

Editorial

Das Jahr 2009 liegt fast hinter uns und damit auch eine ganze Reihe von Überraschungen. Die größte sicherlich die Übernahme des Gesundheitsministeriums durch die FDP mit einem der breiten Öffentlichkeit bisher fast unbekanntem Dr. med. Philipp Rösler, einem 36-jährigen Arzt, mit dem Minenfeld der Gesundheitspolitik bisher mehr beobachtend befasst und unverbraucht. Das kann, muss aber kein Nachteil sein. Ob allerdings die FDP zügig ihre Vorstellungen von einem Umbau des Gesundheitssystems angesichts der Blockade von CDU und vor allem der CSU umsetzen können, darf für 2010 an dieser Stelle schon einmal bezweifelt werden.

Im ambulanten Bereich hat es mit der Einführung der Regelleistungsvolumina trotz einer Honorarzunahme von ca. 3 Mrd. Euro eine erneute, im Süden der Republik sogar dramatische Umverteilung gegeben. Sollten die Vertragsärzte im Wahljahr 2009 damit ruhig gestellt werden, so ist dies missglückt, zumal 2010 der Honorarzuwachs bescheiden sein wird und durch neue Umverteilungsmaßnahmen das KV-System 2010 wohl nicht gestärkt werden wird. Die umkämpften Schnittstellen Hausarzt/Facharzt sowie ambulant/stationär bedürfen dringend einer Befriedung.

Den weiteren Ausbau der Selektivverträge wird das KV-System langfristig nicht überleben können. Hier

ist der Ausblick für 2010 ungewiss und auch von einer eingesetzten Regierungskommission wird aus unserer Sicht wenig zu erwarten sein.

In den Kliniken ist der Alltag für unsere Kolleginnen und Kollegen immer schwieriger und belastender geworden, voller Bürokratie und einzwängt in rigide ökonomische Zwangsvorgaben. Nicht nur die Fort- und Weiterbildung bleiben auf der Strecke, die Motivation sinkt und die Perspektivlosigkeit der dort Tätigen nimmt zu.

Zunehmender Ärztemangel in der Klinik sowie im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, Qualitätsverluste in der Versorgung, unge-

löste Systemdefizite in der GKV – diese Liste lässt sich problemlos erweitern.

Im Nebel der Erwartungen liegt das Jahr 2010. Eine neue Welt wird es nicht geben, aber eine Vielzahl von Aufgaben, die bewältigt werden müssen.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Ihr BDI, unser Berufsverband Deutscher Internisten e.V., wird auch 2010 mehr denn je Ihre Interessen gegenüber Krankenkassen, Krankenhäusern, KV, der Politik und der Öffentlichkeit, wenn nötig auch laut und deutlich, vertreten.

Ich wünsche Ihnen und uns ein erfolgreiches 2010.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Kommentar (Fortsetzung von Seite 1)

Ist die geplante Kopfpauschale wirklich ungerecht?

Wer sagt, die Kopfpauschale sei ungerecht, muss erst einmal darlegen, ob das bisherige System gerecht ist – und das kann leicht bestritten werden. Lohn und Gehalt zeigen doch heute nur noch einen Teil der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten an, weil ein erheblicher Teil der Versicherten zusätzliche Einkünfte erzielt. Die Leistungsfähigkeit der Versicherten wird außerdem unzureichend erfasst, da oberhalb einer Beitragsbemessungsgrenze von 3675 € im jetzigen System keine Beiträge mehr zu entrichten sind. Schon heute zahlt der Chef im GKV-System den gleichen Beitrag wie seine gut verdienende Chefsekretärin! Völlig unbefriedigend ist auch die unentgeltliche Mitversicherung von Partnern. Hier kommt es zu grotesken Ungerechtigkeiten, wie ganz leicht nachzuweisen ist. Arbeiten beide Partner und verdient jeder 3675 €, dann muss jeder Partner 570 € in die GKV einzahlen. Verdient nur ein Partner, dieser aber 7350 € dann wird nur ein Beitrag von 570 € fällig. Obwohl die Lohnsumme identisch ist, zahlt das erste Paar also den doppelten Beitrag. Im jetzigen GKV-System erhalten die Bezieher niedriger Einkommen einen sozialen Ausgleich von den übrigen Versicherten. Ein solcher Sozialausgleich hat aber in einem beitragsfinanzierten System nichts zu suchen. Deshalb sollen künftig die Bezieher niedriger Einkommen einen steuerlichen Ausgleich erhalten. Dann werden vor allem die sehr gut Verdienenden deutlich stärker in die Finanzie-

rung der GKV eingebunden als heute, wo die Beitragsbemessungsgrenze auch die Grenze der Beitragshöhe bestimmt.

Wie wirkt nun die vorgeschlagene Kombination von Gesundheitspauschale und Steuerzuschuss? Die Pauschale stellt zunächst sicher, dass eine Krankenkasse eine angemessene Finanzausstattung erhält, unabhängig davon, ob sie viele Versicherte mit hohen oder mit niedrigen Löhnen hat. Der Steuerzuschuss kommt gezielt denen zugute, die wirklich ein zu geringes Gesamteinkommen haben. Übrigens werden schon heute die Beiträge für die ärmsten Bürger, die Empfänger von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II, aus Steuergeld bezahlt.

Der soziale Ausgleich wird aber auch auf der Seite der Zahler von Sozialleistungen nach dem Koalitionsvorschlag gerechter gelöst. Gegenwärtig muss die Mittelschicht in der GKV zu stark zum Ausgleich beitragen, weil die Belastung der hohen Einkommen nach oben gekappt wird. Im deutschen Steuersystem werden gerade die höchsten Einkommen am stärksten belastet. Außerdem werden Paare gemeinsam veranlagt. So kommt der Steuerzuschuss gezielt den Einkommensschwachen zu gut. Und das ist ein wesentlicher Beitrag zur Solidarität. Und gerechter ist es noch dazu.

Dr. med. Wolfgang Wesiack

Gesundheitspolitik (Fortsetzung von Seite 1)

Schwarz-gelber Paradigmenwandel in der Gesundheitspolitik

Man darf gespannt sein, was sich die neue Bundesregierung hierzu einfallen lässt. Der neue Gesundheitsminister macht klar, dass er das Gesundheitswesen anders als in der Vergangenheit reformieren will. Die Diskussionen über Lohnzusatzkosten und Beitragssenkungen hätten immer zu Kostendämpfungsgesetzen geführt. Die Ziele der Koalition definiert er als

eine Mischung aus Solidarität und zusätzlicher Eigenverantwortung.

Die Koalition und der neue Bundesgesundheitsminister scheinen einem neuen Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung – wahrscheinlich in Richtung Prämienmodell – Priorität einzuräumen.

Danach will man sich mit prinzipiellen

strukturellen Problemen des Gesundheitswesens beschäftigen. Detaillösungen kommen ganz am Schluss. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zu früheren Bundesregierungen, die auf eine Reform aus einem Guss verzichtet haben und sich in der Regel auf Korrekturen an Details beschränkten.

HFS

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. trauert um sein langjähriges Mitglied und Träger der Budelmann-Medaille

Prof. Dr. med. Klaus Miehle 1916 – 2009

Professor Miehle, vielen bekannt als der Wiesbadener „Rheumapapst“, verstarb im Alter von 93 Jahren. Professor Miehle wurde in Oberschlesien geboren, hat in Würzburg promoviert und war nach dem Krieg kurze Zeit praktischer Arzt in Nürnberg. Danach wechselte er als Assistenzarzt an das Universitätsklinikum Zürich. Nach einem Jahr an der medizinischen Klinik Philadelphia und vier Jahren als Assistent an der medizinischen Klinik in Göttingen wurde er 1962 Chef der städtischen Rheumaklinik in Wiesbaden und übernahm 1978 gleichzeitig die leitende Position an der Rheumaklinik II, die sich unter seiner Leitung zu einem der führenden Rheumazentren der Welt entwickelte. Er habilitierte an der Universität Mainz. Seine wissenschaftlichen Werke umfassten mehr als 200 Publikationen und über 1.000 Vorträge im In- und Ausland.

Seine Passion war es, die Rheumatologie voranzubringen. Sein Ziel war es auch, sie eng mit Wiesbaden zu verbinden. Professor Miehle war jedoch nicht nur Rheumatologe im engsten Sinne, sondern vielmehr ein die ganze Breite des Faches in sein Handeln einschließender Internist. So konnte es nicht ausbleiben, dass er in seinem beruflichen Lebensweg zahlreiche Ehrungen erfahren hat. Neben der Auszeichnung mit der Gustav-Budelmann-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. im Jahr 1991 war Professor Miehle zudem Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, die er viele Jahre lang mit seinem Engagement und seiner Hilfsbereitschaft sowie seiner zahlreichen Ideen insbesondere in Bezug auf die Kongressgestaltung bereicherte.

