

# BDI aktuell

Mitgliederzeitung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten

www.bdi.de

Nr.7-8 Juli/August 2024



Warten auf ein brauchbares Update? Mehr Transparenz lautet das eigentliche Ziel, das Karl Lauterbach mit dem Klinik-Atlas verfolgt. © JENS KRICK / FLASHPIC / PICTURE ALLIANCE

## Bundes-Klinik-Atlas: Von fehlerhaft zu nutzlos

Der Klinik-Atlas sollte ein Kernelement der „Qualitäts-offensive“ im stationären Bereich sein. Nach einem mehr als holprigen Start ist nun ein nutzloses Tool geblieben. Ein Vorgeschmack auf die kommende, große Krankenhausreform?

Von Dr. Kevin Schulte

Völlig entrückt von der Realität. So und nicht anders muss die Pressekonferenz, auf der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) den Bundes-Klinik-Atlas Mitte Mai der Öffentlichkeit vorstellte, zusammengefasst werden. Es sei ein „sehr guter Moment für die Krankenhausbehandlung“ in Deutschland, da Patienten nun Krankenhäuser mit hochwertigen und aktuellen Daten miteinander vergleichen könnten. Wiederholt betonte der Minister, dass die Datenqualität angelegt werden würde, um „keinen Etikettenschwindel“ zu betreiben.

Noch mal zur Erinnerung: Gegen großen und zähen Widerstand der Bundesländer hatte Karl Lauterbach

das Kliniktransparenzgesetz durchgedrückt, angeblich, um durch ein Mehr an Transparenz einen Qualitätswettbewerb bei der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft in Gang zu setzen.

Der Bundes-Klinik-Atlas war nicht lange öffentlich zugänglich und schon hagelte es massive Kritik. Nahezu aus allen ärztlichen Fachverbänden kamen vernichtende Urteile. Fehlerhafte Fallzahlen, fehlende Fachabteilungen und unsinnige Verknüpfungen wo man nur hinschaue. Ein unterhaltsames Beispiel: Wer nach „Klinik für Urologie“ sucht, wird an neurologische Kliniken verwiesen. Wenn das nicht mal den Patienten hilft, die dem Minister blauäugig geglaubt haben, dass einem auch bei umgangssprachlichen Eingaben zielgerichtet geholfen wird.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat sich bemüht, die Misere einmal zu quantifizieren. Das Ergebnis ihrer Befragung von mehreren Hundert Kliniken: Vier von fünf Krankenhäuser werden fehlerhaft dargestellt.

Entsprechend vernichtend äußerte sich der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft,

Dr. Gerald Gaß. Für ihn ist klar: Der Minister trägt persönlich die Verantwortung für dieses Desaster und die damit verbreitete Falschinformation. Auch seitens des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und sogar von Lauterbachs Parteifreund und niedersächsischem Gesundheitsminister Andreas Philippi kam heftige Kritik und die Forderung den Bundes-Klinik-Atlas abzuschalten.

Anstatt den Klinikatlas abzuschalten, wurde mit einem Update auf die Kritik reagiert. Die Konsequenz:

### Mit wenigen Klicks können sie Kliniken vergleichen ...

versprach **Karl Lauterbach** Patienten noch bei der Veröffentlichung des Klinik-Atlas im Mai

Statt kompliziert und fehlerhaft ist der Klinikatlas nun vereinfacht und nutzlos. Konnte man anfangs nach jeder Diagnose suchen, so wurde die überarbeitete Variante inhaltlich auf wenige Fachbereiche und Prozeduren zusammengestrichen, um eine wenigstens halbwegs kontrollierte Datenbasis zu haben. Wer zum Beispiel etwas zum Thema Herzinsuffizienz, Leber- oder Nierenerkrankungen oder gar Diabetes mellitus finden will, sucht vergebens. Werden nun zwei Kliniken qualitativ miteinander

verglichen, so wird als Qualitätsparameter nur die Anzahl der Prozeduren sowie der globale Pflegepersonalschlüssel des Krankenhauses aufgeführt. Es interessiert nicht mal, wie viele Pflegekräfte tatsächlich in der entsprechenden Abteilung tätig sind. Diese brutale Verkürzung als einen „sehr guten Moment für die Krankenhausbehandlung“ zu verkaufen hätte sich nicht mal Lorient getraut!

Recht haben die, die befürchten, dass die Güte des Bundes-Klinik-Atlas einen Vorgeschmack auf die kommende, große Krankenhausreform gibt. Dieser verfolgt nämlich das politstrategische Ziel, den deutschen Krankenhäusern eine Leistungsgruppe zuzuteilen, bevor diese offiziell definiert oder gar den Krankenhäusern von den Planungsbehörden zugeteilt werden konnte. Kurzum: Der Bundes-Klinik-Atlas ist Lauterbachs Instrument, um von der Friedrichstraße aus in die Planungshoheit der Länder einzugreifen. Nicht umsonst haben die Länder das nicht zustimmungspflichtige Kliniktransparenzgesetz heftig im Vermittlungsausschuss attackiert. Wenn nun die Leistungsgruppenzuteilung gleichsam solide und sinnvoll vorgenommen wird, wie die bisherige Erstellung des Klinik-Atlas, ist Karl Lauterbach zu unserem Leid ein Dilettantismus-Meisterwerk gelungen! **SIEHE AUCH SEITE 3**

### BERUFSPOLITIK

Rentenversicherungspflicht für Ärzte? Das könnte die Lösung sein.

SEITE 5

### MEDIZIN

IgA-Nephropathie: „Null Gramm Albuminurie ist das Ziel.“

SEITE 11

### PANORAMA

Wie sich Arzt und Musiker Rainer Limpinsel selbst vom Diabetes heilte.

SEITE 16

### GESETZENTWURF

## Notfälle: Jetzt wird gesteuert

Minister Lauterbach fügt seinem Reformwerk einen weiteren Baustein zu: die Reform der Notfallversorgung. Damit soll der vertragsärztliche Notdienst besser mit den Notaufnahmen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst vernetzt werden. Kernelemente des Referentenentwurfs aus dem BMG sind die Einrichtung einer Akuteilstelle, in der die 112 und 116 117 verzahnt werden, eine Ausweitung des Sicherstellungsauftrages der KVen sowie eine flächendeckende Schaffung integrierter Notfallzentren (INZ). Ob sich damit die Patientenströme sinnvoll lenken lassen? Wir blicken genauer in den Entwurf. **SEITEN 8 UND 9**

### ES FEHLT AN KOOPERATION

## Baustelle Schlafapnoe

Wenn ein Patient mit obstruktiver Schlafapnoe ein Schlaflabor braucht, dann heißt es Geduld haben. „Es gibt teilweise Wartezeiten bis zu 24 Monaten“, berichtete Professor Christoph Schöbel, Leiter des Zentrums für Schlaf- und Telemedizin an der Universitätsmedizin Essen. Ein Kapazitätsproblem? Nicht unbedingt, so Schöbel beim DGP-Kongress in Mannheim. Er sieht vor allem Defizite in der Versorgungsstruktur in Deutschland, die dazu führen, dass unterschiedliche Versorger nicht kooperieren und dass Patienten im Schlaflabor untersucht werden, die dort gar nicht sein müssten. **SEITE 14**

EDITORIAL

# Reformen jenseits der Realität



Von **Christine Neumann-Grutzeck**  
Präsidentin des BDI

Unfähigkeit kann man Gesundheitsminister Lauterbach wahrlich nicht vorwerfen. Im Gegenteil: GVSG, KHVVG, Notfallreform oder Klinik-Atlas – ein Vorhaben jagt das nächste. Was aber bei all dem gänzlich fehlt, ist der Realitätsbezug.

Das detaillierte Wissen darüber, wie Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik tagtäglich arbeiten, mit welchen Problemen wir wirklich konfrontiert sind und wo der Schuh am meisten drückt. Für all diese Unkenntnis ist der aktuelle Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung wieder mal ein sehr gutes Beispiel.

Aber fangen wir mal mit den guten Nachrichten an: Einige unserer Forderungen aus unserem Positionspapier von 2022 zur Patientensteuerung wurden im Gesetzentwurf aufgenommen, wie

beispielsweise die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus den Integrierten Notfallzentren (INZ) in die vertragsärztliche Versorgung. Das reicht aber bei Weitem nicht aus. Eine effiziente Patientensteuerung muss viel konsequenter durchgesetzt werden. Auch das Leistungsversprechen an Patientinnen und Patienten muss realistisch sein – in personeller und finanzieller Hinsicht. Wir brauchen auch dringend ein Umdenken auf der Patientenseite.

Der BDI hat zudem eine verpflichtende telefonische oder digitale Ersteinschätzung gefordert. Der Entwurf ist an dieser Stelle leider viel zu zaghaft und entpuppt sich als oldschool. Auch das geht an der Realität komplett vorbei: Junge Menschen organisieren ihr Leben digital. Sogar 85 Prozent der 60- bis 69-Jährigen sind laut Studien täglich im Netz aktiv. Der zunehmende Ärzte- und Fachkräftemangel zwingt uns, digitale Tools und KI zu nutzen, und das so schnell wie möglich.

Ein weiterer Punkt der geplanten Notfallreform ist die Einrichtung einer Akutleitstelle und die Vernetzung der 112 und 116 117. Klingt gut,

kann aber nur gelingen, wenn sie ausgebaut und zu einem echten Instrument der Daseinsfürsorge wird. Dieses müsste dann aber aus Steuergeldern finanziert werden.

Einer der größten Aufreger des Gesetzesentwurfs: Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ist in Wahrheit eine Leistungsausweitung – telemedizinische Betreuung und aufsu-



## Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages ist in Wahrheit eine Leistungsausweitung.

chender Dienst, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche. Das ist in der aktuellen Situation völlig unrealistisch und unnötig, zumal durch das BSG-Urteil zur Sozialversicherungspflicht der Poolärztinnen und -ärzte in vielen Regionen der ärztliche Bereitschaftsdienst in den vergangenen Monaten massiv eingeschränkt werden musste.

Lauterbach verspricht, Abhilfe zu verschaffen. Wir werden sehen. Die Versorgung muss auf jeden Fall flexibel an den regionalen Bedarf angepasst werden.

Auch das zweite Update des Klinik-Atlases führt zu keiner Verbesserung, ganz im Gegenteil. Die erste Version war unübersichtlich und inhaltlich falsch, die aktuelle ist übersichtlich, aber nutzlos.

Durch die massive Simplifizierung hat der Atlas keinerlei Aussagekraft mehr über die Versorgungsqualität der Kliniken für Patientinnen und Patienten. Er muss abgeschaltet und grundlegend überarbeitet werden.

Die Gesetzentwürfe zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, zur Krankenhaus-Reform und zur Notfallversorgung durchlaufen aktuell das parlamentarische Verfahren und werden wegweisend für die Zukunft unserer Versorgung sein. Wir werden unsere internistische Versorgungskompetenz weiterhin in den Prozess einfließen lassen.

Ihre

Christine Neumann-Grutzeck

IM FOKUS

# Mehr Durchgriffsrechte für stabile TI

Ein kontrolliertes Marktmodell soll der Anbietervielfalt Grenzen setzen und Standardisierung soll Anwenderfreundlichkeit schaffen: Das sind die neuen Digitalpläne von Gesundheitsminister Lauterbach.

Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) will der Digitalisierungsstrategie neuen Schub verleihen. Dazu strafft er die Strukturen, aus der Gesellschaft für Telematik (gematik) soll eine „Digitalagentur Gesundheit“ werden. Ziel ist es, „stringente Entscheidungsstrukturen und eine beschleunigte Transformation“ in Bewegung zu setzen. Das geht aus dem Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Schaffung einer Digitalagentur im Gesundheitswesen“ hervor.

Die Digitalagentur soll ihre Aufgaben mit einem stärkeren Mandat angehen und zu einer „schlagkräftigen und zukunftsfähigen Organisation“ werden. Dazu erhält sie – per Gesetz – auch tatsächlich mehr Durchsetzungsmöglichkeiten gegenüber den IT-Herstellern.

