ die Anzahl der Leukozyten weniger als 1000 pro Mikroliter Blut beträgt.

Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D80–D90)

Unter D89.- Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert ist der Kode D89.3 Immunrekonstitutionssyndrom neu eingeführt. Zusätzlich findet sich der Hinweis, die Substanz über eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Kapitel XX zu kodieren.



Kapitel IV

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)

Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen (E20–E35)

Unter E21.2 Sonstiger Hyperparathyreoidismus wird der Tertiäre Hyperparathyreoidismus neu aufgenommen.

Stoffwechselstörungen (E70–E90)

Unter E72.0 Störungen des Aminosäuretransports wird die Cystinspeicherkrankheit hinzugefügt. Unter N29.8* Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten wird auf die unter dem Kode E72.0+ zu verschlüsselnde Cystinspeicherkrankheit verwiesen.

Unter E83.3- wurde der Text des Kodes Störungen des Phosphatwechsels erweitert, sodass darunter jetzt die Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase fallen.

Unter E84.1 Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen wurde neu das Distale intestinale Obstruktionssyndrom aufgenommen.



Kapitel V

Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

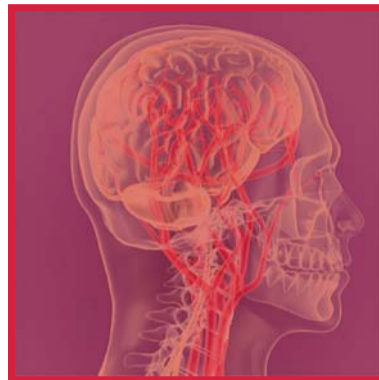
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)

Unter dem Kode F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten wird die Demenz bei Urämie (N18.-+) neu hinzugefügt. Ebenfalls neu hinzugefügt wurde unter F05.8 Sonstige Formen des Delirs das Postoperative Delir.

Unter F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma findet sich neu das Exklusivum Akute Gehirnerschütterung (S06.0).

In der Einführung zu dem Abschnitt Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) wird unter .6 Amnestisches Syn-

drom der Hinweistext aufgenommen, dass, falls ein assoziiertes Wernicke-Syndrom angegeben werden soll, zusätzliche Schlüsselnummern (E51.2+ bzw. G32.8*) zu benutzen sind.



Kapitel VI

Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)

Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G20–G26)

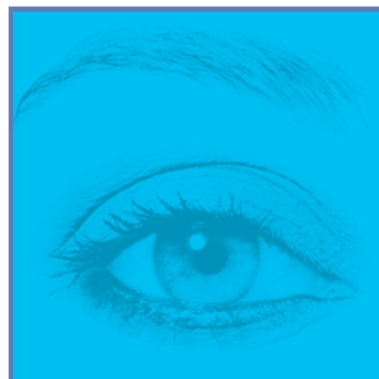
Unter G21.- Sekundäres Parkinson-Syndrom wird neu der Kode G21.4 Vasculäres Parkinson-Syndrom aufgenommen.

Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (G30–G32)

Unter G31.0 Umschriebene Hirnatrophie ist die Frontotemporale Demenz (FTD) neu eingefügt.

Sonstige Krankheiten des Nervensystems (G90–G99)

Unter G99.8* Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ist die Urämische Paralyse (N18.-+) neu hinzugefügt.



Kapitel VII

Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)

Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut (H30–H36)

Unter H32.8* Sonstige chorioretinale Affektionen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten wird neu die Albuminurische Retinitis (N18.-+) bzw. die Renale Retinitis (N18.-+) eingefügt.

Sehstörungen und Blindheit (H53–54)

Unter dem Kode H54.- Blindheit und Sehbeeinträchtigung erfolgten

umfangreiche Änderungen und Adaptationen, die auf der Aktualisierung der Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung beruhen.

Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde (H55–H59)

Unter H59.8 Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen wird neu die Infektion eines postoperativen Sickerkissens, Nichtinfektiöse Entzündung eines postoperativen Sickerkissens bzw. Sickerkissen-assoziierte Endophthalmitis aufgenommen.



Kapitel X

Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)

Grippe und Pneumonie (J09–J18)

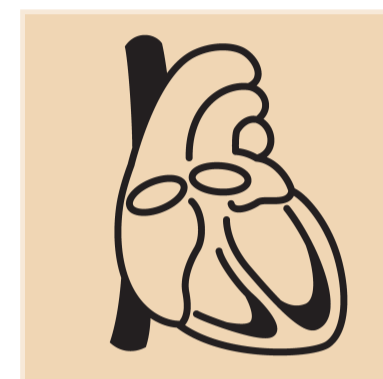
Entsprechend der Entscheidung der WHO im Zusammenhang mit der „Neuen Grippe“ („Schweinegrippe“) wird der Kode J09 neu konzipiert. Die Textbezeichnung zu dem ICD-Kode J09 lautet nicht mehr Grippe durch nachgewiesene Vogelgrippeviren, sondern Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren. Die neuen Hinweise sind umfangreich: Es handelt sich um eine Grippe durch Influenzaviren von besonderer epidemiologischer Relevanz mit einer Übertragung von Tier zu Mensch oder Mensch zu Mensch wie im Inkklusivum aufgeführt (Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 (Schweinegrippe) bzw. Influenza A/H5N1 Epidemie (Vogelgrippe)). Weitere nachgewiesene Influenzavirenstämme dürfen nur auf Empfehlung der WHO eingeschlossen werden.

Das alte Inkklusivum „Grippe durch Influenzaviren, die normalerweise nur Vögel infizieren und, weniger häufig, sonstige Tiere“ wurde gestrichen. Als Exklusiva werden die Infektion ohne nähere Angaben (A49.2) bzw. Meningitis (G00.0) bzw. Pneumonie (J14) durch Haemophilus influenzae angeführt.

Falls eine Pneumonie oder eine andere Manifestation angegeben werden soll, so ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen. Für besondere epidemiologische Zwecke ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus (U69.2-!) für das Vorliegen eines bestimmten Virusstammes anzugeben.

Analog wurde im Kapitel XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) unter U69.-! Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke ein neuer Kode eingeführt. Hier findet sich jetzt der ICD-Kode U69.2-! Sekundäre Schlüsselnummern für besondere epidemiologische Zwecke zur differenzierten Verschlüsselung an der 5. Stelle für Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 (Schweinegrippe) bzw. Influenza A/H5N1 Epidemie (Vogelgrippe). Zusätzlich erfolgt der Hinweis, dass die Schlüsselnummern dieser Kategorien zur Spezifizierung besonderer epidemiologischer Ereignisse dienen. Bei Bedarf wird das DIMDI eine Einschränkung des Anwendungszeitraumes der Schlüsselnummern bekannt geben.