Seinen Humor, seine Liebe zur Musik und seine Festfreudigkeit, das alles hat der Arzt, der sich selbst stets viel abverlangte und andere zum Nacheifern animierte, bis ins hohe Alter gepflegt.

Der BDI wird Professor Miehle stets im ehrenden Andenken bewahren.

BDI Berufsverband Deutscher Internisten e. V.

Dipl.-Betw. Tilo Radau
stellv. Geschäftsführer

BDI fordert Neuregelung der belegärztlichen Versorgung

Zwei Resolutionen und ein Brief

Am 14. November hat sich der Vorstand des BDI mit der belegärztlichen Versorgung beschäftigt. Dabei wurden zwei Resolutionen einstimmig verabschiedet und ein Brief an die Belegärzte formuliert. BDI aktuell druckt die Resolutionen und das Schreiben ab.

● **BESCHLUSS Nr. 2009 / 82 – vom 14.11.2009**

Der BDI fordert die Bundesregierung auf, bis zu einer Neuregelung der belegärztlichen Versorgung im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsreform, eine Korrektur des § 121 zu beschließen, die den belegärztlich organisierten Krankenhäusern alternativ zur B-DRG die volle Abrechnung der A-DRG erlaubt. Die Begrenzung auf 80% im derzeitigen Gesetz muss gestrichen werden. Nur so lassen sich die Verwerfungen durch das unterschiedliche Leistungsrecht ambulant/stationär glätten.

● **BESCHLUSS Nr. 2009 / 83 – vom 14.11.2009**

Im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsreform müssen die Rahmenbedingungen an der Grenze ambulant/stationär neu geordnet werden. Dies gilt für die belegärztliche Versorgung (§ 121), das ambulante Operieren und die stationärsersetzenden Leistungen (§ 115 b) sowie die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung (§ 116 b). Die Regelungen müssen unabhängig vom Kollektivvertrag erfolgen. Prinzip muss sein: Gleiche Leistung, gleicher Preis, gleiche Qualität. Vertraglich muss dies über dreiseitige Verträge mit KBV, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen geregelt werden. Um die Differenz zwischen ambulantem und stationärem Leistungskatalog auszugleichen, erfolgt die Vergütung auf der Basis der DRGs.

Brief des BDI an die Belegärzte

Betreff: Vertretung der belegärztlichen Interessen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

so sehr die Politik betont, dass das belegärztliche System förderungswürdig ist, so wenig wird in der praktischen Politik, vor allem in der Honorarpolitik, für die Belegärzte getan.

Sowohl in einer Kassenärztlichen Vereinigung aber auch in Berufsverbänden sind die Belegärzte eine Randgruppe und werden auch entsprechend behandelt.

Es gibt in Deutschland einen Bund der Belegärzte unter der Führung von Herrn Dr. Schalkhäuser, einem Urologen. Auch hier ist leider in den letzten Jahren eine breite Vertretung unter Einbeziehung der konservativen Fächer nicht zustande gekommen. Die Arbeit dieses Verbandes konzentriert sich weitgehend auf das Kollektivvertragssystem und den EBM und dabei im speziellen auf das Kapitel 36, in dem überwiegend operative Leistungen geregelt sind. Dass bei allen Beschlüssen die außerhalb dieses Kapitels erbrachten Leistungen nur stiefmütterlich behandelt werden, wird zwar bedauert, dies aber meist nur in einem Nebensatz.

Der BDI-Vorstand ist der Auffassung, dass man sich der belegärztlichen Strukturen bei den Internisten mehr als seither annehmen muss, damit auch die konservativen Fächer bei dieser so wichtigen Versorgungsform wieder wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie in Zukunft Ihre Sorgen und Nöte auch Ihrem Berufsverband, dem BDI, mitteilen könnten. Gleichzeitig würden wir Sie bitten, uns kurz eine knappe Information über Ihre belegärztliche Tätigkeit zukommen zu lassen.

Bitte melden Sie sich als Belegarzt beim BDI, Tel.: 0611/18133-0 oder per E-Mail unter info@bdi.de.

Leserbrief

Leistung vs. Geschlechtsmerkmale

Als langjähriges BDI-Mitglied ist man an Scharmützeln, Inkompetenzen und Dreistigkeiten so einiges gewöhnt, macht aber nichts, als berufsständische Vereinigung hat sich der Laden nicht schlecht geschlagen und mit der Gelassenheit des fortschreitenden Alters sitzt man die durchschnittlichen Aufreger aus. Was mir aber jetzt die Zornesröte ins Gesicht treibt, ist der unsägliche Artikel „Die Sorgen des Nachwuchses im Blick“ aus BDI aktuell 11/09: Fast eine ganze Seite Kampf um die Frauenquote.

Was ist geschehen? „Frauen haben es schwer“, barmt Frau Dr. Jaurisch-Hancke ultimativ und erschlägt einen sogleich mit dem geringen Anteil von Frauen in Führungspositionen. Bereits hier stellt sich die Frage, was dies denn wohl mit der Weiterbildung zu tun hat, mit denen sich der Artikel beschäftigen soll.

Recht lebhaft erinnere ich mich, zahllose Überstunden geschoben zu haben, weil Spitzenpositionen auch Spitzeneinsatz erfordern – dies ist nun mal im Konkurrenzkampf üblich. Haben es karriereorientierte Männer also nicht schwer?

Laut zahlreichen Untersuchungen unter Studentinnen sehen das Lebensglück nur ca. 15 % in der Karriere,

exakt der Anteil von Professorinnen heute.

Zum Amokläufer aber machen könnte mich die Anmerkung von Frau Jaurisch-Hancke, die rein zahlenmäßig weiblich „unterbesetzten“ Führungspositionen in Bezug zu setzen zu der 2/3-Mehrheit an Studienanfängerinnen. Darin offenbart sich die leistungsfeindliche Gesinnung der Quotierung: Leistung hat hinter Geschlechtsmerkmale zurückzutreten. Bei Fortsetzung dieser Gesellschaftspolitik braucht man keine Augure um die Konsequenzen zu sehen. Es wird einen Niedergang in alptraumhafte Dimensionen geben. Ich hoffe dies noch erleben zu dürfen und werde es aus der Ferne betrachten.

Up, up and away – Singapore Airlines, Cathay Pacific, Thai Airways und die exponentiell steigende Zahl hochgebildeter Expats dort in Asien befriedigt mich zutiefst. Time changes. Sie sollten es richtig verstehen: Meine weitere Mitgliedschaft steht durchaus zur Disposition. Ich rate Ihnen auch zur Veröffentlichung dieses Schreibens: Den jungen Kollegen zur steten Mahnung und ewigem Bedenken.

Holger Sulz

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 11. April 2010, 13:30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 2c

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille und der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2009
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Satzungsänderung
6. Verschiedenes

W. Wesack

Dr. med. Wolfgang Wesack, Präsident



BDI ruft nach Korrektur des § 73b

Wesiack: „Freiwilligkeit statt Zwang“

Der Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e.V., fordert die Bundesregierung auf, den § 73 b im SGB V für die hausärztliche Versorgung umgehend zu korrigieren und wieder die alte Fassung von vor der Landtagswahl im September 2008 in Bayern herzustellen. Die jetzige Fassung löst das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung durch das Monopol eines privatrechtlichen Verbands ab, der nicht auf die notwendige Pflichtmitgliedschaft einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft wie die Kassenärztliche Vereinigung verweisen kann, was für die Umsetzung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung zwingend erforderlich ist.

„Dieser Vorgang hat mit Wettbewerb im Gesundheitswesen nichts gemein“, kritisiert BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, „und ist nur eine Werbeveranstaltung für einen Verband, der auf Dauer dieser Aufgabe nicht gewachsen sein wird.“ Die konsequente Umsetzung der derzeitigen Fassung führt zur Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die man zum Erhalt einer flächendeckenden Basisversorgung auch in Zukunft brauchen wird.

Die bundesweite Umsetzung des § 73b in der bestehenden Form wird gravierende Folgen für die fachärztliche Versorgung und das KV-System haben. Die in der jetzi-

gen Fassung des § 73b enthaltenen Verpflichtungen – die Vertretung von mindestens der Hälfte aller Allgemeinmediziner, zwingender Vertragsabschluss durch alle Krankenkassen – stehen im Widerspruch zu einem freien Wettbewerb. Der BDI besteht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beim Abschluss von Selektivverträgen.

Pressemitteilung des BDI

Gegen Wettbewerbsverzerrung durch § 116 b SGB V

BDI setzt sich für dreiseitige Verträge ein

Der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, BDI e.V., Dr. Wolfgang Wesiack, hält eine Neufassung des § 116 b SGB V – ambulante Behandlung im Krankenhaus – für mehr als überfällig. Die Vorgaben des Gesetzes führen zu einer massiven Wettbewerbsverzerrung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, weil die Zulassung der Krankenhäuser im Gegensatz zu den Vertragsärzten keiner Bedarfsplanung unterliegt.