Der Entwurf benennt klar, dass das Aufgabenportfolio der Digitalagentur neu strukturiert werden soll.

### Eingriff per Verordnungen

Allerdings soll das Bundesgesundheitsministerium (BMG) per Verordnung ermächtigt werden können, die Aufgaben der Agentur im Bedarfsfall anzupassen, um zusätzliche Kompetenzen zu erweitern beziehungsweise zu reduzieren.

Zur Erinnerung: Das Gesundheitsministerium hält an der heutigen gematik 51 Prozent, unter den weiteren Gesellschaftern finden sich auch die Vertreter der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, mithin also auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband.

TI-Anwendungen sollen künftig tatsächlich per Klick funktionieren und sich stärker an den Nutzern orientieren.  
© HEINO PATTSCHULL / STOCK.ADOBE.COM



Die Agentur soll künftig vom Gesetzgeber mehrere Aufgaben erhalten:

**Kontrolliertes Marktmodell:** Komponenten, Dienste und Anwendungen, die das Rückgrat der digitalen Versorgung bilden, sollen von der Agentur künftig in einem kontrollierten Marktmodell über Ausschreibungsverfahren beschafft und bereitgestellt werden können, heißt es in dem Entwurf. Die Angebotsbündelung soll der Agentur zu vertraglichen Steuerungsmöglichkeiten verhelfen und damit Qualität, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und zeitgerechte Bereitstellung der Produkte „entscheidend verbessern“. Bessere Wirtschaftlichkeit bedeutet nach Ansicht des BMG tatsächlich auch eine bessere Preisgestaltung für die Nutzer in Praxis und Klinik.

**Interoperabilitäts-Governance:** Das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KiG) soll aufgewertet werden und künftig qualitative und quantitative Funktionen informationstechnischer Systeme im Gesundheitswesen festlegen. Dies solle sicherstellen, dass die Systeme zum Beispiel von den Ärzten in den Praxen nutzbar seien und deren Verwaltungsaufwand verringerten.

### Gesetz mit Sparpotenzial

- **Auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes** sei durch die zentrale Ausschreibung von Komponenten und Diensten durch die Digitalagentur Gesundheit mit nicht bezifferbaren Einsparungen zu rechnen, heißt es im Referentenentwurf des BMG.
- **Rund 4 Millionen Euro** sollen die Kassen indes pro Jahr durch den Wegfall der Pauschale für den elektronischen Arztbrief und der Telefaxkosten einsparen.

**Standardisierung der Prozesse:** Die Digitalagentur soll zuständig werden für das Festlegen von nutzerfreundlichen Standards der Komponenten, Dienste und Anwendungen der TI. Und sie soll eine Ende-zu-Ende-Verantwortung erhalten.

**Service:** Die Agentur soll Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen und der Pflege unterstützen. Zudem soll sie die europarechtlichen Vorgaben für das Schaffen eines Europäischen Gesundheitsdatenraumes vorbereiten.

**Anlaufstelle für Problemfälle:** Die bereits bestehende koordinierende Stelle der gematik erhält mit der Umwandlung letzterer in eine Digitalagentur den sehr konkreten Auftrag, zentrale Anlaufstelle für Anliegen in Sachen E-Rezept, sicheres Kommunikationsverfahren KIM und den TI-Messenger zu sein. So sollen Störungen frühzeitig erkannt und angegangen werden.

**Mehr Durchschlagskraft bei TI-Störungen:** Ausfälle von TI-Anwendungen und Komponenten sind nicht nur lästig, sie stören die Abläufe in der Versorgungswelt gehörig. Noch schlimmer ist es, wenn Datensicherheitsrisiken drohen. Hier hat sich laut BMG in der

Vergangenheit gezeigt, dass die Anbieter die verbindlichen Anweisungen der gematik nicht immer befolgten. Die Digitalagentur soll daher eine Nichtbefolgung künftig mit Bußgeldern ahnden können.

Werden die Anweisungen „nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig“ durchgeführt, handelt es sich laut dem Referentenentwurf um eine Ordnungswidrigkeit, die mit bis zu 25.000 Euro geahndet werden kann.

### Schluss für die Pauschale?

Weniger schön für die Praxisteamer ist jedoch, dass mit dem Digitalagentur-Gesetz die Förderung des elektronischen Arztbriefes (E-Arztbrief) einkassiert werden soll. Seit dem 30. Juni dieses Jahres sind Vertragsärzte verpflichtet, E-Arztbriefe über KIM (Kommunikation im Medizinwesen) zumindest empfangen zu können. Die bisherigen E-Arztbrief-Pauschalen (GOP 86900 und GOP 86901), die als Anschubfinanzierung galten, seien daher nicht mehr erforderlich, heißt es im Referentenentwurf.

„Auch die Übermittlung von Telefaxen soll aus diesem Grund nicht mehr vergütet werden“, so die deutliche Ansage. (af/reh)

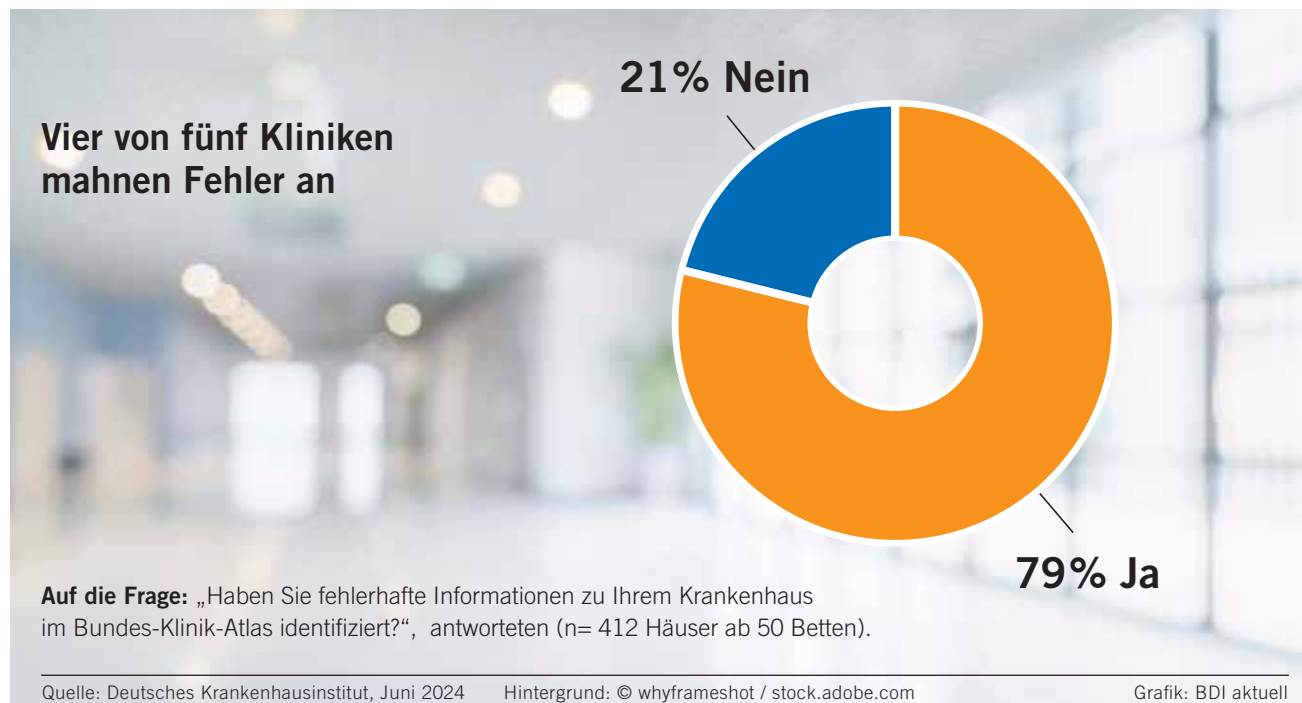
# Das große Lastenheft des Bundes-Klinik-Atlas

Mit wenigen Klicks sollten Patienten die Qualität von Kliniken erfassen und vergleichen können. In seiner Startversion war der Bundes-Klinik-Atlas aber vor allem eines: eine Ansammlung fehlerhafter Informationen.

Dass sich in Datenbanken und Vergleichsportalen schon einmal Fehler einschleichen können, ist bekannt. Bei einem Transparenzregister fürs Gesundheitswesen sollte dies aber, wenn überhaupt, auf minimalem Niveau passieren, schnell erkannt und schnell behoben werden. Dies umso mehr, wenn es Auswirkungen auf Versorgungsentscheidungen und damit die Patientensicherheit hat.

Beim Bundes-Klinik-Atlas ist das alles andere als rund gelaufen. Mitte Mai ließ Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) den Online-Atlas freischalten. In der Pressekonferenz am 17. Mai versprach er noch: „Mit dem Bundes-Klinik-Atlas bieten wir Patientinnen und Patienten einen übersichtlichen Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel in Deutschland. Mit wenigen Klicks können sie Kliniken vergleichen und für die benötigte Behandlung in ihrer Nähe die beste Klinik finden.“

Es gehe beim Atlas nicht um schlechte oder gute Krankenhäuser, sondern darum, welche Klinik für welchen Eingriff die nötigen personellen und technischen Voraussetzungen sowie die nötige Expertise habe und diesen bestimmten Eingriff deshalb gut machen könne. Es sei wichtig, dass Patienten diese Informationen bekämen, so der Minister. Lauterbach hatte in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass jährlich Hunderttausende Betroffene eine Krebs-Diagnose erhielten und dann auf der Suche nach der für sie am besten geeigneten Kli-



nik seien. Das wolle man nicht weiter dulden.

Die Daten, die jetzt im Atlas stehen, sind aus dem Jahr 2022. Schneller könnten sie nicht dargestellt werden, so Lauterbach im Mai. Man brauche ja Angaben eines ganzen Jahres, die dann erst noch ausgewertet werden müssten. Gleichwohl, so Lauterbach, „sind die Daten aktuell und aussagefähig. Das ist die erste Publikation, die medizinisch sinnvoll ist.“

## Nicht das letzte Update

Nur drei Wochen nach dem Start des Bundes-Klinik-Atlas zeigte sich allerdings, dass die neu geschaffene Transparenz erhebliche Mängel aufweist. 79 Prozent der über 400 Allgemeinkrankenhäuser, die sich an einer Repräsentativbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) beteiligt hatten, identifizierten fehlerhafte Angaben zu ihren Häusern im Online-Atlas.

Dabei bemängelten die Krankenhäuser vor allem folgende Fehlinfo-

mationen in dem bundesweiten Transparenztool:

- Falsche oder fehlende Fallzahlen
- Falsche oder fehlende Bettenzahlen
- Falsche oder fehlende Notfallstufen
- Falsche, falsch bezeichnete oder fehlende Fachabteilungen
- Undifferenzierte oder nicht nachvollziehbare Fachabteilungszuordnungen
- Falsche nicht nachvollziehbare Pflegepersonalquotienten
- Fehlende Zertifikate
- Falsche Adressen, Krankenhausnamen oder Krankenhausträger
- Fehlende Berücksichtigung belegärztlicher Leistungen
- Veraltete Daten
- Schwierige oder nicht nachvollziehbare Suchroutinen

Gesundheitsminister Lauterbach hatte daraufhin immerhin eingeräumt, dass der Klinik-Atlas ein Update brauche. Interessant dabei: Hinweise der Kliniken, dass die aus den Qualitätsberichten stammenden Daten fehlerhaft oder

veraltet seien, würden „kurzfristig aufgegriffen“, schrieb Lauterbachs Ministerium etwa in einer Antwort auf eine Anfrage der Unionsfraktion im Bundestag. Zudem würden Krankenhäuser um Korrektur oder Präzisierung ihrer Angaben gebeten. Die Angaben im Portal würden dann entsprechend angepasst. Dies sei nicht ungewöhnlich: „Aktualisierungen sind Wesensmerkmale von Digitalprojekten wie dem Bundes-Klinik-Atlas“, heißt es in der Antwort des BMG.