Unter J12.- wird mit J12.3 ein neuer Kode zur Verschlüsselung der Pneu-



Kapitel IX

Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)

Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25)

Unter I22.- Rezidivierender Myokardinfarkt wird der Hinweis aufgenommen, dass diese Kategorie zur Morbiditätskodierung für Myokardinfarkte jeglicher Lokalisation mit Eintritt innerhalb von vier Wochen (28 Tagen) oder weniger nach Eintritt des vorangegangenen Infarktes zu benutzen ist.

Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30–I52)

Unter I45.8 Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen findet sich neu das Long-QT-Syndrom sowie das Exklusivum Verlängertes QT-Intervall (R94.3).

Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert (I80–I89)

Unter I87.0 Postthrombotisches Syndrom wird das Postphlebitisches Syndrom aufgenommen.

Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (I95–I99)

Um eine Blutung bzw. eine fehlende Blutung bei Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten differenzieren verschlüsseln zu können, wird ein neuer Kode eingeführt mit I98.3* Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung und der bereits vorhandene Kode I98.2* modifiziert: Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung.

monie durch humanes Metapneumovirus eingeführt. Analog findet sich unter J21.- Akute Bronchiolitis neu der Kode J21.1 Akute Bronchiolitis durch humanes Metapneumovirus.

Unter J18.- Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet wird in die Exklusiva die Gewöhnliche interstitielle Pneumonie J84.1 neu aufgenommen. Dem entsprechend ist unter J84.1 jetzt auch die Gewöhnliche interstitielle Pneumonie zu finden.

Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95–J99)

Unter J98.5- Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert sind neu die Schlüssel J98.50 Mediastinitis und J98.58 Sonstige Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert.



Kapitel XI

Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)

Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer (K00–K14)

K12.- Stomatitis und verwandte Krankheiten beinhaltet neu den Kode K12.3 Orale Mukositis mit der (oralen) (oropharyngealen Mukositis) medikamenten- oder strahleninduziert oder viral oder o.n.A. Die äußeren Ursachen können über eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Kapitel XX kodiert werden. Als Exklusiva werden die (ulzerative) Mukositis der Nase und der Nasennebenhöhlen (J34.8) bzw. die des Gastrointestinaltraktes (außer Mundhöhle und Oropharynx) (K92.8) angegeben.

Krankheiten der Appendix (K35–K38)

Unter K35.- Akute Appendizitis kann jetzt die Akute Appendizitis differenzierter verschlüsselt werden. Neu aufgenommen ist der Kode K35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis bzw. die (Akute) Appendizitis mit generalisierter (diffuser) Peritonitis nach Perforation oder Ruptur, sowie der Kode K35.3- Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis, wobei hier an der 5. Stelle die vorhandene oder fehlende Perforation oder Ruptur verschlüsselt werden kann bzw. die Akute Appendizitis mit Peritonealabszess. Unter K35.8 kann die Akute Appendizitis nicht näher bezeichnet bzw. die Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis verschlüsselt werden.

Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50–K52)

Neu kann auch unter K50.8- Sonstige Crohn-Krankheit die Lokalisation an der 5. Stelle verschlüsselt werden.

Unter K51.- Colitis ulcerosa erfolgt jetzt eine weitere Differenzierung der Abbildung des Krankheitsbildes.

Unter K52.- Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis wird neu der Kode K52.3- Colitis indeterminata eingefügt, wobei auch hier an der 5. Stelle die Lokalisation verschlüsselt werden kann. Hier wird neu auf die Exklusiva Colitis ulcerosa K51.- bzw. Crohn-Krankheit K50.- verwiesen.

Unter K52.8 Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis werden die Kollagene Kolitis, die Lymphozytäre Kolitis und die Mikroskopische (kollagene oder lymphozytäre) Kolitis eingefügt.

Sonstige Krankheiten des Darmes (K55–K63)

Unter K55.8- Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes können jetzt neu an der 5. Stelle die Angiodysplasien des Dünndarms mit oder ohne Blutung verschlüsselt werden, wobei auf die Exklusiva Angiodysplasie des Duodenums ohne Angabe einer Blutung (K31.81) bzw. Angiodysplasie des Duodenums mit Blutung (K33.82) hingewiesen wird. K55.88 gibt die Sonstigen Gefäßkrankheiten des Darmes wieder.

Krankheiten der Leber (K70–K77)

Unter K75.8 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten wird neu die Nicht-alkoholische Steatohepatitis aufgeführt.

Unter K76.0 Fettleber (fettige Degeneration), anderenorts nicht klassifiziert wird neu eingefügt die Nicht-alkoholische Fettleber mit dem Exklusivum der Nicht-alkoholischen Steatohepatitis (K75.8). Neu eingefügt unter K76.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber die Einfache Leberzyste.



Kapitel XII

Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)

Urtikaria und Erythem (L50–L54)

Unter L50.- Urtikaria wurde bei den Exklusiva der Kode zum hereditären Angioödem ausgetauscht. Hieß es vorher E88.0 Störungen des Plasma-proteinstoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert, so wird nun neu der Kode D84.1 Defekte im Komple-

mentsystem bzw. C1-Esteraseinhibitor-Mangel dafür angegeben.

Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L80–L99)

Der Abschnitt L89.- Dekubitalgeschwür ist völlig neu strukturiert. In die Textbezeichnung zu L89.- ist jetzt neu die Druckzone mit einbezogen und unter den Inklusiva das Druckgeschwür gestrichen. Neu eingefügt ist der Kode L89.0-, unter dem sich jetzt der Dekubitus 1. Grades bzw. die Nicht wegdrückbare Rötung bei intakter Haut befindet. Unter L89.1- findet sich jetzt der Dekubitus 2. Grades, wobei hier der Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung oder Blase oder Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis und der Hautverlust o.n.A. mit einbezogen ist. Die umschriebene Rötung bei intakter Haut wurde hier gestrichen. Unter L89.2- findet sich jetzt neu der Dekubitus 3. Grades bzw. der Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunter liegende Faszie reichen kann. Der Hautdefekt wurde gestrichen. Unter L89.3- findet sich jetzt neu der Dekubitus 4. Grades bzw. der Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln). Die Bezeichnung „Tiefer Hautdefekt, Muskeln und Sehnen sind sichtbar und eventuell betroffen“ wurde gestrichen. Gestrichen wurde auch der Kode L89.4, der den Dekubitus 4. Grades bzw. den Tiefe Hautdefekt mit Knochenbeteiligung erfasst hat. Unter dem Kode L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet ist neu der Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades eingefügt.



Kapitel XIII

Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M00–M99)

Arthropathien (M00–M25)

Entzündliche Polyarthropathien (M05–M14)

Unter dem Kode M10.- Gicht ist neu bei M10.3- Gicht durch Nierenfunktionsstörung der Hinweis eingefügt, dass eine zusätzliche Schlüsselnummer aus N17–N19 zu benutzen ist, falls die Art der Nierenfunktionsstörung angegeben werden soll.

Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30–M36)

In der Einleitung zu diesem Abschnitt wird unter den Exklusiva das Antiphospholipid-Syndrom (D68.6) neu eingefügt.

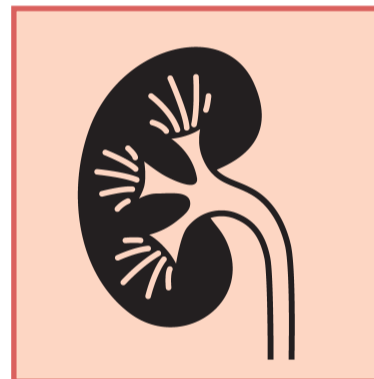
Unter M31.7 Mikroskopische Polyangiitis findet sich neu die Mikroskopische Polyarteriitis sowie das Exklusivum Polyarteriitis nodosa (M30.0).

Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65–M68)

Unter M65.8- Sonstige Synovitis und Tenosynovitis wird die Reizhüfte eingefügt, die unter M24.8- Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert gestrichen wurde.

Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70–M79)

Unter M70.- Krankheiten des Weichteilgewebes in Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck wird auf das Exklusivum Dekubitalgeschwür und Druckzone (L89.-) hingewiesen.



Kapitel XIV

Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)

Glomeruläre Krankheiten (N00–N08)

In der Einleitung zu diesem Abschnitt wird neu der Hinweistext aufgenommen, dass eine zusätzliche Schlüsselnummer (N18.-) zu benutzen ist, falls eine chronische Nierenkrankheit angegeben werden soll. Aufgrund der Modifikationen wird auch der nachfolgende Satz angepasst: Soll die äußere Ursache (Kapitel XX) oder eine vorliegende akute (N17.-) oder nicht näher bezeichnete (N19) Nierenkrankheit angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen.

Unter N18.- Chronische Niereninsuffizienz erfolgen erhebliche Umstellungen. Die Textbezeichnung für N18.- lautet nun Chronische Nierenkrankheit, wobei bei den Inklusiva die Renale Retinitis+ (H32.8*) aufgenommen wird sowie die Urämische Demenz+ (F02.8*), die Urämische Neuropathie+ (G63.8*) sowie die Urämische Perikarditis+ (I32.8*). Der Kode N18.0 Terminale Niereninsuffizienz ist gestrichen. Neu eingeführt ist der Kode N18.1 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1 bzw. Glomeruläre Filtrationsrate 90 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche oder höher, ebenfalls neu

der Kode N18.2 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 bzw. Glomeruläre Filtrationsrate 60 bis unter 90 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche. Neu ebenfalls der Kode N18.3 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 bzw. Glomeruläre Filtrationsrate 30 bis unter 60 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche und der Kode N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 bzw. Glomeruläre Filtrationsrate 15 bis unter 30 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche bzw. Präterminale Niereninsuffizienz und der Kode N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 bzw. Chronische Urämie, Dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz, Glomeruläre Filtrationsrate unter 15 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche bzw. Terminale Niereninsuffizienz. Der Kode N18.8- Sonstige chronische Niereninsuffizienz ändert sich in Sonstige chronische Nierenkrankheit mit N18.89 Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet. Die Codes N18.81, N18.82, N18.83, N18.84, die bisher die glomeruläre Filtrationsrate widerspiegeln, sind gestrichen.

Bei den Tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (N10- N16) wird ebenfalls der Hinweis eingefügt, dass eine zusätzliche Schlüsselnummer aus N18.- zu benutzen ist, falls eine Chronische Nierenkrankheit angegeben werden soll.

Bei N11.1 Chronische obstruktive Pyelonephritis wie auch N12 Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet wird jeweils aus dem Exklusivum die Pyelonephritis bei Harnstein (N20.9) gestrichen. Konsequenterweise wird natürlich auch unter N20.9 Harnstein, nicht näher bezeichnet ebenfalls die bisher darunter subsumierte Pyelonephritis bei Harnstein entfernt.

Sonstige Krankheiten des Harnsystems (N30–N39)

Unter N39.- Sonstige Krankheiten des Harnsystems werden die Codes N39.3 bzw. N39.4- ergänzt. Unter N39.3 wird die Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) eingefügt und darauf hingewiesen, dass eine zusätzliche Schlüsselnummer (N39.47!) zu benutzen ist, falls nach einer durchgeführten Harninkontinenzoperation das erneute Auftreten der ursprünglich diagnostizierten Inkontinenz (Rezidivinkontinenz) angegeben werden soll. Derselbe Hinweis findet sich nun auch unter N39.4- Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz. Der Schlüssel N39.47! Rezidivinkontinenz wird neu eingeführt.



Kapitel XV

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)

Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (O10–O16)

Unter O14.- Gestationshypertonie (schwangerschaftsinduziert) mit bedeutsamer Proteinurie kann jetzt neu mit dem Code O14.2 das HELLP-Syndrom bzw. die Kombination von Hämolyse, erhöhten Leberenzymen und verminderter Thrombozytenzahl verschlüsselt werden.

Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind (O20–O29)

Mit dem Code O26.6 Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes kann jetzt neu die (intrahepatische) Cholestase in der Schwangerschaft bzw. die Schwangerschaftscholestase kodiert werden.

Betreuung der Mutter in Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen (O30–O48)

Unter O43.- Pathologische Zustände der Plazenta wird ein neuer vierstelliger Code eingefügt, der bis zur 5. Stelle weiter differenziert werden kann. Es handelt sich hier um den ICD O43.2- Krankhaft anhaftende Plazenta mit dem Hinweis, dass falls einer der folgenden Krankheitszustände Blutung in der Nachgeburtsperiode (O72.0) bzw. Retention der Plazenta ohne Blutung (O73.0) angegeben werden soll, eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen ist. An der 5. Stelle des Codes kann die Placenta accreta bzw. adhaerens oder aber die Placenta increta oder percreta kodiert werden. Analog dazu erfolgen die entsprechenden Hinweise unter den Codes O72.0 Blutung in der Nachgeburtsperiode bzw. O73.0 bei Retention der Plazenta ohne Blutung.

Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (O60–O75)

Der Text bei O60.- wird in Vorzeitige Wehen und Entbindung geändert. Unter O60.0 können die Vorzeitigen Wehen, induziert oder spontan, ohne Entbindung verschlüsselt werden, unter O60.1 die Vorzeitigen spontanen Wehen mit vorzeitiger Entbindung, wobei dazu die Vorzeitigen spontanen Wehen mit vorzeitiger Entbindung durch Kaiserschnitt gehören, sowie

unter O60.2 die Vorzeitigen Wehen mit termingerechter Entbindung, die auch die Vorzeitigen spontanen Wehen mit termingerechter Entbindung durch Kaiserschnitt beinhaltet. Zur weiteren Differenzierung besteht nun die Möglichkeit der Verschlüsselung unter O60.3 Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen mit der Vorzeitigen Entbindung, induziert bzw. durch einen Kaiserschnitt, ohne spontane Wehen.