Besonders kritisch sieht der BDI die Quersubventionierung der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand. Während das Krankenhaus dual finanziert wird, trägt der konkurrierende freiberufliche Vertragsarzt seine Investitionen selbst. Landauf, landab wird die angebliche doppelte Facharztschiene als unwirtschaftlich abgetan, doch gleichzeitig baut man mit dem § 116 b einen dritten Weg fachärztlicher Versorgung auf.

Sinn macht die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen allenfalls bei hochspezialisierten Verfahren. Dies ließe sich aber auch durch eine Korrektur des Katalogs stationärer Leistungen erreichen. Deshalb fordert der BDI, dass der § 116 b auf seltene Krankheitsbilder begrenzt wird, die auf

eine Versorgung in Zentren angewiesen sind.

Um die Gleichberechtigung von Krankenhaus und Vertragsarzt zu sichern, schlägt der BDI vor, die Umsetzung eines neugefassten § 116 b genauso wie das ambulante Operieren und die Vorgaben für die belegärztliche Versorgung durch dreiseitige Verträge zwischen der Ärzteschaft, den Krankenhäusern und den Krankenkassen zu regeln.

Pressemitteilung des BDI

Das Zweitmeinungsverfahren (Fortsetzung von Seite 1)

Neues von der Bürokratiefront

● Wer haftet heute für Arzneimittelverordnungen?

Arzt – Zweitmeinung – Apotheke – Hersteller – Krankenkasse? Es ist ein gängiges Prinzip im Medizinrecht, dass der Arzt für Behandlungsfehler haftet. Zu den Behandlungsfehlern gehören Therapiefehler; zur Therapie gehört auch die sorgfältige Rezeptierung und Medikation nach einer Risiko-Nutzenabwägung. Zur Aufklärungspflicht bei Arzneimittelverordnungen zählt sowohl die Aufklärung über den zu erwartenden Therapieerfolg als auch die Aufklärung über – typische – Nebenwirkungen. Der Arzt haftet demgemäß für die fehlerhafte Anwendung von – ordnungsgemäßen – Arzneimitteln, zum Beispiel bei bestehender Kontraindikation oder bei der Realisierung typischer Nebenwirkungen bei nicht

erfolgter Aufklärung.

Die Haftung des Arzneimittelherstellers setzt demgegenüber ein, wenn schädliche Wirkungen bei bestimmungsgemäßem Gebrauch über ein vertretbares Maß hinaus auftreten oder bei Instruktionsfehlern, z. B. fehlerhafter Kennzeichnung oder fehlerhafter Gebrauchsinformation.

● Aut idem – auch der Apotheker haftet

Der Kreis der potenziell Haftenden wurde bereits durch Einführung der Möglichkeit, aut idem zu verordnen, erweitert; in diesem Zusammenhang kommt durchaus auch eine Haftung des Apothekers in Frage. Gemäß § 73 Abs. 5 SGB V kann der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Arzneimittels abgeben. Aut idem ist die Regel, nur das Kreuz verhindert den Austausch! Bei aut idem ist der Apotheker verpflichtet, zunächst in Darreichungsform, Wirkstoffgehalt und Resorption vergleichbare rabattierte Arzneimittel abzugeben. Sind keine rabattierten Arzneimittel vorhanden, muss der Apotheker ein vergleichbares Arzneimittel aus dem unteren Preisdrittel abgeben. Auch bei aut idem liegt die Verordnungshoheit beim Arzt. Der Arzt muss, wie oben beschreiben, über Nutzen und – typische – Risiken des verordneten Arzneimittels aufklären. Lässt er aut idem zu, muss er über alle – typischen –

Nebenwirkungen sämtlicher in Frage kommenden Substitutionspräparate aufklären! Es muss festgestellt werden, dass dies eine Forderung ist, die realistischer Weise nicht erfüllbar ist, die aber erfüllt werden muss, will sich der Arzt bei einer Aut-idem-Verordnung aus der Haftung freizeichnen. Nur bei nicht sachgerechtem Austausch, z. B. bei mangelnder Vergleichbarkeit des Arzneimittels oder einer Abgabe außerhalb der Zulassung des Arzneimittels haftet der Apotheker. Der Arzt ist damit in einer echten Zwickmühle: Nur wenn er aut idem



Wer haftet, wenn die Meinung von behandelndem Arzt und „Zweitmeinung“ divergieren?

Foto: Thieme Verlagsguppe

ausschließt, ist er haftungsrechtlich auf der sicheren Seite – in diesem Fall läuft er jedoch Gefahr, mit Arzneimittelregressen verfolgt zu werden.

● G-BA legt Arzneimittel für Zweitmeinungsverfahren fest

Mit dem Anfang 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Grundlage für das Zweitmeinungsverfahren in das Sozialgesetzbuch eingeführt. § 73 d SGB V regelt, dass besondere Arzneimittel mit hohen Therapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial vom behandelnden Arzt nur in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie (Zweitmeinung) verordnet werden dürfen. Diese besonderen Arzneimittel werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. Entsprechende Beschlüsse hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Oktober 2008 gefasst. Die näheren Bestimmungen zum Zweitmeinungsverfahren finden sich in Abschnitt N der Arzneimittel-Richtlinie; die besonderen Arzneimittel werden in der Anlage 11 aufgeführt, in der auch arzneimittelbezogen die Qualifikationsvoraussetzungen der Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie definiert werden. Das Zweitmeinungsverfahren wird in den einzelnen KV-Bereichen jedoch erst dann umgesetzt, wenn die Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene bestimmt sind. Dies ist erst jetzt der Fall; in ein-

zelnen KV-Bereichen können derzeit erste Erfahrungen mit dem Zweitmeinungsverfahren gesammelt werden. Das Zweitmeinungsverfahren gibt es derzeit bei folgenden Wirkstoffen: Ambrisentan, Bosentan, Iloprost zur Inhalation, Sildenafil, Sitaxentan, Trepostinil. Besondere Arzneimittel gelten als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

● Wer haftet im Zweitmeinungsverfahren?

Für die Frage der Haftung ist § 46 Abs. 2 letzter Satz Arzneimittelrichtlinien von Bedeutung: „Von der Beurteilung (des Zweitmeiners) kann der behandelnde Arzt nur in Ausnahmefällen mit besonderer Begründung abweichen.“ Für die Haftungsaufteilung im Zweitmeinungsverfahren gilt grundsätzlich: Bei ordnungsgemäßer Aufklärung, einheitlicher Meinung des behandelnden Arztes und des Zweitmeiners haftet bei Realisierung eines Risikos bei sorgfältiger Abwägung des Nutzen-Risikopotenzials niemand. Hat sich ein Schaden realisiert, weil der verordnende

Arzt – entgegen der Meinung des Zweitmeiners – die Verordnung vorgenommen oder vielleicht auch unterlassen hat, haftet – bei Vorliegen sämtlicher anderer Haftungsvoraussetzungen wie z. B. der Kausalität – der behandelnde Arzt. Bei Eintritt eines Schadens bei nicht sorgfältiger Abwägung und einheitlicher Meinung des behandelnden Arztes und Zweitmeiners kommt eine Haftung beider Ärzte in Frage.

Das Zweitmeinungsverfahren ist in Deutschland neu. In Österreich gibt es bereits seit längerem für besondere Verordnungen ein Antragsverfahren an die Krankenkasse, die mit Hilfe von „Chefärzten“ per Bescheid über die Verordnung entscheidet. Auf die Frage, wer bei Schäden aufgrund unterlassener Verordnung haftet, antwortete im Rahmen eines Interviews der Präsident der österreichischen Ärztekammer Dr. A. Wechselberger im Juli 2007: „Die Sozialversicherung.“ Aus der Darstellung des Kreises der bei potentiell Haftenden im Rahmen der Arzneimittelverordnung bleibt festzustellen, dass das deutsche System der Arzneimittelverordnung so angelegt ist, dass eine Haftung der Krankenkassen jedenfalls immer ausgeschlossen ist.

Dr. iur. Karin Hahne
Fachanwältin für Medizinrecht,
Frankfurt am Main

5-Säulen-Modell

MEDI als KV-Alternative?

Bereits vor Monaten hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, ein Mehrstufenmodell der Versorgung in Deutschland vorgestellt, bei dem Kollektivverträge und selektives Kontrahieren sowie Kostenerstattung je nach Versorgungsaufgabe sinnvoll miteinander kombiniert werden sollen. Der MEDI-Verbund scheint nun ein ähnliches Modell entwickelt zu haben.