Das versprochene Update ist kürzlich erfolgt: Anstatt Infos zu 23.000 verschiedenen Eingriffen anzuzeigen, gibt die geänderte Version des Portals nun Auskunft über die Qualität von 20 Eingriffen in den rund 1.700 Krankenhäusern. (af, bwa, hom, reh)



Der BDI hat ausführlich Stellung zum Bundes-Klinik-Atlas bezogen. Mehr dazu unter <https://go.sn.pub/z5tm9t> oder einfach den QR-Code scannen.

## GASTKOMMENTAR

# „Wir fordern, den Atlas abzuschalten“

In seiner jetzigen Form stellt der Bundes-Klinik-Atlas ganz klar eine Gefährdung der Patientensicherheit dar. So kann er nicht am Netz bleiben.

Von Dr. Ruth Hecker

Wir vom Aktionsbündnis Patientensicherheit üben Kritik am Klinikatlas. Ganz deutlich: Wir fordern, den Patientenatlas abzuschalten – wegen falscher und fehlender Infos – wegen Gefährdung der Patientensicherheit.

Unsere Kritikpunkte lauten: In der Vorbereitung fand kein ausreichender Pretest statt, es erfolgte keine Einbindung von differenzierter Expertise, es gibt keinen Fahrplan, wann was wie veröffentlicht werden soll. Die Antworten sind lückenhaft und falsch und sind auf die Weise für Patientinnen

und Patienten bedeutungslos. Da wertvolle Zeit im Prozess der Suche verloren geht, ist das alarmierend.

Hat jemals jemand die Patientinnen und Patienten gefragt, was sie denn genau wissen wollen und welche Informationen sie für ihre Entscheidungsfindung benötigen?

Unsere Verbesserungsvorschläge unter der Einbeziehung von Patientensicherheit beinhalten: Vor allen Dingen sollten Inhalte aufgenommen werden, die verdeutlichen, dass Krankenhäuser dafür sorgen, dass die qualitätsweisen Standards eingehalten werden, um eine sichere Gesundheitsversorgung zu garantieren.

■ **Beispiel Strukturqualität zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit:** Closed Loop Systeme, diese verhindern sehr viele Fehler im Prozess der Arzneimitteltherapie.

■ **Beispiel Strukturqualität zum Thema Sicherheitskultur- und Teamkultur:** Ergebnisse der Befragungen zu den Themen Sicherheitskultur und Teamkultur bei den Mitarbeitenden,



Der Atlas blendet Patientenbedürfnisse komplett aus, kritisiert Dr. Ruth Hecker. © AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

denn Mitarbeitersicherheit ist Patientensicherheit!

■ **Beispiel Strukturqualität:** Fragebögen zur Messung der Patientenerfahrung (Patient-Reported Experience Measures, PREMs) zu den Behandlungen. Wir behandeln Patientinnen und Patienten und sollten strukturiert von ihnen Outcome, Lebensqualität, Erfahrungen, z.B. im Umgang mit Hygiene und der Kommunikation erfragen.

Derzeit muss man Patientinnen und Patienten leider davon abraten, in den Bundes-Klinik-Atlas zu schauen.

Die Idee hinter dem Atlas ist grundsätzlich zu begrüßen: dass Patientinnen und Patienten dort gesicherte Informationen darüber finden, wo sie mit ihrer Krankheit in guten Händen sind. Doch weder ist seine Geburtsstunde klug gewählt, noch enthält er Daten, die Patientinnen und Patienten wirklich weiterhelfen. Ganz abgesehen davon, dass sie nicht stimmen.

Außerdem sollte sich der Atlas nicht auf Krankenhäuser beschränken. Die MVZ nehmen zu, ambulante Operationen auch. Der ambulante Bereich ist eine Blackbox. Jedes Jahr werden 2,5 Millionen Krankenhausaufenthalte durch Vorfälle im ambulanten Sektor verursacht, warum sollte das ausgeklammert werden?

Sechs Prozent aller Krankenhausaufenthalte werden durch nachfolgende schadensbedingte Krankenhausbehandlungen verursacht, entstanden durch Patientenschäden in der ambulanten Behandlung.

Dr. Ruth Hecker ist Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

## Bekanntmachung

Delegiertenversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.

Samstag, 14. September 2024, 10:00 – 16:00 Uhr, Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Hörsaal, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

**TOP 1** Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung vom 13. April 2024

**TOP 2** Verleihung des BDI-Stipendiums

**TOP 3** Bericht zur aktuellen berufspolitischen Lage (inkl. Aussprache)  
Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)

**TOP 4** Anträge

### Mittagspause

**TOP 5** Erläuterung des Wahlverfahrens  
Dr. Wolfgang Wesiack (Wahlleiter)

**TOP 6** Wahlen des Vorstandes

**TOP 7** Wahlen des Präsidiums

**TOP 8** Verschiedenes

Christine Neumann-Grutzeck  
Präsidentin des BDI



## GESETZENTWURF

# Bundesrat macht Druck bei Organspende

Der Bundesrat hat am 5. Juli einen Gesetzentwurf für die Einführung einer Widerspruchsregelung bei der Organspende verabschiedet. Die Länderkammer fordert darin, das Transplantationsgesetz zu ändern, um eine Widerspruchsregelung einzuführen.

Dabei handele es sich nicht um eine „Zwangspflicht“, sagte Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha (Grüne) anlässlich der Abstimmung. „Jeder ist frei, zu widersprechen.“ Der Widerspruch kann dadurch erfolgen, dass er im Organspende-Register, im Spendeausweis, in der Patientenverfügung, in der elektronischen Patientenakte, auf einem Zettel oder in einer Notfallapp auf dem Handy dokumentiert oder bekannt gemacht wird. Er hoffe, dass der Gesetzentwurf einen „Impuls“ in Richtung Bundestag sende, sagte Lucha.

Nun muss sich der Bundesgesetzgeber damit befassen, der Bundesratsbeschluss ist jedoch für den Bundestag nicht bindend.

Im Januar 2020 war ein Antrag für die Widerspruchsregelung im Bundestag gescheitert.

Im April dieses Jahres haben Bundestagsabgeordnete von CDU/CSU, SPD, FDP, Grünen und der Linken einen neuen interfraktionellen Anlauf für die Widerspruchsregelung gestartet. (fst)

# Mit Pauschalen zur besseren Versorgung?

Eine jährliche Pauschale für chronisch Erkrankte und Entbudgetierung für Hausärzte – das soll die ambulante Versorgung stärken. Doch was steckt noch in Lauterbachs Entwurf für ein Versorgungsgesetz? Ein Überblick.

Von Dr. Norbert Smetak

Der lang angekündigte Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat am 12. April 2024 das Licht der Welt erblickt. Rund fünf Wochen später, am 22. Mai, folgte eine überarbeitete Version für das Kabinett, die wichtige Neuerungen wieder kassierte.

Ein Kernpunkt des Entwurfs ist die bereits im Koalitionsvertrag versprochene Entbudgetierung der Hausärzteschaft. Des Weiteren soll statt der Quartalspauschale eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch Erkrankter eingeführt werden, die pro Versichertem nur einmal abrechenbar sein soll.

Auch eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages ist vorgesehen. Diese erhalten Hausärztinnen und Hausärzte aber nur, wenn sie sich zu einer bedarfsgerechten Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen und zu bedarfsgerechten Praxisöffnungszeiten verpflichten. Außerdem müssen sie eine Mindestanzahl an Versicherten versorgen sowie elektronische Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) regelmäßig nutzen. Zusätzlich wird eine Bagatellgrenze von 300 Euro für Regresse bei unzulässiger Medikamentenverordnung festgelegt.

Ebenso sollen die Rechte der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei Entscheidungen, die die Pflege betreffen, gestärkt werden. Und: Patientenvertretern soll ein einmaliges Vetorecht bei Entscheidungen des G-BA eingeräumt werden.

Um die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) voranzubringen, war im ersten Aufschlag ein Bonus von



Mit dem GVSG soll es bei chronisch Erkrankten eine Abkehr vom bisherigen Quartalsbezug geben. © KZENON / STOCK.ADOBE.COM

30 Euro jährlich für die HZV-Teilnahme vorgesehen, der von den Kassen bezahlt werden sollte. Zusätzlich war ein Stimmrecht der Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen geplant. Beide Punkte waren nach der Überarbeitung für das Kabinett nicht mehr enthalten. Stattdessen kam neu hinzu, dass die vorgesehene jährliche Versorgungspauschale kostenneutral umzusetzen ist. Weitere Neuerungen – wie die in vorhergehenden Arbeitspapieren geplanten 1.000 Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren sowie die vorgesehene Finanzierung neuer Studienplätze durch Krankenkassen –

hatten es nicht einmal in den Referentenentwurf vom April geschafft.

Doch wie ist das GVSG nun in seiner Entwicklung und seinen Auswirkungen zu bewerten?

Die überfällige Entbudgetierung der Hausärzteschaft ist als wichtiger Schritt einer weiteren nötigen Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung zu betrachten. Die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte unter dem Junktim einer Kostenneutralität droht zu Umverteilungen zu führen. Sie ist ebenso kritisch zu sehen wie eine an vielfältige Bedingungen geknüpfte Vor-

haltepauschale. Der Wegfall des HZV-Bonus verhindert zumindest eine Fehlallokation für Gesunde, behindert aber Steuerungseffekte durch die Hausarztzentrierte Versorgung als Primärzugang. Die Einführung einer Bagatellgrenze auch für die Fachärzteschaft ist positiv zu bewerten – sie ist aber auch das bisher einzige Zugeständnis für Fachärztinnen und -ärzte.

Vorsicht ist weiterhin bei den nicht mehr auftauchenden Vorhaben wie der Errichtung von Gesundheitskiosken und Primärversorgungszentren sowie der Finanzierung von Medizinstudienplätzen durch die Krankenkassen ge-

## GVSG – hier gilt es genau hinzuschauen

Auf diese Punkte wird der BDI im Verlauf der Gesetzgebung besonders achten:

1. Bei der Entbudgetierung der Hausärztinnen und -ärzte darf es nicht nur eine Umverteilung geben, sondern es muss eine Honorierung aller erbrachten Leistungen folgen.

2. Bei den Fachärztinnen und -ärzten muss der weitere Schritt zur Entbudgetierung erfolgen, damit mehr Terminangebote ermöglicht werden können.

3. Die geplante Ausweitung der Einflussnahme von Landesbehörden auf die Zulassungsausschüsse muss weiterhin verhindert werden, damit der Sicherstellungsauftrag der KVen nicht weiter ausgehebelt wird.

4. Neue unnötige Schnittstellen wie die ursprünglich geplanten Gesundheitskioske müssen verhindert werden, um die dafür benötigten Finanzmittel in bestehende Versorgungsstrukturen zu investieren.

boten. Hier hat das Bundesgesundheitsministerium angekündigt, diese Planungen eventuell im weiteren Gesetzesverfahren wieder aufzunehmen.

## GASTBEITRAG

# GVSG bedroht Existenz der Schwerpunktpraxen

Umverteilung statt mehr Geld für die Versorgung: Warum das GVSG diabetologische und andere Schwerpunktpraxen ins Straucheln bringen wird.

Von Toralf Schwarz

Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) war als Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune konzipiert. Davon ist so gut wie nichts mehr übrig geblieben. Mittlerweile ist es jedoch üblich, in Gesetzesvorlagen Themen zu verstecken, die mit dem Titel der Vorlage nichts mehr zu tun haben.

So wurde kurzerhand die Entbudgetierung der Hausärzte und der Versuch einer Reform der hausärztlichen Vergütung mit hineingepackt. Dieser

Versuch gefährdet die Existenz der Schwerpunktpraxen.

Die hauptsächlichen Probleme: Es ist geplant, wesentliche Pauschalen für die hausärztliche Versorgung neu zu strukturieren. So sollen die bisherigen Vorhaltepauschalen (EBM 03040) an bestimmte Kriterien geknüpft werden, die für Schwerpunktpraxen teilweise kaum umsetzbar sind. Daher haben wir im Gespräch mit dem KBV-Vorstand vorgeschlagen, den Status als Schwerpunktpraxis als alternatives Kriterium mit aufzunehmen. Die KBV hat das Problem erkannt und auch in ihrer Stellungnahme berücksichtigt.