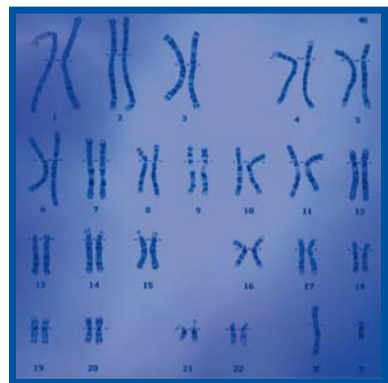
Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten (O85–O92)

Unter O88.1 Fruchtwasserembolie wird jetzt das Anaphylaktoide Syndrom der Schwangerschaft subsumiert.

Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind (O94–O99)

Unter O96.- Tod infolge jeder gestationsbedingten Ursache nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung kann jetzt durch neue Codes der Tod infolge direkter bzw. indirekter gestationsbedingter Ursachen bzw. der Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen über O96.0, O96.1 bzw. O96.2 verschlüsselt werden.

Der Code O97.- Tod an den Folgen gestationsbedingter Ursachen ein Jahr oder mehr nach der Entbindung kann analog an der 4. Stelle differenziert verschlüsselt werden, wobei hier ebenfalls wie bei O96.- eine zusätzliche Schlüsselnummer benutzt werden soll, sofern die gestationsbedingte Ursache für den Tod angegeben werden soll.



Kapitel XVII

Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)

Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems (Q20–Q28)

Unter Q25.6 Stenose der Arteria pulmonalis (angeboren) kann jetzt auch die Supravalvuläre Pulmonalarterienstenose verschlüsselt werden.

Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems (Q60–Q64)

Unter Q61.4 Nierendysplasie wird zusätzlich die Multizystische Nierendysplasie bzw. die Multizystischen (entwicklungsbedingten) Nieren, die Multizystische Nierenkrankheit und die Multizystische Renale Dysplasie

aufgeführt und neu das Exklusivum Polyzystische Nierenkrankheit (Q61.1-Q61.3) hinzugefügt.



Kapitel XVIII

Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)

Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen (R25–R29)

Unter R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität wird der neue Code R26.3 eingeführt. Damit sind die Immobilität zu verschlüsseln bzw. das Angewiesensein auf (Kranken-) Stuhl und die Bettlägerigkeit.

Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen (R40–R46)

Unter R46.8 Sonstige Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen wird neu auch die Vernachlässigung seiner selbst o.n.A. verschlüsselt und das Exklusivum eingefügt: Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Wasser infolge Vernachlässigung seiner selbst (R63.6).

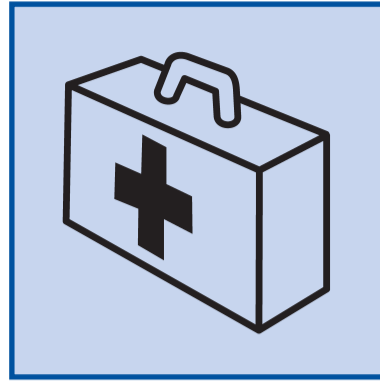
Allgemeinsymptome (R50–R69)

Unter R63.- Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen wird ein neuer Code mit R63.6 Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Wasser infolge Vernachlässigung seiner selbst eingeführt mit den Exklusiva Verhungern infolge Anorexie (R63.0), Verhungern infolge Mangels an Nahrungsmitteln (T73.0), Verdursten infolge Wassermangels (T73.1) und Vernachlässigung seiner selbst o.n.A. (R46.8).

Unter R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) infektiöser Genese mit Organkomplikationen wird zusätzlich die Schwere Sepsis eingefügt.

Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen (R95–R99)

Unter R96.0 Plötzlich eingetretener Tod wird neu eingefügt der Plötzliche ungeklärte Tod beim Erwachsenen mit dem Exklusivum Plötzlicher Tod bekannter Ursache (A00.0- Q99.9, U04.9, V99- Y84.9).



Kapitel XIX

Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)

Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (S40–S49)

Der ursprüngliche Text von S46.0 Verletzung einer Sehne der Rotatorenmanschette wird geändert in Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette.

Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen (T51–T65)

Bislang wurde Thallium unter T60.4 Rodentizide aufgeführt, ab 2010 allerdings neu in den Schlüssel T56.8 Sonstige Metalle übergeführt.

Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert (T80–T88)

Unter T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert wird neu der Hinweistext angeführt, dass, falls eine andere Manifestation der Infektion als die Sepsis oder der Abszess angegeben werden soll, eine zusätzliche Schlüsselnummer zu benutzen ist.



Kapitel XX

Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)

Unfälle (V01–X59)

In diesem Abschnitt werden für die bereits vorhandenen vierstelligen Codes die übergeordneten dreistelligen Codes eingeführt: W49.-! Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte, W64.-! Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte, W87.-! Exposition gegenüber elektrischem Strom, W91.-! Exposition gegenüber Strahlung, W92.-! Exposition gegenüber übermä-

ßiger, künstlich erzeugter Hitze, W93.-! Exposition gegenüber übermäßiger, künstlich erzeugter Kälte, W94.-! Exposition gegenüber hohem oder niedrigem Luftdruck oder Luftdruckwechsel, X19.-! Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heiße Substanzen, X29.-! Kontakt mit giftigen Tieren und Pflanzen, X49.-! Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädlichen Substanzen und X59.-! Akzidentelle Exposition gegenüber sonstigen und nicht näher bezeichneten Faktoren. Unter dem bereits bestehenden Code X59.9! ist neu eingefügt die Verschlüsselungsmöglichkeit für Opfer von Tsunami oder Verschüttung oder Verletzung durch zusammenfallende Gebäude oder Strukturen infolge Erdbeben.

Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60–X84)

Auch hier existiert bereits ein vierstelliger Code mit X84.9!, dessen Text geändert wurde: Statt vorsätzlicher Selbstbeschädigung heißt es nun Absichtliche Selbstbeschädigung bzw. Absichtlich selbstzugefügte Vergiftung oder Verletzung und wird unter dem neuen Code X84.-! Absichtliche Selbstbeschädigung eingefügt. Weitere neue übergeordnete Codes werden eingefügt mit Y09.-! Tätlicher Angriff, Y34.-! Nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt, Y35.-! Verletzungen bei gesetzlichen Maßnahmen, Y36.-! Verletzungen durch Kriegshandlungen, Y57.-! Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln und Drogen, Y59.-! Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Impfstoffen oder biologisch aktiven Substanzen, Y82.-! Medizintechnische Geräte und Produkte im Zusammenhang mit Zwischenfällen bei diagnostischer und therapeutischer Anwendung sowie Y84.-! Chirurgische und sonstige medizinische Maßnahmen als Ursache einer abnormen Reaktion eines Patienten oder einer späteren Komplikation, ohne Angabe eines Zwischenfalls zum Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme.

Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z70–Z76)

Unter Z74.0 wurde der Text geändert von Eingeschränkter Mobilität zu Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität und die Verschlüsselungsmöglichkeiten Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl bzw. Bettlägerigkeit gestrichen, die unter dem neu formulierten Code R26.3 Immobilität subsumiert wurden.

Dr. med. Christine Kopf-Schiller

Korrespondenz
Dr. med. Christine Kopf-Schiller
Fachbereich Krankenhaus
Team für Sonderaufgaben Versorgungsstrukturen
MDK Bayern
Putzbrunnerstr. 73
81739 München

Diabetes mellitus

Blutdruckmanagement bei Diabetikern mit Kombinationstherapie

Der Diabetiker ist ein Risikopatient. Damit bedarf er, wenn er zusätzlich eine Hypertonie aufweist, einer strengen Blutdruckkontrolle. Nationale und internationale Leitlinien fordern einen Blutdruck-Zielwert von < 130/80 mmHg, denn das kardiovaskuläre Risiko dieser Patienten ist

hoch. Um diese neuen, niedrigen Zielwerte in der Praxis auch zu erreichen, empfiehlt die Deutsche Hochdruckliga, gleich mit einer Fixkombination einzusteigen, was die Auswahl einschränkt: Für die primäre antihypertensive Kombinationstherapie sind nur Perindopril/Indapa-

mid' und Bisoprolol/HCT zugelassen, letzteres allerdings nicht in Deutschland. Keine der derzeit verfügbaren Kombinationen mit Calcium-Antagonisten, Sartanen, ACE-Hemmern oder direkten Reninblockern ist zur initialen Hypertonie-Therapie zugelassen.

- **Morbidität und Mortalität gesenkt**

Für die Kombination Perindopril/Indapamid wurde der Nutzen einer weiteren Absenkung des Blutdrucks unter die in der UKPDS-Studie erzielten Werte in der ADVANCE-Studie belegt. In dieser bisher größten prospektiven Morbiditäts- und Mortalitätsstudie bei Typ-2-Diabetikern erhielten 11.140 im Durchschnitt 66 Jahre alte Patienten über 4,3 Jahre zusätzlich zu einer leitliniengerechten antihypertensiven Kombinationstherapie entweder Placebo oder die Fixkombination. Dadurch konnte der systolische Blutdruck mit nur einer zusätzlichen Tablette am Tag um weitere 6-7 mmHg gesenkt werden – und das, obwohl in der Placebogruppe häufiger nachreguliert wurde. Dies wirkte sich positiv auf die Ereignisrate aus: Sie sank um 9%. Die Gesamtmortalität ging um 14% zurück, wobei die kardiovaskuläre Mortalität um 18% und die nichtkardiovaskuläre Mortalität um 8% abnahm. Auch die Hämodynamik verbesserte sich.

1 BiPreterax[®]N/Preterax[®]N von Servier

Der ACE-Hemmer in Kombination mit Indapamid schützt auch die Nieren: Eine bereits bestehende Albuminurie bildete sich in 16% der Fälle zurück.

- **Positive Zusatzeffekte nutzen, negative vermeiden**

Experten raten dazu, bei der Wahl der Kombinationspartner positive Zusatzeffekte zu nutzen und die Daten zur Vermeidung von Endorganschäden zu berücksichtigen. Als Zusatzeffekt der Fixkombination Perindopril/Indapamid ist neben der zuverlässigen Blutdrucksenkung über 24 Stunden die selbst in höheren Dosierungen erhaltene Stoffwechselneutralität zu nennen – und zwar in Bezug auf den Blutzucker, die Triglyzeride und das Gesamtcholesterin. Damit unterscheidet sich Indapamid als Thiazid-Analogon von dem häufig eingesetzten Kombinationspartner Hydrochlorothiazid (HCT), für den zudem bei einem Großteil der Diabetiker aufgrund der Glukoseintoleranz und des metabolischen Syndroms eine relative Kontraindikation besteht. Im Gegensatz zu klassischen Diuretika wirkt das Thiazid-Analogon Indapamid zu 95% direkt vasodilatierend auf das Endothel und nur zu 5% saluretisch. Für die Fixkombination Perindopril/Indapamid spricht zudem, dass sie bei Bedarf titrierbar ist.

- **Endorganschäden vermeiden**

Mit Blick auf die Vermeidung von Endorganschäden gewinnt der zentrale Blutdruck zunehmend an Bedeutung, auch wenn diese Messung bisher kaum verbreitet ist. Denn Antihypertensiva, die den zentralen Blutdruck zu senken vermögen, zeigen eine höhere Effektivität in der Vermeidung von Endorganschäden wie der linksventrikulären Hypertrophie. Für Hemmer des Renin-Angiotensin-Systems sowie Indapamid, nicht aber für Betablocker oder Thiaziddiuretika ist belegt, dass sie den zentralen Blutdruck senken. In der REASON-Studie, die eine einjährige First-Line-Therapie mit Perindopril/Indapamid oder Atenolol an 235 hypertensiven Patienten verglich, sanken systolischer Blutdruck, Mitteldruck und Blutdruckamplitude stärker als unter Atenolol. Darüber hinaus ging der zentrale Blutdruck unter Perindopril/Indapamid um 3,1% zurück, während er unter Atenolol um 1,8% anstieg. Die Fixkombination Perindopril/Indapamid wird gut vertragen und von den Patienten mit hoher Zuverlässigkeit eingenommen.

Dr. Michael Lohmann

Mit freundlicher Unterstützung der Servier Deutschland GmbH, München. Der Beitraginhalt basiert auf einer Pressemitteilung der Firma. Der Autor ist freier Medizinjournalist.



Bild: creative collection

Medizin

Pneumologie

Asthma bronchiale: Therapie mit Beta-Agonisten obsolet?

Erstmalig gelang der Nachweis, dass die Monotherapie mit einem Beta-Agonisten Asthma bronchiale kausal verschlechtern kann: Ein die Irritabilität indizierendes Protein wird aktiviert. Der Nachweis gelang jetzt der Forschergruppe um M. Lommatzsch an der Universität Rostock im Rahmen einer experimentellen Studie. *Thorax 2009; 64:763–769*

Beta-Agonisten stehen schon länger im Verdacht, als Monotherapeutikum bei Asthma bronchiale die Prognose zu verschlechtern. Unklar war noch, ob dies auf kardiovaskuläre Nebenwirkungen oder auf eine Aggravierung der Grunderkrankung zurückzuführen ist. Mit dem „Brain-derived neurotrophic factor“ (BDNF) steht ein Indikatorprotein zur Verfügung, das quantitative Aussagen über die Irritabilität der Bronchien zulässt.