Das als Grobraster vorliegende Papier der KBV hat innerhalb der KVen keine einhellige Zustimmung gefunden, steckt doch auch hier der Teufel im Detail. Die Vorschläge schlummern seither unter der Oberfläche. MEDI scheint bei dem KBV-Vorsitzenden in die Lehre gegangen zu sein. So stellte ihr Vorsitzender, Dr. Werner Baumgärtner, auf der Delegiertenversammlung ein sogenanntes 5-Säulen-Modell vor, das dem KBV-Modell sehr ähnlich scheint. Betrachtet man die Politik von MEDI, so steht bei allen Konzepten in der

Regel das KV-System Pate. Schon bei den Hausarztverträgen kopierte man das seitherige System der GKV-Abrechnung mit Pauschalierung und

Qualitätsvorgaben, garniert mit leicht geänderten Vorgaben im Vergleich zum Kollektivvertrag. Finanziert wird alles – wie sonst auch – über Einsparung im Arzneimittelsektor, eine Art Perpetuum mobile zur Kostendämpfung. Jetzt übernimmt man auch noch das Prinzip des Köhler-Modells. MEDI entwickelt sich zu einer KV-Alternative, auch inhaltlich. Stellt sich noch die Frage, ob auch bald bei MEDI-Verträgen die Nachteile des Kollektivvertrags sichtbar werden. Dann sind die MEDI-Mitglieder vom Regen in die Traufe gekommen.

HFS

Telematik

Die Gesundheitskarte kommt – aber wie?

Die elektronische Gesundheitskarte ist nicht tot. Sie wird kommen, aber wohl anders als von der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gedacht.

Diesen Schluss legt ein Treffen von Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen mit dem neuen Gesundheitsminister Rösler nahe. Anschließend ließ das Bundesgesundheitsministerium verlauten: „Zwischen den

Gesprächspartnern bestand Übereinkunft, dass eine praxisorientierte und sichere Telematikinfrastruktur notwendig ist, damit die Herausforderungen an ein technologisch hochentwickeltes und modernes Gesundheitswesen erfüllt werden können.“ Man verabredete eine Bestandsaufnahme der bis jetzt gelaufenen Vorbereitungen, um einen neuen Anlauf zu nehmen.

HFS

Die KV in der Krise

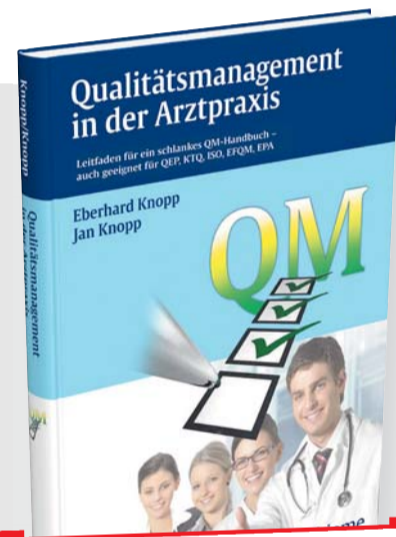
Frust in Bayern

Dr. Axel Munte, KV-Chef in Bayern, ist immer gut für ein offenes Wort. So hat er sich überlegt, bei der nächsten KV-Wahlperiode nicht mehr zu kandidieren und dafür einem schlagkräftigen Facharztverband vorzustehen. Das Motto: Die Fachärzte müssen an der Honorarfront genauso erfolgreich arbeiten wie sein Kontrahent Hoppenthaller für die Hausärzte.

Das Dementi folgte auf dem Fuß: Er habe das so nicht gemeint. Die emotionale Äußerung zeigt aber den Frust, den er in dieser verantwortungsvollen Position im KV-System zurzeit empfindet. Steckt er doch in einer Zwickmühle einer Honorarreform mit für die Bayern desaströsen Vergütungsvorgaben einerseits und den Fragen der selektiven Verträge des dortigen Hausarztverbandes andererseits. Der Frust wurde auch auf der Vertreterversammlung artikuliert. Dort verkündete er: „Ich bin seit dem 01.01.2009 doch kein Selbstverwalter mehr, ich bin Staatskommissar.“ Schuld hat seiner Meinung nach die Politik. Ohne den Namen Seehofer zu nennen, analysiert er, dass man wohl eine andere, wettbewerbsorientierte Form der ambulanten Versorgung in Deutschland wolle. Dabei ist die Situation nicht nur in Bayern für die KV ein Debakel. Das SGB V gilt für das gesamte Bundesgebiet. Man darf gespannt sein, wann die übrigen KV-Mandatsträger so aufwachen wie Axel Munte in Bayern. Konsequenzen zieht zurzeit aber keiner – auch nicht Axel Munte.

HFS

Innere Medizin *aktuell*



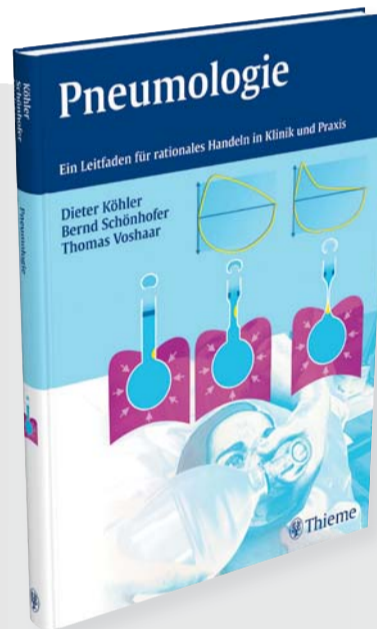
Einfach Unterlagen von der CDR auf Ihren Computer übernehmen oder ausdrucken und Sie haben schon mehr als 60% der Forderungen des G-BA zum Qualitätsmanagement für Arztpraxen erfüllt!

Wie Sie QM schnell und prüfungssicher einführen

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA
Knopp/Knopp
2009. 224 S., 17 Abb., geb., mit CD-ROM
ISBN 978 3 13 149971 4
89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

Die Komplettlösung für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten:

- Verständliche, knappe Anleitung: schnell und garantiert prüfungssicher**
- Buch und CDR bieten Ihnen eine Komplettlösung – als PC- oder Papierversion
 - Nur noch ausfüllen: Vorlagen für alle geforderten Nachweise auf CDR
 - Perfekt geeignet zur Umsetzung durch das Praxisteam



Direkt praktisch umsetzbares Wissen

Pneumologie
Ein Leitfaden für rationales Handeln in Klinik und Praxis
Köhler/Schönhofer/Voshaar
2009. 368 S., 178 Abb., geb.
ISBN 979 3 13 146281 6
129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Sofort praktisch umsetzbare Informationen

- Ausführliches Kapitel über typische Beschwerdebilder
- Spezielle pneumologische Untersuchungsmethoden
- Besondere Therapieformen
- Pneumologische Intensivmedizin
- Systematische Darstellung aller Krankheitsbilder
- Rationelles Management pneumologischer Erkrankungen
- Konkrete Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie
- Wichtige Hinweise zu gutachterlichen Besonderheiten



Virale Erkrankungen richtig erkennen und behandeln

Medizinische Virologie
Molekulare Virologie, Diagnostik und Therapie virologischer Erkrankungen
Doerr/Gerlich
2009. 2., kompl. überarb. u. erw. A.
760 S., 259 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 113962 7

Vorbestellpreis gültig bis 3 Monate nach Erscheinen
179,95 € [D]
185,- € [A]/299,- CHF

Danach **199,95 € [D]/205,60 € [A]/332,- CHF**

Grundlagen, Klinik, Viren im Porträt

- Verständliche Darstellung komplexer molekularbiologischer Mechanismen und zellulärer Interaktionen
- Desinfektion und Bekämpfung von Viren, antivirale Therapiestrategien, Schutzimpfungen
- Gliederung nach Zielorgan(en): Virusinfektionen richtig erkennen und zuordnen
- Darstellung der einzelnen Virusfamilien: Grundlage, Diagnose, Prävention und Therapie

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.

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Auf dem Weg zu „P4P“

Am 19. November 2009 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin auf dem Symposium „Sektorübergreifende Qualitätssicherung in der GKV“ mit der im Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) neu definierten sektorübergreifenden Qualitätssicherung beschäftigt.

Die Aufgabe der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hatte man dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als zusätzliches Mammutprogramm übertragen. Die Machtfülle dieses Gremiums bei der Gestaltung der GKV wurde so nochmals erweitert. Seither wurde dieses Thema im stationären Bereich durch die Bundesstelle für Qualitätssicherung (BQS) abgedeckt, ambulant hat man dies seither über den Bundesmantelvertrag zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt und festgelegt. Die Regelkreise waren streng getrennt und gingen von unterschiedlichen Vorgaben aus. Qualität ambulant und stationär war somit nicht vergleichbar.