Das größere Problem liegt jedoch in der beabsichtigten Neuordnung der Chronikerpauschalen. Für Versicherte mit „einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf und keinen intensiven Behandlungsbedarf begründet“, sollen die Quartalspauschalen durch Jahrespauschalen ersetzt werden, die nur durch eine einzi-

ge, die Erkrankung behandelnde Arztpraxis abgerechnet werden dürfen. Diese Regelung ist in der Praxis kaum umsetzbar und verkennt die Realität der haus- und fachärztlichen Betreuung. Patienten mit komplexen Erkrankungen, wie z.B. Diabetiker mit kardiovaskulären Erkrankungen werden intensiv beim Diabetologen und beim Kardiologen betreut. Damit besteht jedoch in der versorgenden Hausarztpraxis möglicherweise gar kein intensiver Behandlungsbedarf. Wenn der Hausarzt dies korrekt abrechnet, bekommt der Diabetologe seine Leistung nicht mehr vollständig vergütet. Eine Umsetzung der Gesetzesvorlage ohne wesentliche Korrekturen würde nicht nur die wirtschaftliche Existenz unserer Praxen bedrohen, sondern auch die Versorgung vor allem der schwer Erkrankten erheblich verschlechtern. Dies trifft übrigens nicht nur für die Diabetologie, sondern z.B. auch für Patienten mit HIV oder unter Substitutionstherapie zu. Es muss eindeutig klargestellt werden,

dass die bisherigen Chronikerpauschalen (03220 bis 03222) ohne Einschränkungen weiter abgerechnet werden können, wenn ein intensiver Behandlungsbedarf vorliegt. Der Begriff „intensiver Behandlungsbedarf“ ist zu definieren.

Wie wird sich das Gesetz im ungünstigsten Fall auswirken? Es kommt zur Umverteilung von 7 Milliarden Euro des hausärztlichen Honorars, das entspricht 50% des über die (gedeckelte) morbiditätsbedingte Gesamtvergütung verteilten hausärztlichen Honorars. Abhängig von ihrer Struktur und der Qualität der regionalen DMP-Verträge wird eine Diabetologische Schwerpunktpraxis in der Regel 60% und mehr ihres Umsatzes aus der extrabudgetären Vergütung generieren. Käme das Gesetz ohne Änderungen, könnten somit etwa 15-20% des Gesamtumsatzes ausbleiben. Das entspricht etwa einer qualifizierten Mitarbeiterstelle pro Arzt.

Niemand soll glauben, die versprochene Entbudgetierung der Hausärztli-

chen Versorgung brächte mehr Geld ins System, auch wenn jetzt nicht mehr explizit von Einsparungen die Rede ist, werden die Ausgaben nicht steigen. Stattdessen steigt der bürokratische Aufwand, während das hausärztliche Einkommen sowie die Versorgungsqualität spürbar sinken.

Übrigens: Mit der (in gesonderten Verträgen geregelten) HZV hat die Gesetzesvorlage nichts zu tun, diese werden davon nicht berührt.

Die Forderung an den Gesetzgeber ist einfach und klar: Abrechnungsmöglichkeit aller fachgebietsbezogenen Pauschalen durch alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte, nicht nur durch Erstbehandler. Eine Einführung von Jahrespauschalen in die ärztliche Versorgung erzeugt unnötige Bürokratie und verschlechtert damit die Versorgung.

Der Internist und Diabetologe **Toralf Schwarz** ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND).



# GROSSES ÄRZTE RENTEN-QUIZ

- Ärzte und Ärztinnen sind rentenversicherungspflichtig.
- Ärzte und Ärztinnen sind freiberuflich tätig und unterliegen nicht der Rentenversicherungspflicht.
- Poolärzte der KV sind rentenversicherungspflichtig.
- Ärzte und Ärztinnen in Impfzentren sind von der Rentenversicherungspflicht befreit.
- Notärzte und Notärztinnen sind von der Rentenversicherungspflicht befreit.

© (M) BROADCAST-STUDIO, SAMMA / STOCK.ADOBE.COM  
(GENERIERT MIT KI) | QUIZ-SCHRIFTZUG: TIL

## Wenn die Rentenkasse zugreift

Gilt für Ärztinnen und Ärzte eine Rentenversicherungspflicht? Nach neuen Urteilen des Bundessozialgerichts bleibt die Antwort offen. Vier Szenarien – und ein eindeutiger Appell an den Gesetzgeber.

Von **Isabell Claßen**

**Pool(zahn)ärzte in Baden-Württemberg:** Ein Zahnarzt in Baden-Württemberg wurde als rentenversicherungspflichtig eingestuft, da er in die Organisation des vertragszahnärztlichen Notdienstes der KZV eingegliedert war. Der Zahnarzt hatte keinen unternehmerischen Einfluss auf die Ausgestaltung seiner Tätigkeit, die er innerhalb eines von der KZV vorgegebenen Rahmens erbrachte. Die KZV stellte die Räumlichkeiten, das Personal und die materielle Ausstattung zur Verfügung. Der Zahnarzt konnte nur

die konkreten Abläufe seiner individuellen Behandlung steuern.

Das Bundessozialgericht (Az.: B 12 R 9/21 R) betonte, dass diese Entscheidung nicht allgemein verbindlich ist und andere Fallgestaltungen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen könnten. Ein Beruf kann je nach konkreter vertraglicher Ausgestaltung entweder als Beschäftigung oder als selbstständige Tätigkeit ausgeübt werden, was auch für die (zahn)ärztliche Tätigkeit in einem Notdienst gilt.

Die Entscheidung bezieht sich nur auf den konkreten Fall des Zahnarztes in Baden-Württemberg.

**Ärztinnen und Ärzte in Erstaufnahmeeinrichtungen:** Im Juni 2024 entschied das Bundessozialgericht erneut über die Rentenversicherungspflicht von Ärzten (Az.: B 12 BA 8/22 R; B 12 BA 5/23 R). In beiden Fällen übernahmen Ärzte Aufgaben im Bereich der Erstuntersuchung und des Infektionsschutzes für in hessischen Erstaufnahmeeinrichtungen untergebrachte Flüchtlinge. In einem Fall wurde Rentenversicherungspflicht angenommen,

# 15

**Stunden wöchentlich** – diese Arbeitszeit im Hauptjob reicht, damit Kolleginnen und Kollegen, die nebenberuflich als Notärzte im Rettungsdienst tätig sind, keine Beiträge an die gesetzliche Rentenkasse abdrücken müssen.

im anderen blieb die Entscheidung offen, da unklar war, ob der Arzt eine nennenswerte Organisationsstruktur vorgefunden hatte und in arbeitsteiligem Zusammenwirken mit den Beschäftigten der Einrichtung tätig war.

**Ärztinnen und Ärzte in Impfzentren:** Während der Corona-Pandemie arbeiteten viele Ärzte in Impfzentren, wo ebenfalls klare Dienstpläne und Rahmenbedingungen herrschten. Dennoch wurde keine Rentenversicherungspflicht angenommen. Eine spezielle Regelung im Sozialgesetzbuch Viertes Buch (§ 130 SGB IV) besagt, dass Ärzte in Impfzentren oder mobilen Impfteams im Sinne der Coronavirus-Impfverordnung nicht beitragspflichtig sind. Das Bundessozialgericht bezog sich in seiner Entscheidung ausdrücklich auf diese gesetzliche Sonderregel.

**Notärzte und Notärztinnen:** Auch hier gibt es eine Sonderregelung (§ 23 c SGB IV). Einnahmen aus Tätigkeiten als Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tä-

tigkeiten neben einer Beschäftigung von mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder als zugelassener Vertragsarzt oder in privater Niederlassung ausgeübt werden. Diese Regelung führt dazu, dass Notärzte überwiegend nicht der Rentenversicherungspflicht unterliegen.

Der BDI fordert eine verlässliche, umfassende und einheitliche gesetzliche Regelung im SGB IV, die sicherstellt, dass eine Rentenversicherungspflicht bei einer nebenberuflichen Tätigkeit neben einer Festanstellung (mind. 15 Stunden wöchentlich) oder bei zugelassenen Vertragsärzten oder Ärzten in privater Niederlassung nicht besteht. Diese Regelung fehlt bisher im aktuellen Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungstärkungsgesetz (GVSG). Es bleibt zu hoffen, dass die Forderung des BDI im parlamentarischen Verfahren aufgegriffen wird.

**Lösung unseres Quiz:** Nur die Antwort „Ärzte und Ärztinnen in Impfzentren sind von der Rentenversicherungspflicht befreit.“ ist richtig.

### KOMMENTAR

## Stimmungstief mit Ansage

Von **Dr. Kevin Schulte**



© PHILDERA

Talkshowkompetenz ist eine feine Sache. Und die, das muss man Karl Lauterbach lassen, hat unser Gesundheitsminister. Seine beinahe allabendlichen Auftritte bei Lanz und Co haben ihn während der Corona-Pan-

demie zum Wunschkandidaten der Bevölkerung gemacht und Anfang Dezember 2021 ins Amt des Bundesgesundheitsministers gespült.

Nur ist abendliches Hätte-Wünsche-Könnte eine ganz andere Sache, als ein Ministerium zu führen oder gar ein in die Schiefelage geratenes Gesundheitswesen wieder auf Kurs zu bringen. Und deswegen kommt es, wie es kommen musste: Getrieben von seiner statistischen Weltanschauung hat Lauterbach den Kurs nicht korrigiert, sondern den Kahn konsequent in Untiefen abgedreht.

Die 2019 erst geschaffene Neupatientenregelung – abgeschafft. Alles, was die Vertragsärzte loben, kann ja

nur ihrer Bereicherung dienen. Die – so sollte man meinen – logische Folge: zunehmende Wartezeiten. Und diese gefallen den Bürgerinnen und Bürgern gar nicht, wie der jüngste Health Report des Pharmaunternehmens Stada zeigt. Die Unzufriedenheit der Deutschen mit ihrem Gesundheitswesen ist so groß wie noch nie. Bemerkenswert: Karl Lauterbach hat es seit seinem Amtsantritt geschafft, die Zufriedenheitswerte der Deutschen mit ihrem Gesundheitswesen um 12 Prozentpunkte zu drücken. Glückwunsch!

Anstatt nun hämisch zu denken „Liebe Bevölkerung, wir haben es Euch gleich gesagt!“, ist vielmehr gefragt, die Gesundheitssystemkompe-

tenz der Bevölkerung zu stärken. Allen muss klar werden: Ambulantisierung, Entbürokratisierung und Steuerung sind Gebot der Stunde.

Anstatt durch staatliche Fesseln Leistungsträger zu Dienst nach Vorschrift im Takt der Stechuhr auszubremsen, brauchen wir eine entfesselte, sprich entbudgetierte Vergütung von ambulanten Leistungen. Wir brauchen Politiker, die Lust auf Selbstständigkeit und Arbeit machen! Die Daten zeigen es doch eindeutig: Die Bevölkerung will eine Politik, die mehr ärztliche Kapazität zum Ergebnis hat und nicht weniger! Und zu guter Letzt, wir brauchen Politiker, die aufhören mit hätte-wünsche-könnte und

sich grade machen: Ohne Steuerung wird es nicht gehen.

Aber Achtung: Für viele ist der Lockruf der heilbringenden Verstaatlichung immer noch groß. Deswegen – lasst uns die Gesundheitssystemkompetenz unserer Patienten stärken!



Ihr Weg zur BDI-Meldung zum Health Report:  
<https://go.sn.pub/rrtpj5> oder QR-Code scannen

Schreiben Sie dem Autor unter:  
[berufspolitik@bdi-aktuell.de](mailto:berufspolitik@bdi-aktuell.de)

## AUS DEM VERBAND

BDI-Wahl 2024:  
Ihre Vorschläge  
sind gefragt!

Als Mitglied des BDI haben Sie in diesem Jahr die Gelegenheit, durch die Wahl in den Vorstand des BDI die Zukunft des Berufsverbandes selbst aktiv mitgestalten zu können. Gewählt wird der Vorstand und im Anschluss daran das Präsidium am Samstag, den 14. September 2024, ab 10:00 Uhr.