Die Forscher prüften über eine Woche die Auswirkung einer Monotherapie mit einem lang wirksamen inhalativen Beta-Agonisten (Salmeterol) auf die Aktivität des BDNF in Serum. Im Anschluss wurde die Wirkung mit einer Kombinationstherapie (Salmeterol und inhalatives Kor-

tikoid) geprüft. Als Korrelat der klinischen Symptomatik diente der Lungenfunktionstest. Die Irritabilität der Bronchien spiegelte sich in der Aktivität des BDNF wieder. Die Studie wurde bei 18 Probanden mit mäßiger Asthmasymptomatik ohne Placebokontrolle durchgeführt. Am Ende der Salmeterol-Monotherapie zeigte sich eine signifikant höhere Konzentration des BDNF im Serum. Der Wert normalisierte sich in der Kombinationsphase wieder. Auf die erhobenen Parameter der Lungenfunktion hatten die Therapie-schemata keinen nachweisbaren Effekt. Die Autoren interpretieren den Anstieg von BDNF als deutlichen Hinweis darauf, dass es durch den Beta-Agonisten zu einer gesteigerten Irritabilität der Bronchien kam, die

nur aufgrund der kleinen Fallzahl nicht klinisch erfasst wurde.

- **Fazit**

Die noch aktuelle Therapieempfehlung zur Monotherapie mit Beta-Agonisten bei leichtem Asthma bronchiale sollte überdacht werden. Diese Medikamentengruppe führt nach Ansicht der Autoren wahrscheinlich zu einer erhöhten bronchialen Irritabilität. Beta-Agonisten sollten deshalb immer mit Kortikoiden kombiniert werden.

- **Kommentar zur Studie**

C. Page stellt in seinem Editorial diese Befunde in einen Zusammenhang mit eigenen Untersuchungen. Diese zeigten, dass Beta-Agonisten immunologische Parameter stören.



Inhalative Beta-Agonisten sollten im Einsatz gegen Asthma bronchiale mit Kortikoiden kombiniert werden. (Bild: Photo Disc)

So führt eine Beta-Agonisten-Monotherapie im Rahmen einer Virusinfektion bei Asthmapatienten zu einer ungünstig erhöhten Aktivität des Interleukin-6. Er rät prinzipiell zu fixen inhalativen Kombinationspräparaten (Beta-Agonist und Kortikoid), da so Complianceprobleme vermieden werden. Auch S. L. Johnston und M. R. Edwards sehen die Rostocker Untersuchung als richtungsweisend an, weil sie einen weiteren Befund erklärt: Für Beta-Blocker, die bei Asthma lange Zeit als kontraindiziert galten, zeigte sich in

der Langzeittherapie ein klinischer Nutzen bei Asthma bronchiale. Dies lässt sich jetzt dadurch erklären, dass Beta-Blocker konträr zu den Beta-Agonisten das BDNF und damit die bronchiale Irritabilität supprimieren.

Thorax 2009; 64:738–739; 739–741

Dr. med. Horst Gross

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2261). Alle Rechte vorbehalten.

Pneumologie

Procalcitonin als Indikator für bakterielle Infektionen

Die Behandlung virusbedingter Atemwegsinfektionen mit Antibiotika fördert die Entwicklung resistenter Bakterienstämme, erhöht das Nebenwirkungsrisiko und verursacht unnötige Kosten. Schütz et al. untersuchten jetzt, ob der Procalcitonin-Spiegel im Serum als Indikator für eine Antibiotika-Behandlung herangezogen werden kann.

JAMA 2009; 302: 1059–1066

Dafür verglichen die Autoren zwei Patientengruppen: Bei der einen orientierte sich die Therapie-Indikation an der Procalcitonin(PCT)-Konzentration im Serum, bei der Kontrollgruppe wurde sie anhand der etablierten Standardleitlinien gestellt. An der randomisierten Multizenterstudie, durchgeführt an 6 Kliniken in der Schweiz, nahmen zwischen Oktober 2006 und März 2008 1359 Patienten (Alter >18 Jahre) teil. Alle hatten wegen einer Erkrankung der unteren Atemwege die Notaufnahme eines dieser Krankenhäuser aufgesucht, die meisten (68 %) wegen einer ambulant erworbenen Pneumonie, viele auch aufgrund der Verschlechterung einer COPD (17 %) oder wegen einer akuten Bronchitis (11 %).

Der primäre Endpunkt setzte sich zusammen aus möglichen negativen Auswirkungen der Antibiotika-Therapie. Dazu zählten Tod jeglicher Ursache, Aufnahme in die Intensivstation, krankheitsspezifische Komplikationen (Lungenabszess, akutes Atemnotsyndrom u.a.) oder ein Rückfall innerhalb von 30 Tagen nach Kontakt mit der Notaufnahme. Diesen kombinierten Endpunkt erreichten 103 Patienten (15,4 % aus der PCT-Gruppe und 130

(18,9 %) aus der Kontrollgruppe. Sekundäre Endpunkte der Studie waren Dauer der Antibiotika-Therapie, Nebenwirkungen dieser Behandlung sowie Dauer des Klinikaufenthalts. In diesen Punkten schnitten die der PCT-Gruppe zugeteilten Patienten signifikant besser ab. So war die durchschnittliche Behandlungsdauer um mindestens 30 % kürzer und betrug insgesamt 5,7 Tage, verglichen mit 8,7 Tagen in der Kontrollgruppe. Besonders deutlich machte sich die Einsparung von Antibiotika bei den Patienten mit akuter Bronchitis bemerkbar (Therapiedauer 1 statt 2,8 Tage). Auch die Rate Antibiotika-bedingter Nebenwirkungen war bei den Patienten aus der PCT-Gruppe geringer als in der Vergleichsgruppe (19,8 % gegenüber 28,1 %).

● Fazit

Wird die Indikation zur Antibiotika-Therapie bei unteren Atemwegserkrankungen nicht anhand etablierter Therapierichtlinien, sondern gemäß der PCT-Konzentration im Serum gestellt, resultieren nach Ansicht der Autoren eine geringere Komplikationsrate und eine kürzere Behandlungsdauer; außerdem kommt es

seltener zu Therapie-bedingten Nebenwirkungen.

● Kommentar zur Studie

Eine Behandlungsstrategie, die sich nicht an etablierten Therapie-Kriterien, sondern an der PCT-Serumkonzentration orientiert, sei ein wichtiger erster Schritt zu einer maßgeschneiderten Therapie, so D. M. Yealy und M. J. Fine. Sie verweisen aber auch auf die Schwächen der Studie, etwa den hohen Anteil von Risikopatienten mit ambulant erworbener Pneumonie, die eingeschränkte Übertragbarkeit der Daten auf andere Länder, die Komplexität der Endpunkte sowie die fehlende Kosten-Nutzen-Rechnung – Schwachpunkte, die bei zukünftigen Untersuchungen zu berücksichtigen sind.