Ziel der Gesetzgebung ist es, die zwangsläufig entstehenden Brüche beim Übergang der Behandlung von einem auf den anderen Sektor zu beseitigen und einheitliche Vorgaben für Leistungen auszuarbeiten, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Es entsteht dabei der Eindruck, dass der Gesetzgeber sein ordnungspolitisches Defizit im Leistungsrecht durch die Hintertür ausgleichen will, geht er doch weiter davon aus, dass ambulant der Leistungskatalog verbindlich im Erweiterten Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt ist (Erlaubnisvorbehalt), stationär aber alles erlaubt ist, was nicht vom G-BA ausdrücklich verboten wurde (Verbotsvorbehalt). Die moderne Medizin wird über den G-BA für die Vertragsärzte ausgebremst, das flexible DRG-System reagiert demgegenüber schnell auf neue Verfahren, ohne dass der G-BA Einfluss nimmt. Dies führt zu einer immer größer werdenden Differenz in den Leistungsangeboten. Die Krankenhäuser sichern sich so einen deutlichen Wettbewerbsvorteil.

● Ergebnisorientierte Vergütung als Ziel

Als Gesetzgeber will man dies aus verschiedenen Gründen nicht aus- oder angleichen. Deshalb sucht man über die Qualitätsvorgaben den Weg durch die Hintertür. Bei den Leistungserbringern, Vertragsarzt und Krankenhaus, führt dies aus unterschiedlichen Gründen zu Unbehagen. Die Vertragsärzte befürchten, dass sie bei der inhaltlichen Gestaltung benachteiligt werden, die Krankenhäuser glauben, dass ihre offene Leistungsgestaltung eingeschränkt wird. Beide sind der wohl berechtigten Auffassung, dass das System noch bürokratischer ausgerichtet wird, indem die Dokumentation weiter ausufert, ohne dass die Versorgung für die Patienten wirklich besser wird.

Für die Kostenträger eröffnen sich demgegenüber neue Perspektiven,

wittert man an der Grenze ambulant/stationär doch schon seit Jahren hohe Einsparreserven, die gehoben werden könnten. Auch sieht man sich einem schon länger gehegten Wunsch näher, die Leistung ergebnisbezogen zu bezahlen: Therapeutische Misserfolge, ggf. auch von der Krankheit selbst verursacht, sollen zu Honorarkürzungen führen. Genau betrachtet ist nicht die Qualitätsverbesserung das erste Ziel der Kassen, sondern die Kosteneinsparung. Das Gesundheitswesen in den USA steht bei den Überlegungen Pate und hat eine griffige Überschrift gefunden, die in Deutschland flugs übernommen wird. P4P – pay for performance – heißt das Zauberwort, nüchtern ausgedrückt: Ergebnisorientierte Vergütung ist das Ziel.

● Ist der G-BA demokratisch ausreichend legitimiert?

Auf dem Symposium in Berlin wurde deutlich, dass auch Juristen bei diesem neuen Konstrukt noch Fußangeln sehen. Prof. Dr. Peter Axer, Heidelberg, beschäftigte sich unter anderem mit der Frage, ob dieses System nur für Kollektivverträge oder auch für das selektives Kontrahieren gilt. Er gab eine klare Antwort: Da Selektivverträge auch Bestandteil der GKV-Versorgung sind, gelten die Bestimmungen kollektiv und selektiv gleichermaßen. Damit dürfen nach seiner Meinung, die im Übrigen allgemein geteilt wurde, Selektivverträge hinter den Standards nicht zurücktreten. Die vom G-BA ausgearbeiteten Vorgaben wären somit Mindeststandards.

Zentraler Diskussionspunkt war aber die grundsätzliche Frage, ob der G-BA ausreichend demokratisch legitimiert ist, so weitreichend über die Versorgung der GKV-Patienten zu bestimmen. Man erwartet gespannt die Auffassung des Bundesverfassungsgerichts zu diesem Punkt. Prof. Axer sieht hier kein Hindernis, andere Teilnehmer waren aber gegenteiliger Auffassung und hinterfragten die Kompetenz des GBA.

● Ist der Datenschutz gewährleistet?

Dr. Thilo Weichert, der Datenschutzbeauftragte in Schleswig-Holstein, sah in der gesetzlichen Vorgabe sehr viele Ungereimtheiten. Natürlich müsse der Patient einverstanden sein, will man seine Daten sektorübergreifend verwenden. Aus datenschutzrechtlicher Sicht bestehen aber Zweifel, weil in unserem System dem Patient gar keine andere Wahl bleibt, als zuzustimmen, wenn er weiter versorgt werden will. Seine Zustimmung könnte zur Farce werden.

Noch kritischer ist die Vorgabe für die Leistungserbringer, führen die Vorgaben doch zu einer Art Leistungsbewertung mit Ranking und wird damit die

Wettbewerbsituation (unzulässig?) beeinflusst.

Noch hat man für die neue Aufgabe keine verbindlichen Vorgaben; diese sollen nach einer Ausschreibung von einem unabhängigen Institut erarbeitet werden. Gewonnen hat den Wettbewerb das AQUA-Institut von Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Göttingen. BQS hatte das Nachsehen.

Prof. Szecsenyi legte dar, dass man sich nach seinem Konzept an der Versorgungsrealität orientieren werde. So werde man bei verschiedenen Leistungen – zuerst bei der Katarakt und der PTCA – bei Leistungserbringern Daten sammeln, um danach die Standards zu erarbeiten. Hier wird ein eklatanter Unterschied zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) von Prof. Sawitzki sichtbar: Dort wertet man die vorliegende Wissenschaft aus und nimmt auf die Versorgungsrealität weniger Rücksicht. Man darf auf die Arbeitsergebnisse von AQUA gespannt sein.

● Neue „ambulante Qualitätsindikatoren“ der KBV

Dr. Franziska Diel war für die Kassenärztliche Bundesvereinigung um eine Stellungnahme gebeten worden. Sie

wies darauf hin, dass es bereits jetzt eine Reihe von Leistungen gibt, bei denen im vertragsärztlichen Bereich die Vergütung an strikte Qualitätsvorgaben geknüpft ist. Dies sei somit nichts Neues. Die Einhaltung der Qualitätsparameter werde stichprobenartig überprüft, um den Verwaltungsaufwand gering zu halten. Neu ausgearbeitet habe die KBV „ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, abgekürzt AQUIK®. Ziel sei dabei, einerseits über die Vergütung Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu setzen, andererseits aus Fairnessgründen solche Ärzte besser zu vergüten, die ein hohes Qualitätsniveau vorhalten. Es wundert nicht, dass der Vertreter der Krankenkassen in der Diskussion darauf hinwies, dass dies kostenneutral durch Abschläge bei den übrigen Vertragsärzten, die diese Bedingungen nicht erfüllten, finanziert werden müsste. Dr. Diel stellte Leistungen und Indikationsgebiete für AQUIK vor, räumte aber ein, dass dies nur für die ambulante Versorgung gelten könne.

Dr. Wulf-Dietrich Leber vom Spitzenverband Bund gab eine Stellungnahme für die Kostenträger ab, für die die sektorübergreifende Qualitätssiche-

rung ohne Wenn und Aber in eine ergebnisorientierte Vergütung münden müsse. P4P sei angesagt. Er hält dies für eine Art Imperativ für alle, die Vergütungssysteme entwickeln. Das Thema Kollektivverträge versus Selektivverträge und sektorübergreifende Qualitätssicherung brachte er auf den einfachen Nenner: Kollektiv messen, selektiv kontrahieren.

● Noch mehr Dokumentationsaufwand

Leistungserbringer, Vertragsärzte wie Krankenhäuser, werden sich somit nach den Vorgaben des WSG in Zukunft auf neue Vorgaben der Qualitätssicherung einstellen müssen, die vom AQUA-Institut erarbeitet werden. Dieses will sich bei seiner Arbeit beeilen. Auf alle dürfte im Gesundheitswesen noch mehr Dokumentationsaufwand zukommen. Entbürokratisierung ist damit wieder ein leeres Versprechen der Politik. Es ist zu befürchten, dass der mit den neuen Standards verbundene Aufwand die direkte Arbeit am Patienten weiter einschränken wird. Ein schwacher Trost bleibt: Vor 2011 rechnet man nicht mit der Umsetzung der neuen Vorgaben.

HFS

BDI-Landesverband Berlin

Erinnerung an den internistischen Mauerfall

Flankiert von einer hochkarätigen radiologischen Fortbildung und einem präzisen Lagebericht des Präsidenten Wesiack gedachte der Berliner BDI seiner östlichen Sternstunde: Konkurrenz der Vereinigung Berliner Internisten hatte ihn einst in Dauerschlaf versinken lassen. Die Internisten Prof. Lohmann, Wiederholt und Fritz reanimierten ihn Anfang 1989 – und ahnten nicht, dass dies 6 Monate später zu einer Wiedervereinigung ganz anderer Art werden sollte: Gemeinsam mit der (Ost-)Berliner Medizinischen Gesellschaft entstand nach dem Mauerfall ein starker Gesamtberliner BDI-Landesverband, der die erheblichen Ost-West-Unterschiede unter Internisten in einer Stadt schnell überwinden konnte.