## Werden Sie aktiv im BDI-Vorstand

Der Vorstand besteht aus 13 Mitgliedern. Zehn Mitglieder werden von der Delegiertenversammlung gewählt. Drei weitere Mitglieder sind die Sprecherinnen und Sprecher der Landesverbände, der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die in separaten Wahlen am Vorabend der Delegiertenversammlung gewählt werden.

Ihr Wahlvorschlag muss bis spätestens 15. August 2024 bei der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden eingegangen sein. Die Kolleginnen und Kollegen der Geschäftsstelle stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung, um Ihre Fragen zu beantworten und Sie bei Ihrem Bewerbungsprozess zu unterstützen.

Alle notwendigen Informationen, das Wahlvorschlagsformular sowie die Satzung und Wahlordnung finden Sie hier:



## STATIONÄRE ZUSCHLÄGE

Finanzspritze  
für Kliniken auf  
dem Land

Von Prenzlau im Nordosten bis hinunter nach Zwiesel in Bayern: Bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum bekommen auch im nächsten Jahr einen Zuschlag. Insgesamt erhalten 121 dieser Krankenhäuser eine pauschale Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Das entspricht gut 60 Millionen Euro, die zusätzlich zur normalen Krankenhausfinanzierung gezahlt werden, teilten der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband mit.

Die Förderhöhe richtet sich dabei nach der Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen – darunter Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin. Hält ein Krankenhaus eine oder zwei der notwendigen Fachabteilungen vor, erhält es einen Zuschlag von 400.000 Euro.

Für jede weitere der bedarfsnotwendigen Fachabteilungen kommen 200.000 Euro dazu. Gesetzlich vorgegeben sind somit je Haus zwischen 400.000 und 800.000 Euro. Im laufenden Jahr verteilen sich die Zuschläge den Angaben zufolge auf 82 Häuser mit je 400.000 Euro, 19 Häuser mit je 600.000 Euro und 20 Häuser mit je 800.000 Euro. Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende beim GKV-Spitzenverband, Stefanie Stoff-Ahnis, wies daraufhin, dass Kliniken auf dem Land bereits im fünften Auszahlungsjahr Zuschläge erhielten. (hom)

Reformkonflikt: Länder drohen  
mit Vermittlungsausschuss

16 gegen Lauterbach: Bei der erstmaligen Beratung der Krankenhausreform im Bundesrat ist die Stimmung angespannt. Der Bundesgesundheitsminister sieht sich massiven Vorwürfen ausgesetzt.

Der Bundesrat hat im Streit um die Krankenhausreform damit gedroht, das Gesetz im Vermittlungsausschuss zu stoppen. Die Frage, ob das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zustimmungsfrei oder zustimmungspflichtig ist, sei ein Streit „um des Kaisers Bart“, stellte Niedersachsens Ministerpräsident Stephan Weil (SPD) am 5. Juli im Bundesrat klar.

Gebe es keine Einigung des Bundesgesundheitsministeriums mit den Ländern, dann werde der Bundesrat mit einer Zweidrittel-Mehrheit den Vermittlungsausschuss anrufen, sagte er bei der erstmaligen Beratung des KHVVG in der Länderkammer. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) sah sich dabei einer einstimmigen Front von Ländern gegenüber. Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme, den Gesetzentwurf als zustimmungspflichtig zu deklarieren.

Weil machte deutlich, dass das Gesetz längst nicht mehr auf der Ebene der Fachpolitiker ressortiert. Bei der Krankenhausversorgung „schauen die Leute genau hin, was die Politik mit ihnen macht“, argumentierte der Ministerpräsident. Er beklagte, „seriöse Hinweise“ der Länder seien vom Bund bisher nicht beachtet worden. Hinzu komme, dass ohne eine Auswirkungsanalyse keine Zustimmung möglich sei. „Man kann nicht von den Ländern verlangen, die Katze im Sack zu kaufen.“ Weil betonte, dass er in wichtigen Punkten Einigkeit zwischen Bund und Ländern sehe und schloss: „Eine Reform ist zeitnah möglich.“

Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha (Grüne) warf Lauterbach vor, einen „hoch elitären Ansatz“ zu verfolgen. Den Konsenskurs, der vor einem Jahr durch das



Gordischer Knoten Klinikreform: Die Länder kritisieren Lauterbachs Alleingänge. © PIXELROBOT / STOCK.ADOBE.COM

## Korrekturen angemahnt

Die Fachausschüsse des Bundesrates hatten in einer 71-seitigen Stellungnahme Streichungen, Veränderungen oder auch die Wiederbelebung von Regelungen aus früheren Entwürfen des KHVVG gefordert. Darunter auch:

- Die jeweilige Landesbehörde soll ermächtigt werden, einem Krankenhaus Leistungsgruppen zuzuweisen, auch wenn die Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies „zur Sicherstellung insbesondere einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist“.
- Als Beispiele werden die Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin genannt.

Eckpunktepapier von Bund und Ländern erreicht worden sei, habe Lauterbach verlassen: „Sie ignorieren unsere Vorschläge.“ Auch Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU) erhob schwere Vorwürfe gegen das Politikmanagement des Bundesministers. Es habe bisher 13 Bund-Länder-Treffen zur Krankenhausreform gegeben, dennoch gebe es massiven Widerstand aller 16 Länder gegen den Entwurf: „Wie kann das sein?“, fragte von der Decken. Das BMG habe nach Erstellung des Konsenspapiers einseitig die Arbeit in der Arbeitsgruppe beendet. „Wohin überhastet gemachte Gesetze führen, erleben wir gerade anschaulich beim Krankenhaus-Transparenzgesetz“, erklärte von der Decken. Dieses Gesetz war die Grundlage für den umstrittenen Klinikatlas des Bundes, der über die Qualität von Klinikbehandlungen Auskunft geben soll. Von der Decken forderte Lauterbach auf: „Nehmen Sie die Warnungen der 16 Länder und der gesamten deutschen Fachwelt ernst.“

Beklagt wurde von weiteren Ländervertretern eine fehlende Überbrückungsfinanzierung für Krankenhäuser genauso wie beispielsweise die fehlende Berücksichtigung der Fachkliniken im Gesetzentwurf. Zudem handle es sich um ein Bürokratieaufbauprogramm, kritisierte von der Decken. Die Vorlage bestehe zu einem Drittel aus „Prüf- und Meldepflichten“.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach ließ in seiner Erwiderung nicht erkennen, wo Konsensspielräume liegen könnten. Er habe viele Regelungsvorschläge der Länder nicht aufnehmen können, weil die Bundestagsfraktionen eingebunden werden wollen, erklärte er. Auch die Auswirkungsanalyse, die er nun für den September in Aussicht stellte, könne erst dann vorgelegt werden, „wenn ich weiß, was die Länder vorhaben“.

Der Minister bot an, einen „Jour Fixe“ im BMG einzurichten, zudem alle 14 Tage die Gesundheitsminister der Länder oder aber die Ministerpräsidenten eingeladen werden sollen. Lauterbach bezeichnete den Austausch mit den Ländern als besser, als es oft in der Öffentlichkeit dargestellt werde. (fst)

## KOMMENTAR

Gesundes Herz,  
langes Leben?

Von  
Dr. Ivo Grebe



Schaut man auf die Lebenserwartung in Deutschland, so liegt diese im Vergleich zu unseren europäischen Nachbarn deutlich unterhalb des Niveaus von beispielsweise der Schweiz. Frauen erreichen in Deutschland ein durchschnittliches Alter von 83,5 Jahren, in der Schweiz liegt dieser Wert bei 85,6. Bei Männern ist dieser Unterschied noch deutlicher: 78,8 versus 81,9 Jahre.

Bei genauer Analyse der Ursachen kommen die Autoren um Domantas Jasilionis im European Journal of Epidemiology (2023) zu der Erkenntnis, dass der größte Einfluss von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgeht. Zu

späte Diagnostik, mehr Krankenhauseinweisungen, mehr Herz-Operationen – das alles führt zu der Schlussfolgerung: Vorbeugung wird sträflich vernachlässigt.

Selbstverständlich hat auch unser Gesundheitsminister diese Arbeit gelesen und fand das „düstere Bild“ alarmierend. Sein Gedankengang ist in sich logisch – die Prävention muss unbedingt gestärkt werden, die Nation hat Nachholbedarf.

Was passiert, wenn Karl Lauterbach abends nachdenkt, sich seiner eigenen wissenschaftlich-epidemiologischen Wurzeln besinnt und mit alten Freunden aus Havard telefoniert? Genau, es folgt am nächsten Morgen eine „schlagkräftige und landesweite Präventionsinitiative“, also ein Gesetz. Es heißt diesmal kurz und knapp „Gesundes-Herz-Gesetz (GHG).“

Künftig sollen bereits Jugendliche auf familiäre Hypercholesterinämie getestet werden. Für Erwachsene wird der Check-up erweitert, um familiäre Risiken oder persönliche Risikofaktoren wie Rauchen oder Bewegungsmangel besser zu erfassen. Choleste-

rolinosen sollen bei entsprechender Konstellation großzügig primärpräventiv verordnet werden, ebenso Medikamente zur Tabakentwöhnung bei erheblichem Abusus.

Damit nicht genug. Auch Apotheken werden mit einbezogen und bieten die Messung von Blutdruck oder Blutzucker an. Die Disease-Management-Programme (DMP) sollen erweitert und die Kassen verpflichtet werden, diese ihren umfassend versicherten anzubieten.

## Mehr Statine fürs Volk

Ohne ins Detail zu gehen – der Gesetzentwurf zeigt einmal mehr, wie unser Gesundheitsminister „tickt“. Die Expertise der ärztlichen Selbstverwaltung wird gar nicht erst gefragt oder mit eingebunden, die Verstaatlichung der ambulanten Medizin macht auch vor der Prävention nicht halt. Dabei sind Stärkung von Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz zentrale Bausteine eines vernünftigen Präventionsprogramms. Stattdessen wird die großzügige Verordnung von Statinen zur Primärprophylaxe in ein Ge-

setz geschrieben – aus wissenschaftlicher Sicht absurd. Daneben werden Apotheken mit einbezogen – eine Kompetenzerweiterung, die unnötig ist und ähnlich wie das Impfen in den Apotheken weder zur Klarheit noch zur besseren Versorgung der Bevölkerung beiträgt.

Auch in der Schweiz gibt es bisher kein flächendeckendes Screening auf Hypertonie oder familiäre Hypercholesterinämie. Ist die längere Lebenserwartung in dem kleinen Alpenland womöglich durch andere Faktoren bedingt, wie mehr Bewegung, gesunde Luft, gesündere Ernährung, stabilere soziale Netzwerke? Fragen, die bisher ungeklärt sind. Unser Gesundheitsminister kennt offenbar die Antworten und will per Gesetz ein millionenschweres Präventionsprogramm auf den Weg bringen.

Ob das die Herzen höherschlagen lässt oder die Lebensqualität erhöht, darf angesichts der komplexen Datenlage bezweifelt werden.

Schreiben Sie dem Autor unter:  
berufspolitik@bdi-aktuell.de

# Train-the-Trainer sollte Standard werden

Mehr Struktur in der Weiterbildung und konstruktives Feedback – das fordern junge Ärzte seit Jahren ein. Nun sollen die Kammern sukzessive Train-the-Trainer-Seminare etablieren. Maßgeblich dafür eingesetzt hat sich die Berliner Internistin Friederike Bennett. Wir sprachen mit ihr und Dr. Cornelius Weiß vom Jungen Forum im BDI über Hoffnungen und dicke Bretter, die nun warten.

Das Interview führte Rebekka Höhl

**BDI AKTUELL:** Frau Bennett, Sie haben sich beim Ärztetag in Mainz maßgeblich dafür eingesetzt, dass Weiterbildungsbefugte künftig zur Teilnahme an Train-the-Trainer-Seminaren verpflichtet werden. Warum ist es so wichtig, die Befugten auch in Didaktik zu schulen?