JAMA 2009; 302: 1115–1116

Dr. med. Horst Gross

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2101 bzs. 2155). Alle Rechte vorbehalten.

– Anzeige –

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

Kardiologie

ICD bei Frauen mit Herzinsuffizienz ohne Nutzen

Patientinnen mit Herzinsuffizienz, denen zur Prophylaxe des plötzlichen Herztodes ein Cardioverter-Defibrillator (ICD) implantiert wird, scheinen davon nicht zu profitieren: Nach einer Metaanalyse von H. Ghanbari et al. lässt sich dadurch die Gesamtmortalität nicht senken.

Arch Intern Med 2009; 169: 1500–1506

Zahlreiche klinische Studien haben den Nutzen eines ICD zur Prophylaxe eines solchen Ereignisses belegt, doch wurden diese Untersuchungen zumeist an Männern durchgeführt. Frauen machen etwa die Hälfte der Herzinsuffizienzpatienten aus, doch ist bisher letztlich nicht geklärt, ob sie von einer ICD-Implantation in gleichem Maße profitieren. Um diese Frage zu beantworten, machten die Autoren in verschiedenen Datenbanken randomisierte und kontrollierte Studien ausfindig, die bei Patienten mit Herzinsuffizienz und eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion den Nutzen eines ICD zur Prophylaxe des plötzlichen Herztodes untersuchten und bei weiblichen Teilnehmern die Gesamtmortalität als Endpunkt angaben. Von 2619 potenziell relevanten Literaturstellen erwiesen sich 5 Studien mit insgesamt 934 Patientinnen, die entweder einen ICD oder eine medikamentöse bzw. Placebobehandlung erhielten, als geeignet. In keiner der Untersuchungen fand sich für Frauen gegenüber einer Medikamententherapie ein Überlebensvorteil durch den ICD, was auch für die gepoolte Analyse galt (Risikoverhältnis 1,01). Demgegenüber erbrachte eine Auswertung von 3810 Männern reduzierte Mortalitätsraten unter ICD-Therapie mit einem Risikoverhältnis von 0,78. Für

relevante Verzerrungseffekte gab es keine Hinweise.

● Fazit

Nach Ansicht der Autoren könnte es zahlreiche potenzielle Erklärungen für dieses wichtige und überraschende Ergebnis geben. Weitere Studien müssten nun den Gründen dafür nachgehen und die Gruppe von Frauen ausfindig machen, die am meisten von einer ICD-Implantation profitiert.

● Kommentar zur Studie

R. F. Redberg weist darauf hin, wie wichtig geschlechtsbezogene Daten in kardiologischen Studien sind. Doch gerade in solchen Untersuchungen seien Frauen zumeist unterrepräsentiert. Hunderttausenden von Patientinnen würden nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit somit ICDs implantiert werden, ohne dass ein wesentlicher Nutzen evident sei. Nach ihren Worten wäre ein erster Schritt, die Bewertung geschlechtsspezifischer Daten zu fordern, bevor eine Zulassung von Medikamenten oder Medizinprodukten durch die FDA (Food and Drug Administration) erfolgt. Dies würde auch helfen, die begrenzten Ressourcen mit dem besten Nutzen sowohl für Männer als auch für Frauen zu verteilen.

Arch Intern Med 2009; 169: 1460–1461
Dr. med. Johannes Weis

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 Wesjack • kommissarischer Geschäftsführer: Tilo Radau

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 • Layoutentwurf und Redaktion (Kongresse & Services) sowie Herstellung und Layout: Andrea Hartmann

• Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

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 GAltenburg@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.

LA-MED Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
LA-MED Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen e. V.

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

Anzeige 167x118

Onkologie

Überlebensrate bei akuter Myeloischer Leukämie

Anthrazykline wie Daunorubicin in Kombination mit Cytarabin sind gängige und hoch wirksame Induktionstherapeutika bei Akuter Myeloischer Leukämie (AML). Wie sich die Dosierung auf die Überlebensrate auswirkt und ob diese Therapie auch bei über 60-jährigen noch anspricht, untersuchten nun Fernandez et al. und Löwenberg et al. *N Engl J Med* 2009; 361: 1249–1259; 1235–1248

H. F. Fernandez et al. haben in einer randomisierten Phase-III-Studie der Eastern Cooperative Study Group (ECOG) untersucht, wie sich eine intensivere Daunorubicin-Gabe in der Induktionstherapie auf die Komplettremissions- und die Gesamtüberlebensrate von AML-Patienten (< 60 Jahre) auswirkt. Primärer Endpunkt war das Gesamtüberleben. Die Autoren schlossen 657 Patienten (17–60 Jahre) mit bis dahin unbehandelter AML in die Studie ein.

Diese erhielten in 3-tägigen Zyklen intravenös entweder eine Standarddosis Daunorubicin von 45 mg/m² Körperoberfläche oder die mit 90 mg/m² Körperoberfläche doppelte Dosis. Alle Patienten unterzogen sich der 7 Tage dauernden i.v.-Gabe von Cytarabin in einer Dosis von 100 mg/m² Körperoberfläche pro Tag. Patienten mit kompletter Remission erhielten dann entweder eine allogene Transplantation hämatopoetischer Stammzellen oder hoch dosiertes Cytarabin mit oder ohne Einmalgabe von Gemtuzumab-Ozogamicin und folgender autologer Stammzell-Transplantation.

Daunorubicin in der intensivierten Dosis von 90 mg/m² Körperoberfläche führte im Vergleich zu Standarddosis zu einer signifikant höheren Rate kompletter Remissionen (70,6 vs. 57,3 %). Mit 23,7 Monaten mittlerer Überlebenszeit lebten Patienten nach Gabe der höheren Dosis Daunorubicin signifikant länger als Patienten nach Standarddosis (15,7 Monate). Eine Ausnahme waren Patienten nach dem 50. Lebensjahr – sie profitierten nicht von der erhöhten Daunorubicin-Dosis.

B. Löwenberg et al. haben 813 Patienten (60–83 Jahre) mit neu diagnostizierter AML oder therapie-refraktärer Anämie in ihre Studie eingeschlossen. Alle Patienten erhielten 7 Tage lang Cytarabin i.v. in einer Dosis von 200 mg/m² Körperoberfläche pro Tag. Für die Daunorubicin-Therapie wurden sie in zwei Gruppen aufgeteilt: Auch sie erhielten in einem 3-Tages-Zyklus intravenös entweder Daunorubicin in einer Dosis von 45 mg/m² Körperoberfläche oder in der doppelten Dosis von 90 mg/m² Körperoberfläche. Dem folgte ein 6-tägiger Cytarabin-Zyklus mit einer Dosis von 1000 mg/m² Körperoberfläche/Tag. Als primären Endpunkt definierten die Autoren das ereignisfreie Überleben.