Dies zu feiern und die Kollegen der ersten Stunde zu ehren war man am 21. November Gast im ehrwürdigen Virchow-Langenbeck-Haus neben der Charité, vielen Internisten bekannt vom 2. Deutschen Internistentag. Der Berliner Landesvorsitzende Bruns – von Anfang mit dabei – hielt die Laudatio für Prof. Lohmann. Dessen Verdienst um die Berliner Fortbildung, seine kundige Moderation und beständige Mitarbeit im BDI wurden mit der Ehrenmitgliedschaft besonders gewürdigt.

Harthmut Weinholz, geschätzter Ehrenpräsident und launiger Laureat, nahm sich der beiden anderen Kandidaten an, die ebenfalls über Jahrzehnte dem internistischen Fach gedient haben: Wenngleich Ehrungen dieser Art meist praeterterminal vergeben würden, so Weinholz, sei Winfried Wiederholt ein ausgewiesener homo politicus mitten im Leben: Im Anschluss an eine KV-Sitzung stand er am 9.11.89 auf der Mauer vor dem Brandenburger Tor: Sicher ein emotionaler Impuls, der zum Aufbau von MUT (Medizin und Technik) führte – einer gewaltigen Börse für Know-how, Technik und guten Rat für die Ostberliner

Kollegen und Kolleginnen. Seine Vita (Stabsarzt, medizinische Einsätze in Afghanistan und Indonesien) und die Erfahrung aus langjähriger Präsenz in KV und Kam-

mer haben diese logistische Meisterleistung erst ermöglicht. Den Beginn der politischen Vita von Hans-Georg Fritz verortete Weinholz beim bundesweiten Ärztestreik, den er 1973 (mit dem MB-Vorsitzenden Roderich Nehls) von Berlin aus mit organisierte: Ihm verdanken wir die ersten Vergütungen für Bereitschaftsdienste und das gewachsene Bewusstsein für den materiellen Wert ärztlicher Arbeit. Konstruktiv-kritische Arbeit in Kammer und KV sowie die legendäre Schutzgemeinschaft für kassenärztliche Rechte prägte auch Inno-



Prof. H.W. Lohmann, Dr. W. Wiederholt, Dr. H.G. Fritz bei der Feier zum „internistischen Mauerfall“.

vationen in seiner eigenen Praxis: 12-Stunden-Präsenz, Weiterbildung in der Praxis (zunächst von Ärztinnen nach der Familienphase), strukturierte Fortbildung im Bezirk. Dann auch Beschleunigung des internistischen Zusammenwachsens in Berlin. Seine beharrliche Forderung eines ethischen Pendant zum Wiesbadener Internisten-Kongress führte ab 2007 zum Deutschen Internistentag, einer wichtigen Plattform für den BDI und die Internisten in der Gesellschaft.

Bild: BDI/Fritz

● **Erneut Gefahr im Verzug bei interner Weiterbildung**

Gefolgt von dieser medizinhistorischen Einstimmung gab Präsident Wolfgang Wesiack eine erste medizinpolitische Einschätzung nach der Bundestagswahl. Wenngleich die Ärzte mit der klaren FDP in der Regierung zufrieden sein können, taktiere die CDU und die CSU wisse am Abend nicht, was sie morgens gesagt habe. Mit den Programmpunkten freier Arztberuf, mehr Wettbewerb und Kostenerstattung/Wahlmöglichkeiten könnte man

Der Krankenhaus-Sektor hat bei all diesen Problemen die größte Frustration zu erleiden und erscheint derzeit perspektivlos: Die DRGisierung führt zu einer grotesken Verkennung der Versorgung internistischer Patienten. Hier gehen qualifizierte Kollegen und Kolleginnen verloren. Es herrscht dringender Handlungsbedarf für den Verband. Das umfassende Berufsbild des Internisten muss früh umworben werden, wie beim Assistententag anlässlich des 2. Internistentags. Der Vorstand freut sich über weitere



Der BDI-Landesvorsitzende Dr. J. Bruns und sein Amtsvorgänger Dr. H.G. Fritz in Berlin.

Bild: BDI/Fritz

zufrieden sein, wenn nicht statt dessen Zunahme der Bürokratie und endloses Taktieren zu erwarten sei. Die starre Ideologie der Ex-Ministerin sei vorüber. Der BDI ist hoffnungsvoll, werde sich konstruktiv einbringen und sieht einen besseren Zugang zur FDP bei einem liberalen Arzt als Gesundheitsminister.

Langfristig hat der BDI eine ideale Ausgangsposition: Menschen werden älter, multimorbider – vor allem im internistischen Bereich. Acht- bis neunhundert Internisten treten pro Jahr ins Berufsleben, an ihnen hängt ein immenses Kostenpotenzial. Schon jetzt sind 20% des ambulanten Gesamt-Honorars internistisch zugewiesen, 40% aller Klinikbetten stehen auf internistischen Abteilungen. Der BDI ist – als Europas größter Facharztverband – das Rückgrat der Medizin und mächtiger Interessenwahrer. Sein Vorstand hat daher kürzlich eine Klausur abgehalten, bei dem der Unsinn des § 73 b SGB V erneut zutage trat. Wesiack: „Wir brauchen ihn nicht und wir bekämpfen ihn mit unseren Stimmen.“ Die ambulante Honorierung werde 2010 erneut auf den Prüfstand gestellt: Niedergelassene werden bald erwachen, da ein Sieben-Milliarden-Defizit der Kassen mit nur 3,5 Mrd. aus Steuermitteln kompensiert werden soll. Schon bringe die AOK eine „neue Bescheidenheit“ in Honorarfragen ins Gespräch.

Die Muster-Weiterbildungsordnung lässt weitere Gefahren im Verzug erkennen: Der Facharzt für Innere Medizin konnte zwar 2007 aus der Verklammerung mit den Allgemeinärzten gelöst werden – jetzt reklamieren diese aber internistische Inhalte für ihr Fach, um Internisten zu ersetzen. Bei den o.a. Neuzulassungen Internisten/Allgemeinärzte 9:1 ist dies zwar rätselhaft, bleibt jedoch eine politische Bedrohung, gegen die der BDI geschlossen sachgerechte Lösungen bei den Ministerien einbringen wird – bei gleichzeitiger Aktivierung der fachärztlichen Weiterbildung.

Ideen und Anregungen, wie z.B. Förderung strukturierter Famulaturen in internistischen Praxen: Dies dürfte ein frühzeitiges Interesse an unserem wunderbaren Fach wecken. „Wir müssen die Marke Innere Medizin stärken – selbstbewusst und mit Phantasie – und uns hart durchsetzen, wenn es sein muss“, schloss Wesiack.

● **Nofretete als „Patientin“**

Waren die Ehrungen feierlich und die politische Analyse aufrüttelnd, so folgte jetzt ein knapp zweistündiges Reder besser: Pro-petitorium über die Zukunft radiologischer Diagnostik. Referenten: Prof. Bernd Hamm und PD Thomas Fischer vom Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin der Charité Berlin. Dass diese Diagnostik von morgen schon heute erhältlich ist, danken wir dem Forscher-Elan der Referenten und vielen ihrer Kollegen. Wir sollten fachlich darauf vorbereitet sein, die Indikationen für solche speziellen Untersuchungen streng zu stellen, da sie sich oft nicht im EBM finden – also weit weg von der täglichen Routine sind. Wie schnell sich dies wandelt zeigten Beispiele von Radiofrequenz-Ablation, Diagnostik des M. Bechterew oder Ultraschall-Diagnostik der Leberzirrhose unter Ausnutzung der shear waves (Elastografie). Die Faszination über die praktischen Fortschritte bildgebender Verfahren kulminierte, als Prof. Hamm Aufnahmen seiner wohl berühmtesten Patientin demonstrierte: Echnatons Gattin Nofretete. Unter den bildschönen Gips-Applikationen kam der Sandstein-Kern der Büste zur Darstellung und zeigte das anrührende, eher schlichte Bild einer reiferen Frau mit leicht eingezogenen Wangen und einem verschmälerten Nasenrücken.

● **Berliner Dreiklang**

Ehrungen verdienter BDI-Mitglieder, politische Analyse aus erster Hand und packende Fach-Informationen: Ein solcher Dreiklang fand begeisterte Aufnahme und angeregte Diskussion. Sie war des historischen Ortes würdig – und wurde durch die Nofretete-Diagnostik noch überhöht. Was hätte der Schliemann-Freund Virchow dafür gegeben, dabei sein zu können!