**FRIEDERIKE BENNETT:** Die Beiträge während des Dialogforums der Bundesärztekammer im Rahmen des 128. Deutschen Ärztetages in Mainz haben erneut aufgezeigt, dass sich Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung oftmals nicht ausreichend betreut fühlen, sie wünschen sich mehr Struktur und konstruktives Feedback von ihren Weiterbildungsbefugten. Entsprechend dem Kompetenzerwerb während der ärztlichen Weiterbildung, müssen jedoch auch medizindidaktische Kompetenzen erst erworben werden, um Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung bestmöglich unterstützen zu können.

Weder das Medizinstudium noch die ärztliche Weiterbildung bereiten uns strukturiert auf unsere Aufgabe vor, unsere fachlichen Kompetenzen weiterzuvermitteln. Die Qualifizierung von Weiterbildungsbefugten in Form von Train-the-Trainer-Seminaren stellt einen Baustein dar, die Qualität der Weiterbildung zu verbessern und wiederum Weiterbildungsbefugte in ihrer Aufgabe zu unterstützen.

Es wurde ja heftig diskutiert über den Beschlussantrag, der in erster Version sogar vom Ärzteparlament abgelehnt wurde. Können Sie den Einwand vieler Delegierter verstehen, dass ein fester Zeitplan ab 2025 die Kammern überfordert hätte?

**BENNETT:** Ich kann die Bedenken durchaus verstehen. Angebot und Durchführung von Train-the-Trainer-Seminaren durch die einzelnen Landesärztekammern sind unterschiedlich weit fortgeschritten, die Planung anspruchsvoll. Dies sollte natürlich in der weiteren zeitlichen Planung Berücksichtigung finden. Veränderung braucht zudem Zeit und Geduld. Jedoch wurde bereits 2019 ein ähnlicher Antrag von Delegierten aus unterschiedlichen Kammerbereichen ge-



Wie vermittelt man fachliche Kompetenz gut an junge Kolleginnen und Kollegen weiter? Damit Weiterbildungsbefugte hier künftig nicht mehr auf sich alleine gestellt sind, sollen Kammern ihnen flächendeckend spezielle Trainings anbieten. © ROBERT KNESCHKE / STOCK.ADOBE.COM

stellt und an den Vorstand überwiesen. Jetzt ist es an der Zeit, gemeinsam eine Veränderung anzustreben und zeitnah in die Tat umzusetzen. Der mehrheitliche Beschluss im zweiten Anlauf ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Herr Dr. Weiß, Sie engagieren sich ja schon seit vielen Jahren im Forum Junge Internisten und im Bündnis Junge Ärzte, wie sehen Sie das. Ist das ein guter Kompromiss? Und werden die Kammern nun auch liefern?

**DR. CORNELIUS WEIß:** Das sind natürlich dicke Bretter, die gebohrt werden müssen und um ehrlich zu sein, ist jeder Schritt in die richtige Richtung wichtig. Ich sehe schon eine Veränderung in den Kammern in den letzten Jahren, dass die Bedürfnisse der jungen Kolleginnen und Kollegen mehr Berücksichtigung finden. Natürlich wird nicht jede Kammer mitgehen, aber ich denke, dass wir einen Prozess angeschoben haben, den einige Kammern gerne tragen werden.

Sollten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht auch mehr Mut haben, hier mit den Füßen abzustimmen? Immerhin herrscht Ärzte- und Fachkräftemangel.

**WEIß:** Naja, die Frage insinuiert ja, dass es aktuell einen florierenden freien Wettbewerb der besten Bedingungen gäbe. Das ist meiner Meinung nach aber nur bedingt der Fall. Wenn man örtlich gebunden ist, hat man in der Regel nicht die Auswahl über mehrere strahlende Beispiele guter Arbeitsbedingungen, aus denen man wählen kann. Sondern es dominiert die Frage, was man bereit ist, in Kauf zu nehmen dafür, bestimmte Weiterbildungsvorgaben abhaken zu können.

Wer mit den Füßen abstimmt, geht oft aus der Patientenversorgung ganz

raus. Und das ist das letzte, was wir wollen.

Die verpflichtende Fortbildung ist eine Sache. Herr Weiß, sollte nicht generell von den Kammern eine stärkere Qualitätsprüfung der Weiterbildungsstätten und Weiterbilder umgesetzt werden?

**WEIß:** Ich befürchte, dass wir hierauf nur sehr unbequeme Antworten geben können. Wir haben leider aktuell ein strategisches Konstrukt, dass die Interessen von Kammer, Weiterbilder und Weiterzubildendem so miteinander verwoben hat, dass im Grunde niemand, ohne Kollateralschaden für sich selbst zu produzieren, Missstände beheben kann. Das müsste man komplett umdenken. Und da wären wir wieder bei den dicken Brettern.

Wie stehen Sie denn zum Thema Weiterbildungs-Gütesiegel, wie es etwa in Hessen vom Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund aufgelegt wurde?

**WEIß:** Ich glaube, primäres Ziel sollte sein die Qualitätssicherung der Weiterbildung unter der gesetzlich angedachten Ägide der Ärztekammern zu führen. Ich verstehe solche Beispiele von Parallelstrukturen als Hinweis und Ansporn, die Hausaufgaben in den jeweiligen Kammern zu machen.

**BENNETT:** Prinzipiell ist das eine gute Idee. Eine systematische Qualitätssicherung sollte jedoch durch die jeweilige Kammer erfolgen. Dies setzt entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen voraus. Trotzdem sollten wir jedoch die Erarbeitung eines Konzepts zur standardisierten und flächendeckenden Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung zeitnah in Angriff nehmen.

Nicht ganz unumstritten ist ja auch noch immer das elektronische Logbuch (eLogbuch). Kann es wirklich helfen, die Qualität und Struktur in der Weiterbildung zu verbessern?

**WEIß:** Prinzipiell ist es natürlich zu begrüßen, dass die Dokumentation der Weiterbildung nun auch digital erfolgen kann. Die Tatsache, dass es hiermit erleichtert wurde, den Prozess fortlaufend zu dokumentieren, ändert leider nichts an den großen (unbequemen) Fragen zur grundsätzlichen Organisation der Weiterbildung. Ob sie jetzt via Papier oder Tastatur abhängig sind, ändert vermutlich wenig.

Frau Bennett, wie sehen Sie das?

**BENNETT:** Selbstverständlich braucht es mehr, um die Qualität und Struktur in der Weiterbildung zu verbessern. Ich denke aber, dass das eLogbuch einen ersten Schritt hin zu mehr Transparenz und Verbindlichkeit in der ärztlichen Weiterbildung darstellt. Ich erwarte die digitale Dokumentation heutzutage als unabdingbar, um u.a. Lernfortschritte festzuhalten. Ich bin mir sicher, dass sich das eLogbuch im Sinne eines elektronischen Portfolios zur Unterstützung der kompetenzbasierten Weiterbildung stetig weiterentwickeln wird. Benutzerfreundlichkeit und Akzeptanz sind eng miteinander verknüpft und der Schlüssel für eine sinnvolle Einbeziehung der Anwender bei der Weiterentwicklung deshalb unumgänglich.

Das allein reicht aber offensichtlich nicht ...

**BENNETT:** Natürlich muss sich auch unsere Lehr- und Lernkultur nachhaltig verändern. Die Qualifizierung von Weiterbildungsbefugten stellt deshalb einen Anfang dar, um die notwendige Veränderung anzustoßen. Genauso wichtig ist diesbezüglich aber auch die Qualitätssicherung. Die automatisierte Evaluation nach jedem Weiterbildungsabschnitt durch Einbettung in das eLogbuch wäre ein Ansatz. Aber: Die Evaluation alleine stellt noch keine umfassende und ausreichende Qualitätssicherung dar, dies wird scheinbar oft verwechselt.

Herr Weiß, wo gibt es beim eLogbuch denn vielleicht noch Luft nach oben?

**WEIß:** Zuerst einmal möchte ich vorneweg allen Beteiligten danken! Es ist nun einmal eine schwere und große Aufgabe, so ein Tool zu stemmen und für alle nutzbar zu machen. Viele Menschen geben ihr Herzblut da rein, um die beste Lösung zu finden – und das merkt man der Sache auch an. Ich sehe allerdings Luft nach oben im Support und der Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten. Jeder einzelne möchte zwar helfen, aber es kann nicht sein, dass man bei Problemen wie bei Asterix und Obelix den Passierschein A38 besorgen muss, bevor man geholfen bekommt und sich dann das Papier zurückwünscht.

Vielen Dank für das Gespräch!



**Friederike Bennett** ist Fachärztin für Innere Medizin und Vorsitzende im Weiterbildungsausschuss I – Innere Medizin der Ärztekammer Berlin.

© DIE HOFFFOTOGRAFEN GMBH BERLIN



**Dr. Cornelius Weiß** ist Facharzt für Innere Medizin und Sprecher des Jungen Forums im BDI sowie Delegierter der Landesärztekammer Hessen.

© PHIL DERA

## IMPRESSUM

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) herausgegeben und erscheint in der Springer Medizin Verlagsgruppe. Die Zeitung erscheint monatlich – mit zwei Doppelnummern im Juli/August und Dezember/Januar. BDI-Mitglieder erhalten BDI aktuell im Rahmen ihres BDI-Mitgliedsbeitrags.

**Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)**  
Schöne Aussicht 5 • 65193 Wiesbaden  
T: 0611. 181 33 - 0 • F: 0611. 181 33 - 10  
info@bdi.de  
Präsidentin: Christine Neumann-Grutzeck  
Geschäftsführer: Bastian Schroeder  
www.bdi.de

**Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg**  
Am Forsthaus Gravenbruch 5-7,  
63263 Neu-Isenburg  
Tel.: 06102 5060, Fax: 06102 506-266  
E-Mail: info@springer.com  
Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Nature.

**Redaktion:** Chefredakteur: Dr. med. Kevin Schulte (KS), V.i.S.d.P.; stellv. Chefredakteur: Dr. med. Ivo Grebe (IG); Bastian Schroeder (BS) Mantelteil/Berufspolitik: Rebekka Höhl (RH) Medizin: Dr. med. Marilinde Lehmann (ML) BDI Service: Isabell Claßen (IC), Eva Giese (EG), Michaela Kirkegaard (MK), Niklas Kölsch (NK), Michelle Polcher (MP), Natascha Schliephake (NS), Raff Schweikart (RS)

**Herstellung/Layout:** Frank Nikolaczek, Till Schlünz, Fortbildungen • Termine • Anzeigen: Schmidt Media, München

**Druck:** ColdsetInnovation Fulda GmbH & Co. KG, Am Eichenzeller Weg 8, 36124 Eichenzell

**Anzeigenleitung:** Michaela Schmitz  
Tel.: 0220 39591310  
E-Mail: michaela.schmitz@springer.com

**Media:** Ute Krille  
Tel.: 06102 506157, Fax: 506123  
Gültige Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.1.2024  
Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED  
Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

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

**Sonderberichte:** Für die in BDI aktuell veröffentlichten Sonderberichte in Kooperation mit Unternehmen übernimmt der Herausgeber der Zeitung keine Verantwortung. Die Berichte laufen unter Corporate Publishing und werden als Sonderberichte mit einem grünen Seitenkopf und eigenem Impressum gekennzeichnet.

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie angeht. 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.

ISSN: 1863-9216

**BDI** Springer Medizin



# Notdienst: Steuerung mit an

Schluss mit überfüllten Notfallambulanzen? Gesundheitsminister Lauterbach geht mit einem neuen Reformvorhaben die Patientenströme in der Notfallversorgung an. Akutleitstelle und Integrierte Versorgungszentren sollen es richten. Ob das reicht?

Von Dr. Kevin Schulte

Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hat die nächste und damit dritte gesundheitspolitische Großbaustelle aufgemacht: Anfang Juni legte sein Ministerium einen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vor. Während Krankenhaus-Reform und Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz noch nicht abgehakt sind.

Neben einer besseren Vernetzung der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit den Rettungsleitstellen des Rettungsdienstes sieht der Entwurf eine Ausweitung des Sicherstellungsauftrages der KVen sowie eine flächendeckende Schaffung von integrierten Notfallzentren in Deutschland (INZ) vor.