Nach dem 1. Therapiezyklus zeigte sich unter der höheren Daunorubi-

cin-Dosis eine komplette Remission in 52 %, unter der Standarddosis nur in 35 % der Fälle. Insgesamt führte Daunorubicin in der höheren Dosis mit 64 % der Fälle signifikant häufiger zu einer kompletten Remission als die Standarddosis mit 54 %. Allerdings zeigte sich weder beim ereignisfreien Überleben noch beim Überleben insgesamt ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Therapiegruppen. Eine Subanalyse ergab jedoch, dass die Patientengruppe zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr von der höheren

Daunorubicin-Dosis profitiert: Die komplette Remissionsrate lag dort bei 73 % vs. 51 % mit der Standardtherapie, das ereignisfreie Überleben bei 29 % vs. 14 % und das Gesamtüberleben bei 38 % vs. 23 %.

● **Fazit**

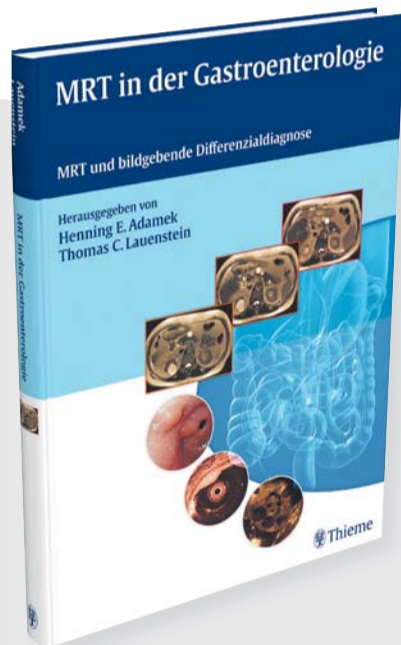
AML-Patienten bis 50 Jahre profitieren von einer Induktionstherapie mit Daunorubicin in der intensivierten Dosis von 90 mg/m² Körperoberfläche – im Vergleich zur Standardtherapie ist die Rate kompletter Remissionen höher und die Patien-

ten leben länger. Dem Großteil älterer Patienten mit AML bringt die auf 90 mg/m² Körperoberfläche erhöhte Dosis Daunorubicin hinsichtlich des Gesamtüberlebens keinen Vorteil, so die Autoren.

Dr. med. Katja Flieger

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2211). Alle Rechte vorbehalten.

Innere Medizin *aktuell*



Alle Einsatzgebiete und Möglichkeiten

MRT in der Gastroenterologie

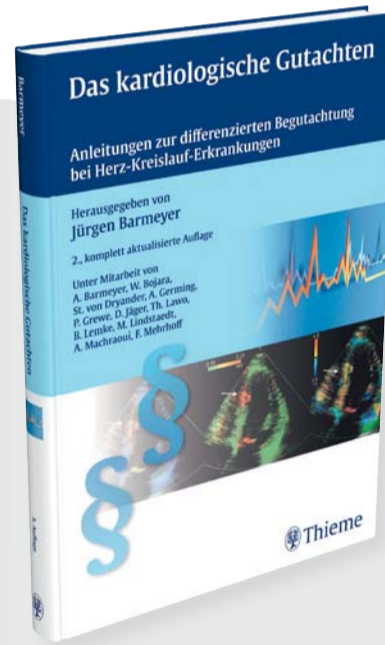
MRT und bildgebende Differenzialdiagnose
Adamek/Lauenstein
2009. 244 S., 475 Abb., geb.
978 3 13 149291 3
129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Gastroenterologische MRT

- Stellenwert der Methode im Vergleich zur übrigen Bildgebung (Sono, Endosono, CT, ERCP etc.)
- Einführung in die **technischen Grundlagen**
- **Optimale Patientenvorbereitung**

Der klinische Ansatz

- **Empfehlungen zur Abklärung** (Stufendiagnostik)
- **Sortiert nach Organsystemen und Erkrankungen**
- **Konkrete Hilfestellung:** Welche Diagnostik hat die stärkste Aussagekraft?
- **Glossar der wichtigen Begriffe** beim MRT



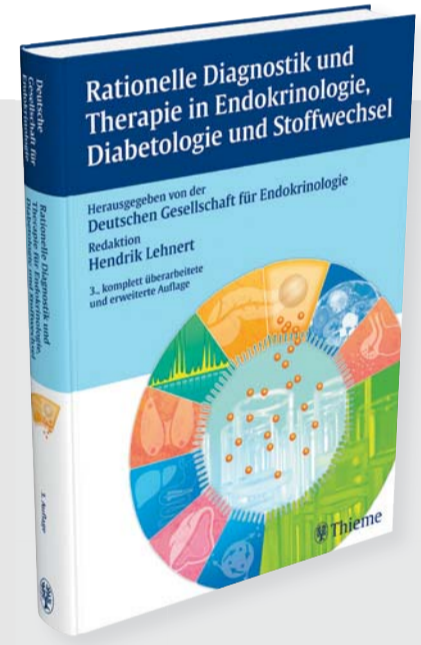
Vollständig, kompetent, direkt umsetzbar

Das kardiologische Gutachten

Anleitung zur differenzierten Begutachtung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Barmeyer (Hrsg.)
2009. 2., komplett aktualisierte Aufl.
316 S., 56 Abb., geb.
978 3 13 113942 9
129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Direkt zur fundierten Begutachtung

- Erläuterung der Gutachtenarten, spezifische Fragestellungen und Begriffe
- Gesetzliche Rahmenbedingungen, **praktische Erstellung eines Gutachtens**
- Kriterien zur Beurteilung von **Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und spezifischer Arbeitsplatzbelastung**
- Funktionsprüfung und Quantifizierung des **myokardialen Funktionszustandes**
- **Praxisbeispiele** zum besseren Verständnis
- Beurteilung in der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, nach dem Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz
- **Bemessung von MdE und GdB**



Autorisiertes Wissen – Fachübergreifende Kompetenz

Rationelle Diagnostik und Therapie in Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel

Herausgeber, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Redaktion, Hendrik Lehner
2009. 3., komplett überarb. und erw. Aufl.
580 S., 82 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 129553 8
139,95 € [D]
143,90 € [A]/232,- CHF

Die offiziellen Standards: herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

- **Ausgewiesene Experten** aus allen relevanten Fachgebieten
- **Klare Empfehlungen** bei alternativen Diagnoseverfahren
- **Bewertete Diagnostik und Therapie:** was ist obligat, was ist fakultativ
- **Praktische Testdurchführung** und Ergebnisinterpretation
- **Hinweise auf Besonderheiten im Kindesalter** und in der Schwangerschaft

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung: 0711/89 31-900

☎ Faxbestellung: 0711/89 31-901

@ Kundenservice @thieme.de

🌐 www.thieme.de



Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. In Lieferländern außerhalb [D] können die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.