Dr. Hans-Georg Fritz

BDI-Landesverband Hessen

42. Hessischer Internistentag

Der 42. Hessische Internistentag 2009 fand am Samstag, den 7. November 2009, in Frankfurt am Main statt. Er wurde von Dr. Andreas Fach, dem hessischen BDI-Landesvorsitzenden, Dr. Gottfried von Knoblauch, Präsident der Landesärztekammer Hessen, und Dr. Margita Bert, 1. Vorsitzende der Kassenzentralen Hessen, eröffnet.

Jürgen Banzer, hessischer Sozialminister nahm als Gastredner zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage Stellung. Absicht der neuen Bundesregierung sei es, die Gesundheitsfinanzierung zukunftsfest zu machen. Das deutsche Gesundheitswesen habe turbulente Zeiten durchlebt und müsse jetzt in ruhigeres, verlässliches Fahrwasser geführt werden. Minister Banzer stellte unmissverständlich klar, dass angesichts gewachsener Anforderungen und Möglichkeiten das Gesundheitswesen mehr Geld benötige. Er zeigte Verständnis für die Sorgen und Nöte der Ärzte in Praxis und Krankenhaus, forderte aber auch mehr interdisziplinäre Netzwerke und den Austausch zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten. Im Detail ging er auf den § 73 b und die hausärztliche Versorgung ein und kritisierte die Änderung dieses Paragraphen der schwarz-roten Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode. Auch die letzte Neuordnung der belegärztlichen Versorgung müsse in Details verbessert werden. Er wies darauf hin, dass das Land Hessen bei seinen Investitionen in Krankenhäuser bundesweit mit an der Spitze liege, sodass für gute Rahmenbedingungen für eine hochwertige Patientenversorgung gesorgt sei.

● **Kardiologie**

Breiten Raum nahm beim diesjährigen Hessischen Internistentag eine weitgefächerte Fortbildung ein. Im Themenblock Kardiologie (Vorsitzende: Prof. Dr. Schächinger, Priv. Doz. Dr. Voigtländer) war ein weiterer Bogen mit kardiologischen Themen von Sport bis hin zu innovativen Kathetertechniken (Implantation einer stentgestützten Aortenklappe) gespannt. Innerhalb des ersten Vortrages stellte Professor Schmermund aus Frankfurt den Sport als „Therapeutikum“ vor. Im Rahmen seiner Präsentation konnte er zeigen, dass aktuelle Daten belegen, dass Sport bei kardiovaskulären Erkrankungen die Prognose deutlich verbessern. Dies konnte durch Hambrecht et al. (Circulation 2004) bereits vor Jahren für Patienten mit koronarer Herzkrankung gezeigt werden. Eine aktuelle Studie (HF-Action) wurde dieses Jahr vorgestellt. Es zeigte sich, dass auch bei Patienten mit einer kritisch eingeschränkten linksventrikulären Funktion durch regelmäßiges körperliches Training die Prognose signifikant verbessert werden kann. Wichtig waren in diesem Zusammenhang auch Hinweise, dass die kardiovaskulären Ereignisraten während des Sportes sich nicht von Ereignisraten bei Patienten unter-

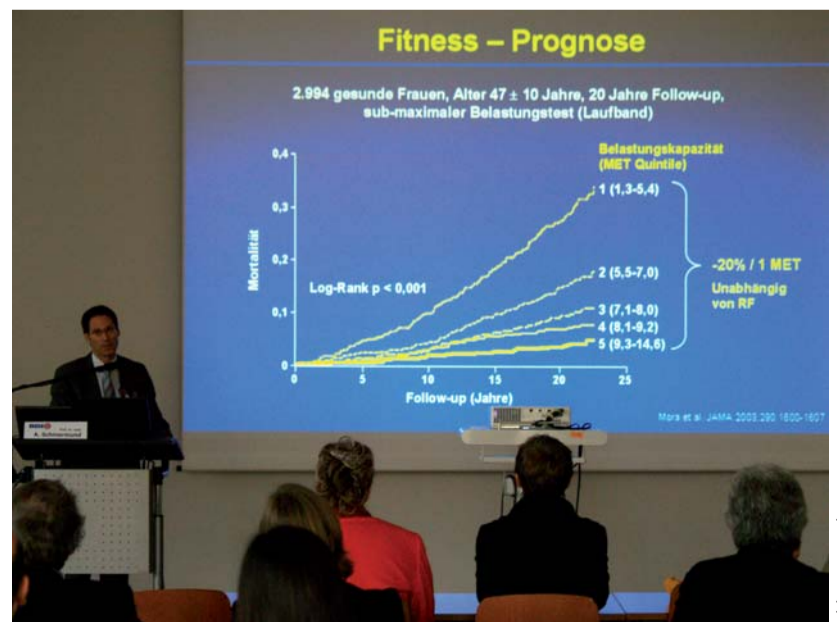
scheiden, die keine sportlichen Aktivitäten durchführen. Wichtig sei jedoch, so Professor Schmermund, dass für die Festlegung der Trainingsintensität eine entsprechende kardiovaskuläre Trainingseinheit mit Überwachungsmöglichkeit und kardiovaskulärer Expertise erforderlich ist. In einem zweiten Vortrag berichtete Dr. Piorkowski, Leipzig, über moderne Schrittmachtherapie bei Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz. Das Konzept der Cardialen Resynchronisationstherapie (CRT) ist etabliert für Patienten mit einer EF < 35%, Linksschenkelblock und NYHA III- und IV-Symptomatik. Neue Studienergebnisse zeigen, dass die Positionierung der linksventrikulären Sonde Patienten individuell erfolgen muss. Nur so kann die Rate an Non-Respondern weiter gesenkt werden. Dr. Piorkowski führte überzeugend aus, inwieweit mit einer integrierten Bildgebung von Morphologie des Koronarvenensinus und echokardiographischer Wandanalyse die ideale Positionierung der linksventrikulären Sonde erfolgen kann.

Dies ist insbesondere wichtig bei Patienten mit koronarer Herzkrankung und stattgehabten Myokardinfarkten. Bei diesen Patienten ist eine sehr exakte Analyse der Wandbewegung erforderlich, um die linksventrikuläre Sonde so zu positionieren, dass eine optimale Kontraktion als Resultat der biventrikulären Stimulation zu erreichen ist. Dr. Piorkowski berichtete über Studienergebnisse, die zeigen, dass auch bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz NYHA I und II ein prognostischer Benefit zu erreichen ist.



Dr. Fach eröffnet den 42. Hessischen Internistentag.

Bild: Ingo Esch



Sport verbessert bei kardiologischen Erkrankungen die Prognose deutlich, wie Prof. Schmermund hervorhob.

Bild: Ingo Esch

In einem dritten Vortrag berichtete Professor Schächinger, Fulda, über die Möglichkeiten der modernen Therapie bei hochgradiger Aortenklappenstenose. Er zeigte die Ergebnisse, die mit der transapikalen, aber auch transfemorale Technik des stentgestützten Aortenklappenersatzes möglich sind. Insbesondere durch die zunehmende Verringerung des Durchmessers der transfemorale „Devices“ wird die Methode der interventionellen Aortenklappentherapie für mehr Patienten möglich. Er berichtete, dass die Methodik derzeit überwiegend bei Patienten eingesetzt wird, bei denen ein zu hohes Operationsrisiko besteht. Eine Entscheidungshilfe ist bei diesen Patienten der Euroscore. Dies ist ein Score, der die Letalität im Rahmen herzhirurgischer Eingriffe

tur hin. Eine medikamentöse Therapie sollte immer als Step-down-Therapie mit Protonenpumpeninhibitor (PPI) durchgeführt und mögliche Therapieversager mittels pH-Metrie und Manometrie verifiziert werden. Prof. Dr. K.-H. Fuchs, Frankfurt am Main, stellte die mittlerweile guten Langzeitergebnisse nach laparoskopischer Fundoplikatio dar und erläuterte die steigenden OP-Zahlen, die Indikationen sowie die Gründe der Re-Operationen. Die Divertikelkrankheit ist laut Prof. Dr. F. Hartmann, Frankfurt am Main, im Falle einer unkomplizierten Divertikulitis antibiotisch und konservativ zu therapieren. Er wies insbesondere auf die seltene Entität der rechtsseitigen Divertikulitis hin und den Stellenwert des Ultraschalls bei der Diagnosestellung.



Bild: Ingo Esch

PD Dr. Salm referierte über Ethik in der Patientenversorgung.

abschätzt. Professor Schächinger führte aus, dass die derzeit implantierten Prothesen in naher Zukunft weiter verbessert werden können. Insbesondere die Repositionierbarkeit der Prothesen im Rahmen der interventionellen Prozedur wird als nächster Entwicklungsschnitt erwartet.