## TSS werden zu Akutleitstellen

Konkret sollen die KVen dazu verpflichtet werden, die bestehenden Terminservicestellen (TSS) zu Akutleitstellen auszubauen. Diese wiederum sollen künftig 75 % der eingehenden Anrufe binnen drei Minuten und 95 % binnen zehn Minuten beantworten.

Ein pikantes Detail: Die Mehrkosten für die Einrichtung dieses Service sollen nur hälftig von den Krankenkassen finanziert werden. Der übrige Kostenblock soll zulasten der Vertragsärzteschaft gehen. Kurzum: Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bestellt, bezahlt aber nur die Hälfte der Rechnung.

Perspektivisch soll für die Ersteinschätzung ein bundeseinheitlicher Algorithmus Verwendung finden. Um Fälle bei einer hohen Dringlichkeit dem Rettungsdienst überstellen zu können, sieht der Gesetzesentwurf vor, dass zwischen den KVen und dem Rettungsdienst eine reibungsfreie digitale Schnittstelle geschaffen werden soll. Derart soll eine Doppelerfassung von Informationen unnötig werden. In den übrigen Fällen sollen die Patienten an

Vertragsarzt- oder Notdienstpraxen verwiesen oder mittels eines aufsuchenden oder telemedizinischen Behandlungsangebotes versorgt werden. Um dies wirtschaftlich zu erleichtern, sieht das Gesetz die Einbeziehung von nicht ärztlichem Personal vor. Der telemedizinische Service kann darüber hinaus KV-übergreifend organisiert werden.

## Und wie viele INZ sollen es nun sein?

Wie eingangs erwähnt, sieht der Gesetzesentwurf zusätzlich die bundesweite Schaffung von integrierten Notfallzentren vor. Diese sollen aus einem gemeinsamen Tresen, einer Krankenhausnotaufnahme sowie einer Notdienstpraxis bestehen. Dabei bleibt in gewisser Hinsicht offen, wie viele INZ letztlich entstehen werden. Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ hatte in den Raum gestellt, dass 450 INZ ausreichen müssten, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Da dann allerdings nicht flächendeckend eine Erreichbarkeit der INZ innerhalb von 30 Fahrminuten gegeben wäre, hält der GKV-Spitzenverband etwas mehr als 700 INZ für erforderlich. Immerhin werden im Gesetzesentwurf verschiedene Kriterien definiert, die bei der Standortfestlegung zu berücksichtigen sind. Die Erreichbarkeit binnen maximal 30 Minuten ist zwar eines dieser Kriterien, aber nicht das einzige. Entsprechend scheint für die lokalen Akteure noch Handlungsspielraum gegeben zu sein.

Neben den direkt in die INZ integrierten Notdienstpraxen sollen, so steht es im Referentenentwurf, umliegende Praxen über Kooperationsverträge in die Akutversorgung von Patienten, die sich in der Notfallstruktur melden, eingebunden werden. Es ist also durchaus angedacht, Patienten unmittelbar aus den INZ in die vertragsärztliche Ver-



Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen künftig flächendeckend etabliert werden. Im Sommer 2023 informierte sich Gesundheitsminister Karl Lauterbach (Mitte) im INZ am Hamburger Marienkrankenhaus, was die INZ leisten können. © CHRISTIAN CHARISIUS / DPA / PICTURE ALLIANCE

sorgung umzuleiten. Gerade in diesem Kontext ist interessant, dass der Gesetzesentwurf zwar Öffnungszeiten für die Notdienstpraxen definiert, hier aber Anpassungen offenlässt, sollte die Nachfrage für einen wirtschaftlichen Betrieb zu gering sein.

## Mehr Mut, Herr Minister!

So sinnvoll diese Ansätze zu einer verstärkten Patientensteuerung sind: Kommt die Reform, wie vom BMG vorgeschlagen, wird es weiterhin mehrere Hundert Notaufnahmen außerhalb einer INZ-Struktur geben. Es bleibt also weiterhin ein großes, unreguliertes Einfallstor offen. Hätte sich

der Gesetzgeber zu einem für jeden Akut- und Notfall verbindlichen telefonischen oder digitalen Ersteinschätzungsverfahren durchgerungen, wäre eine konsequente Steuerung möglich gewesen. Eine im Entwurf enthaltene Sonderregel zeigt, dass der Gesetzgeber durchaus versucht, die Bürgerinnen und Bürger zu einer konsequenten telefonischen Ersteinschätzung zu verleiten. Stellt sich nämlich jemand in einem INZ vor, der zuvor eine telefonische Ersteinschätzung genutzt hat, wird dieser bei gleicher Dringlichkeit bevorzugt behandelt. Es soll sich also lohnen, diesen Weg zu wählen. Mehr Mut hätte hier zu einer besseren Lösung geführt.

Ogleich der Referentenentwurf für die Vertragsärzte erheblichen Mehraufwand bedeuten würde, sucht man vergebens etwas zum Thema Poolärzte. Zur Erinnerung: Bedingt durch ein höchstrichterliches Urteil besteht Unklarheit darüber, ob Poolärzte sozialversicherungsspflichtig sind oder nicht. Eine Gleichstellung der Poolärzte mit den am notärztlichen Dienst teilnehmenden Kollegen würde es den KVen wesentlich leichter machen, die geplante Mehrarbeit zu schultern. Neben einer adäquaten Vergütung der Mehrleistung muss auch dieser Punkt im parlamentarischen Verfahren noch seinen Weg ins Gesetz finden.

## Hausärztliche Praxis im Klinikbauch? Das läuft!

Portalpraxen funktionieren nicht nur in Ballungszentren. Sie können tatsächlich flächendeckend Teil einer besseren Notfall- und Akutversorgung sein. Ein Livebericht.

Von Dr. Ivo Grebe

Eine vertragsärztliche Praxis im Gebäude einer Universitätsklinik, ist das möglich? Portalpraxen existieren bereits in einigen Großstädten wie Hamburg oder Leipzig. Aber eine hausärztliche Praxis im Bauch eines Krankenhauses der Maximalversorgung, wie soll das funktionieren?

Nun, um die Antwort vorwegzunehmen: Ja, es funktioniert, zumindest in Ansätzen. Eines der größten Kliniken unseres Landes, das Universitätsklinikum Aachen in NRW – 1400 Betten, rund 9000 Beschäftigte – betreibt

seit einigen Monaten eine sogenannte Campus-Praxis in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme. Zwei Ärzte bzw. Ärztinnen, eine Ärztin in Weiterbildung und vier MFA versorgen auf relativ kleinem Raum rund 800 Patienten im Quartal, Tendenz steigend.

Dahinter steckt der Gedanke, neben der Versorgung von chronisch Kranken durch Annahme von Akutfällen die Notaufnahme während der normalen Praxisöffnungszeiten zu entlasten. Patienten mit akuter Dorsalgie, Dysurie oder Diarrhoe werden von der zentralen Anmeldung direkt an die Campuspraxis weitergeleitet und hier versorgt. Die Gründe, warum viele Patienten ohne Umwege in der Notaufnahme landen, sind vielfältig: kein fester Hausarzt, Praxis geschlossen oder nicht erreichbar, kein Termin, Urlaubsaufenthalt vor Ort oder schlicht fehlende Orientierung, was insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zutrifft. Die große Frage bleibt, ob dieses Kon-

zept im Spannungsfeld von KV, DKG und sektorenübergreifender Versorgung Bestand hat.

Die Zahl der Patienten in den Klinik-Notaufnahmen hat in den vergangenen zehn Jahren um 30 Prozent zugenommen und liegt aktuell bei jährlich rund 19 Millionen, gleichzeitig ging die Zahl der im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst versorgten Kranken um 12 Prozent zurück. Auch die Gründe hinter dieser Entwicklung sind vielfältig, es gibt sehr unterschiedliche Analyseansätze. Allen gesundheitspolitischen Akteuren ist klar, so kann und darf es nicht weitergehen.

## Seit sieben Jahren in der Warteschleife

Die Reform der Notfallversorgung steht seit mehr als sieben Jahren auf der Agenda des Gesundheitsministeriums. Bisher sind alle Ansätze am Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) oder zwischen Rettungsdienst (112) und Kassenärztli-

chem Notfalldienst (116 117) gescheitert. Nun will Gesundheitsminister Karl Lauterbach mit seinem Entwurf für die Notfallreform den Gordischen Knoten durchlagen (siehe auch Beitrag oben). Zentraler Punkt ist die bessere Patientensteuerung, ein Thema, mit dem sich auch der diesjährige Ärztetag in Mainz beschäftigt hatte. Angesichts knapper werdender Ressourcen im gesamten Gesundheitswesen ist es nicht länger hinnehmbar, dass den Patienten allein überlassen bleibt, welche Versorgungsebene in Anspruch genommen wird. Im Gesetzesentwurf heißt es, es solle „für alle Hilfesuchenden eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung“ sichergestellt werden. Und weiter: „Integrierte Notfallzentren (INZ) werden als sektorenübergreifende Strukturen etabliert. In diesen arbeiten zugelassene Krankenhäuser und die KVen verbindlich zusammen. Die INZ bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der KV ... und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle.“

Sollten diese Formulierung dem Leser bekannt vorkommen, so sei daran erinnert, dass der BDI sich bereits 2017 mit ähnlichen Vorschlägen in die Debatte um die Notfallreform eingebracht hatte.

## Von der Theorie in die Praxis

Bisher sind alle vernünftigen Lösungsansätze, egal ob von Politik oder Verbänden vorgebracht, an den Partikularinteressen der Beteiligten gescheitert. Die KVen befürchteten die Beschneidung des Sicherstellungsauftrages, die Krankenhäuser sahen den Patientenzustrom gefährdet – immerhin gelangen rund 40 Prozent der „Notfallpatienten“ zur stationären Aufnahme. Nun soll alles besser werden. Der Sicherstellungsauftrag wird konkretisiert und ausgebaut, indem die KVen verpflichtet sind, sich mit einer Bereitschaftspraxis an den INZ zu beteiligen, durchgehend telemedizinische Angebote bereitzustellen sowie Versorgungsverträge mit Apotheken zu schließen. Viele dieser theoretischen Ansätze aus dem Gesetz-



# gezogener Handbremse

## Der BDI setzt sich für Nachbesserungen ein

■ Der BDI hat den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz) vom 3. Juni 2024 genauer unter die Lupe genommen. Dabei ergibt sich aus Versorgungssicht an einigen Stellen Nachbesserungsbedarf.

■ So geht der Gesetzgeber etwa davon aus, dass bundesweit circa 700 INZ-Standorte eingerichtet werden. Unklar ist jedoch, welche Rolle Krankenhausstandorte, die nicht über ein Integriertes Notfallzentrum verfügen, zukünftig in Akut- und Notfallversorgung einnehmen sollen. Der BDI kritisiert, dass eine effektive Patientensteuerung in diesen Einrichtungen nicht möglich ist.

Ihr Weg zur vollständigen BDI-Analyse und BDI-Position:  
<https://go.sn.pub/nvcc5f>  
oder QR-Code scannen



Überzeugt vom Konzept drei in einem? Minister Lauterbach, im Sommer 2023 zusammen mit Hamburgs Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer (SPD, l). INZ sollen aus einer Kliniknotaufnahme, einer KV-Notfallpraxis sowie einem „gemeinsamen Tresen“ bestehen. © CHRISTIAN CHARISIUS / DPA / PICTURE ALLIANCE

## ... und wer bitte finanziert das?

In seinem Entwurf zur Notfallreform hat Lauterbach einige Forderungen des BDI aufgenommen. Wo sich BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck ein konsequenteres Handeln des Ministers gewünscht hätte. Und wo sie akuten Handlungsbedarf sieht.