● Gastroenterologie

Die Sitzung Gastroenterologie/Viszeralmedizin unter Vorsitz von Prof. Dr. W. Bechstein und PD Dr. N. Hoepffner, beide Frankfurt am Main, hatte drei wichtige Themenblöcke: Gastroesophageale Refluxkrankheit (GERD), Divertikelkrankheit und Hepatozelluläres Karzinom (HCC) – jeweils aus internistischer und chirurgischer Sicht. Zum Thema GERD wies Prof. Dr. S. Rossol, Frankfurt am Main, auf die verschiedenen phänotypischen Manifestationen der Spätfolgen von GERD, Barrett und peptischer Strik-

tur hin. Eine medikamentöse Therapie sollte immer als Step-down-Therapie mit Protonenpumpeninhibitor (PPI) durchgeführt und mögliche Therapieversager mittels pH-Metrie und Manometrie verifiziert werden. Prof. Dr. K.-H. Fuchs, Frankfurt am Main, stellte die mittlerweile guten Langzeitergebnisse nach laparoskopischer Fundoplikatio dar und erläuterte die steigenden OP-Zahlen, die Indikationen sowie die Gründe der Re-Operationen. Die Divertikelkrankheit ist laut Prof. Dr. F. Hartmann, Frankfurt am Main, im Falle einer unkomplizierten Divertikulitis antibiotisch und konservativ zu therapieren. Er wies insbesondere auf die seltene Entität der rechtsseitigen Divertikulitis hin und den Stellenwert des Ultraschalls bei der Diagnosestellung.

● Pneumologie

Unter dem Vorsitz von Prof. Bargon und Dr. Kardos, beide aus Frankfurt am Main, wurde über Neues bei obstruktiven Lungenerkrankungen referiert. Bei Asthma, so Dr. Kardos, stellt schon die Diagnosestellung ein Problem dar: Viele Patienten kommen im obstruktionsfreiem Intervall zur Untersuchung. Zukünftige Leitlinien könnten daher Diagnose- und Therapieempfehlungen für gesichertes Asthma, wahrscheinliches Asthma und mögliches Asthma geben. Die Therapiesteuerung erfolgt nicht mehr nach Schweregrad, sondern nach dem Grad der Asthmakontrolle. Verschiedene Asthmaphänotypen müssen auch bei der therapeutischen Entscheidung berücksichtigt werden.

Nach Prof. Bargon korrelieren bei COPD die Schweregrade gut mit histologisch feststellbaren entzündlichen Veränderungen. Neben der Bronchialobstruktion stellen der Ernährungszustand, die Körperkomposition und der Raucherstatus wichtige prognostische Faktoren dar. Die nicht-invasive Beatmung sollte bei COPD-Patienten mit respiratorischer Globalinsuffizienz in Erwägung gezogen werden. Ultralang wirksame Bronchodilatoren für die täglich einmalige Anwendung werden in naher Zukunft in den Handel kommen.

PD Dr. Hirche, Wiesbaden, nahm zu Betablockern bei Lungenerkrankungen Stellung. Diese Substanzgruppe galt seit den 1960-er Jahren wegen der Gefahr der Bronchokonstriktion als absolut kontraindiziert bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen. Heute gelten sie bei COPD als anwendbar, falls hierzu eine entsprechende kardiologische Indikation besteht. Auch bei Asthma wird die absolute Kontraindikation, die sich auf wenige Kasuistiken stützt, in der Zukunft wahrscheinlich aufgeweicht werden.

● Diabetologie

Unter dem Vorsitz von Dr. Braun, Schlüchtern, und Dr. Mertes, Frankfurt, wurde die oft sehr kontrovers und emotional diskutierte Therapie des Diabetes mellitus besprochen. Prof. Sawicki, Köln, sprach zur Bedeutung der Patienteninformation und -beteiligung und beklagte, dass die medizinische Forschung sich besonders beim Diabetes mellitus zu wenig an der klinischen Relevanz orientiert. Nach Patientenbefragungen sei die Patientenorientierung verbesserungswürdig. Er definierte die Indikatoren für einen besseren Patientenbezug: Wertschätzung und respektvolle Behandlung, partizipative Therapieentscheidungen, gute Arzt-Patient-Kommunikation, Aufmerksamkeit und Zuwendung, Höflichkeit und angenehmer Umgang sowie soziale Unterstützung.

Prof. Pfohl, Duisburg, hält die Hypoglykämie für ein unterschätztes Problem und plädiert besonders bei älteren Patienten dafür, das HbA_{1c} nicht zu niedrig einzustellen und nach einer Untersuchung eine Korrektur postprandialer Blutzuckerwerte zu korrigieren. Aus seiner Sicht stellt die Kombination der Hypoglykämie mit Demenz und Herzinfarkt eine besonders unheilvolle Kombination dar. Prof. U. A. Müller, Jena, beschäftigte sich mit der Lipidsenker-Therapie beim Diabetiker. Er ist der Meinung, dass beim Diabetes eine Fettstoffwechselstörung nicht in dem Maße verantwortlich für die Arterioskleroseentstehung ist, wie bisher angenommen. Dennoch profitieren Diabetiker von einer Statinbehandlung, auch wenn die Cholesterinwerte nicht gesenkt werden oder erst gar nicht erhöht waren. Folgerichtig stellt er eine regelmäßige Bestimmung der Lipidwerte in Frage.



Minister Banzer im Gespräch mit Dr. Margita Bert, Vorsitzende der KV Hessen, und Dr. Fach.

Bild: Ingo Esch

Dr. Mertes, Frankfurt, befasste sich mit dem diabetischen Fuß aus internistischer Sicht und beklagte, dass Unterschenkelamputationen bei Diabetikern in Deutschland immer noch häufiger als in anderen Industrienationen durchgeführt würden. Er weist eindringlich auf die Notwendigkeit einer konsequenten angiologischen Diagnostik und Therapie hin. Nur in Zusammenarbeit mit einem invasiv tätigen Angiologen und einem Gefäßchirurgen lässt sich ein erfolgreiches Therapiemanagement gestalten. Diese multidisziplinäre Versorgung muss nach seiner Meinung ambulant wie stationär organisiert werden.

● Geriatrie

Unter dem Vorsitz von PD Dr. Püllen, Frankfurt, und Dr. Werner, Oberursel, beschäftigte sich PD Dr. Pfisterer, Darmstadt, mit der Harninkontinenz im Alter als ein pathophysiologisch komplexes und sehr häufiges Syndrom in der Geriatrie. Er gab sehr praxisnahe Richtlinien für einfache diagnostische und nichtmedikamentöse Maßnahmen vor. Medikamente sind nur in einigen Fällen indiziert. Gewalt gegen alte Menschen hat viele Gesichter und ist leider immer noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft. Der Vortrag von Prof. Dr. Hirsch, Bonn, hat in eindringlicher Weise auf dieses Problem aufmerksam gemacht und gemahnt, wachsam zu sein im Interesse der alten Menschen. Die zukünftigen Richtlinien des MDK zur Pflegebegutachtung, erläutert von Dr. Lübke, Hamburg, orientieren sich an Funktionen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und gehen damit vom bisherigen, wenig sinnvollen Konzept des zeitlichen Pflegeaufwandes ab.

● Palliativmedizin

Unter dem Vorsitz von Dr. Haas-Weber, Hanau, und Prof. Fassbinder, Fulda, referierte PD Dr. Salm, Offenbach, zum Thema Ethik am Lebensende. Dabei geht es in der Regel um den Umgang mit der Patientenverfügung, die meist die Behandlung begrenzt, zum Beispiel, indem auf eine neuerliche Krankenhauseinweisung oder auch auf Reanimations-

maßnahmen verzichtet wird. Dabei bleibt die „gute ärztliche Intuition“ weiter Grundlage ärztlichen Handelns. Im Einzelfall muss aber entschieden werden, ob in der aktuellen Situation dennoch derartige Maßnahmen sinnvoll sind. Nach entsprechender Aufklärung müssen der Patient oder seine Angehörigen erneut entscheiden.

Pfarrer Jung-Henkel beleuchtete die Rolle der Seelsorger. Sie bedauerte, dass ein Rahmen der zunehmenden „Professionalisierung“ der Medizin die gemeinsame Aufgabe einer symptomlindernden Medizin und der spirituellen Betreuung zunehmend verloren geht. Die Spiritualität ist als Begriff uneinheitlich definiert. Dies gilt selbst für die theologische Literatur. Es sollte vor allem den Wunsch nach Transparenz, ganzheitlicher Betrachtung und nach Erfüllung im Leben und Sterben Rechnung getragen werden. Im Mittelpunkt steht die religiöse Begleitung des Patienten.

Bei der Palliativversorgung, über die Dr. Mattek, Friedberg, referierte, kommt es insgesamt auf die ganzheitliche Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen an. Heilung tritt in den Hintergrund, die Behandlung der Symptome ist entscheidend, hier vor allem eine konsequente Schmerztherapie.

Die Auswahl der Themen und der Praxisbezug der Vorträge kamen bei den Zuhörern gut an und wurden von den teilnehmenden Internistinnen und Internisten lebhaft diskutiert.

HFS