Das Interview führte Tanja Reiners

*Frau Neumann-Grutzeck, seit Kurzem liegt der Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung auf dem Tisch. Was ist Ihr erster Eindruck?*

**CHRISTINE NEUMANN-GRUTZECK:** Vieles ist bereits bekannt und wird auch schon auf regionaler Ebene umgesetzt. Erfreulich finde ich, dass einige unserer Forderungen aufgenommen wurden, wie die Umleitung von Patienten aus den INZ in die vertragsärztliche Versorgung. Das entspricht der BDI-Position zur Notfallversorgung von 2022. Die Maßnahmen für eine effektive Patientensteuerung müssen aber aus unserer Sicht deutlich umfassender und viel konsequenter sein. Der BDI hat dazu in seinem Positionspapier im vergangenen September klare Vorschläge gemacht. Auch das Leistungsversprechen an die Patientinnen und Patienten muss auf der Basis der finanziellen und personellen Möglichkeiten realistisch sein. Hinter sehr vielen Maßnahmen stehen für uns also noch sehr große Fragezeichen – vor allem, wenn es um die Finanzierung und die personellen Ressourcen geht.

*Gehen wir die Punkte mal Schritt für Schritt durch. Was sagen Sie zu der Einrichtung einer Akuteleitstelle und der Vernetzung der 112 und 116117?*

Das ist ja schon seit Jahren geplant und wurde wegen der Corona-Pandemie erstmal auf Eis gelegt. Der Ansatz ist richtig, aber für mich stellt sich die Frage nach der Finanzierung. Bislang werden die Terminalservicestellen über die KVen finanziert. Wenn die Leitstellen jetzt deutlich ausgebaut werden sollen, ist das mit erheblich höheren Kosten verbunden. Hier kommen wir dann in den Bereich der Daseinsfürsorge, das müsste eigentlich, wie bei der Feuerwehr, über Steuergelder bezahlt werden. Wenn das BMG mehr Leistungen einfordert, muss die Finanzierung auch sichergestellt werden.

*Die KVen sollen sich laut Entwurf mit einer Bereitschaftspraxis an den INZ beteiligen. Dabei sollen sie durchgängig eine telefonische oder telemedizinische Versorgung bereitstellen. Wie realistisch ist das?*

Ich halte das für absolut unrealistisch. Wir befinden uns in einem massiven Ärzte- und Fachkräftemangel, der sich in den kommenden Jahren verschärfen wird. Wie soll das personell gestemmt werden? Wer finanziert das? Wir haben durch das BSG-Urteil zu den Poolärztinnen und -ärzten in vielen Regionen in Deutschland gerade den ärztlichen Bereitschaftsdienst spürbar herunterfahren müssen. Und jetzt sollen wir alles und überall auf 24/7 hochfahren? Das klingt paradox.

Auch hier muss aus meiner Sicht erstmal die Finanzierung geklärt werden, wenn laut Entwurf die Kassen nur bis zu maximal 50 Prozent der Mehrkosten tragen werden. Auch die Sozialversicherungspflicht der Poolärztinnen und -ärzte sollte in diesem Zu-



BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.  
© PHIL DERA

sammenhang wieder aufgehoben werden. Die FDP hat sich da schon deutlich positioniert. Interessant finde ich, dass private Krankenversicherungen finanziell beteiligt werden sollen. Wie das genau aussehen soll, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar. Was ich noch positiv erwähnen möchte, sind die geplanten telemedizinischen Beratungsangebote und die Möglichkeit von ärztlicher Delegation durch Versorgungsangebote durch nicht-ärztliches Personal. Auch die Bescheinigungen von AU durch die notdienstliche Akutversorgung und die Aufweichung des Dispensierrechts sind richtig.

*Kommen wir zu den INZ. Wie beurteilen Sie die Pläne des BMG?*

Das Modell ist nicht ganz neu und wird bereits in einigen Regionen in Deutschland ähnlich umgesetzt. Auch die meisten Notdienstpraxen sind schon an Krankenhäusern angesiedelt. Nicht ganz einfach ist die Frage nach der fachlichen Leitung der INZ. Das wird noch zu Diskussionen führen. Bisher sollten die KVen die Verantwortung übernehmen, da dies erfahrungsgemäß zu weniger stationären Aufnahmen führt. Wichtig ist vor allem, dass keine unnötigen Doppel-

strukturen geschaffen werden hinsichtlich der INZ-Standorte und der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen. Hier muss auf die begrenzten Ressourcen geachtet werden. Deshalb finde ich es gut, wenn Öffnungszeiten und Wirtschaftlichkeit flexibel an den regionalen Bedarf angepasst werden. Auch die im Entwurf geplante Vergütung der Ersteinschätzung, unabhängig von der Weiterbehandlung, begrüßen wir als BDI. Damit kann der Aufwand viel transparenter abgebildet werden.

*Und was sagen Sie zur Steuerung mittels Ersteinschätzung?*

Der BDI ist ein großer Verfechter von Steuerung auf verschiedenen Ebenen. Unsere verfügbaren Mittel müssen alle so effizient und patientenaffin wie möglich eingesetzt werden. Und da ist überall noch sehr viel Luft nach oben. Wir haben eine verpflichtende telefonische oder digitale Ersteinschätzung gefordert. In dem aktuellen Entwurf ist uns das alles noch viel zu zaghaft. Wir müssen alle digitalen Möglichkeiten ausschöpfen – gerade für unsere jüngeren Patientinnen und Patienten. Sie sind es gewohnt, ihr Leben komplett digital zu organisieren. KI wird in den nächsten Jahren für uns alle eine wichtige Rolle spielen. Wir müssen auch die Möglichkeiten der Mehrsprachigkeit nutzen. Da helfen uns digitale Lösungen enorm weiter. Das Anreizsystem der bevorzugten Behandlung nach freiwilliger Ersteinschätzung ist aus meiner Sicht nur ein erster kleiner Schritt.

Vielen Dank für das Gespräch.

Nachdruck des am 11. Juni beim Ärztenachrichtendienst online erschienen Interviews, [www.aend.de](http://www.aend.de).

entwurf werden in der Campus-Praxis bereits umgesetzt. Der Alltag ist geprägt von kollegialem Austausch mit den Krankenhausbeschäftigten und vom Willen einer effektiven Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg. Diejenigen, die am meisten davon profitieren, sind die Patienten. Seien wir doch ehrlich: Ohne eine klare, transparente Steuerung und den vernünftigen und behutsamen Ausbau einer intersektoralen Versorgung werden die Herausforderungen der ambulanten Medizin in Zukunft nicht zu stemmen sein.

Allerdings: Die geplante Vernetzung der beiden Anlaufstellen KV-Bereitschaftsdienst (116117) und Rettungsdienst (112) kann nur gelingen, wenn zusätzlich finanzielle und strukturelle Mittel außerhalb der KV-Vergütung bereitgestellt werden. Man darf also gespannt sein, ob es dem Minister gelingt, die schwierige Gemengelage durch sein in Ansätzen vernünftiges Reformgesetz in geordnete Bahnen zu lenken.

## HERZDRUCKMASSAGE I

## Reanimation mit der idealen Handstellung

Bei der kardiopulmonalen Reanimation werden für die Herzdruckmassage sowohl die Stellung mit flach übereinandergelegten Händen als auch die mit ineinandergreifenden Fingern eingesetzt. Beide Handstellungen wurden jetzt in einer prospektiven, randomisierten, open-label und cross-over angelegten Studie miteinander verglichen (Am J Emerg Med 2023; 74: 9–13).

Die 100 Teilnehmenden führten die Thoraxkompression an einer standardisierten Reanimationspuppe (Resusci Anne QCPR-Puppe für Erwachsene von Laerdal Medical) durch. Primärer Endpunkt war der Gesamterfolg der Thoraxkompression (QCPR-Score in Prozent) gemäß den Richtlinien des International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Dieser Score wurde von der Software der Trainingsattrappe generiert. Die Punktzahl stellt die prozentuale Erfolgsquote dar, wobei 100 % für Qualitätsvariablen steht, die in Bezug auf Häufigkeit, Tiefe, Handposition und volle Ausdehnung nach der Kompression perfekt mit den neuesten Empfehlungen übereinstimmen.

Ergebnis: Bei medianen Werten im QCPR-Score von 79,5 % bei Thoraxkompression mit übereinanderliegenden Händen und von 71 % bei ineinandergreifenden Fingern war der Unterschied zwischen beiden Techniken statistisch nicht signifikant. Jedoch schnitt die Technik mit überlappenden Händen zum Beispiel bei der Qualität der Ausdehnung des Brustkorbs nach Entlastung und bei der medianen Tiefe der Brustkorbkompresseion etwas besser ab.

Die Technik der überlappenden Hände könnte damit die Qualität der Thoraxkompression verbessern, so das Studienteams. (nz)

## HERZDRUCKMASSAGE II

## 100 BPM – der Rhythmus der Reanimation

100 Beats per minute – 100 Schläge pro Minute: Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband der Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) hat eine Playlist erstellt, die 86 bekannte Songs enthält – und die passende Frequenz für die optimale Herzdruckmassage mitliefert.

In der Playlist enthalten sei natürlich „Staying Alive“ von den Bee Gees – der Klassiker für die Herzdruckmassage, teilt der BDA mit. Aber auch der Takt des ABBA-Songs „Dancing Queen“ liefere die richtige Anzahl an Beats pro Minute. Genauso „I will survive“ von Gloria Gaynor. (eb)

Die Playlist „100 BPM – der Rhythmus der Herzdruckmassage“ ist auf Spotify zu finden.

# Neue Diabetesmittel: Erfolg bei Kombi und Alternative zur Op

Auch Onkologen sind neugierig, welches Potential in modernen Antidiabetika steckt – gerade in denjenigen, die zu starkem Gewichtsverlust führen können.

## GLP-1-Agonist zur Krebsprophylaxe

Die Therapie mit GLP-1-Agonisten bei Adipositas senkt das Krebsrisiko in ähnlicher Weise wie bariatrische Chirurgie. Das geht aus einer Analyse der Daten von rund 334.000 in der TriNetX-Datenbank erfassten Personen mit einem BMI von 35 kg/m<sup>2</sup> oder darüber hervor.

Über einen 5-Jahres-Zeitraum gab es mit GLP-1-Agonisten wie auch bei bariatrischer Chirurgie in Bezug auf 13 adipositasassoziierte Tumoren eine Risikoreduktion um jeweils 19 Prozent. Aus den Daten zur Gesamtmortalität lasse sich zumindest als Hypothese ableiten, dass eine längere GLP-1-Agonisten-Therapie mehr Nutzen bringe als eine kurze, hieß es kürzlich bei der ASCO-Tagung in Chicago, wo die Kohortenanalyse vorgestellt wurde (Abstract 10508). (gvg)

## Welche orale Zweitlinientherapie?

Welche Substanzklasse eignet sich am besten zur oralen Zweitlinientherapie bei Typ-2-Diabetes, wenn Metformin alleine nicht mehr genügt? Zumindest einer Analyse britischer Praxisdaten zufolge sind SGLT2-Hemmer Sulfonylharnstoffen und DPP-4-Blockern bei der glykämischen Kontrolle (HbA<sub>1c</sub>) überlegen, auch deuten sich Vorteile in puncto Herzinsuffizienz-Risiko, bei der Blutdrucksenkung und der Gewichtsreduktion an. Keine größeren Differenzen zwischen den drei Wirkstoffklassen gab es bei der Gesamtmortalität, der Nierenfunktion sowie der Häufigkeit von Herz-

infarkten oder Schlaganfällen (BMJ 2024; 385:e077097).

Einschränkung: Keine direkte Vergleichsstudie, unterschiedliche Ausgangsbedingungen haben mitunter zu Verzerrungen geführt. Menschen mit SGLT2-Hemmern in der Studie waren jünger als solche mit Sulfonylharnstoffen oder DPP-4-Blockern, auch hatten sie im Mittel weniger Begleiterkrankungen, aber einen höheren BMI. (mut)

## Moderne Antidiabetika kombiniert

Wenn bei Typ-2-Diabetes mit GLP-1-Rezeptor-Agonist plus SGLT2-Inhibitor behandelt wird, kann das nach den Ergebnissen einer Kohortenstudie mikro- und makrovaskuläre Komplikationen offenbar wirksamer verhindern als jede Wirkstoffklasse für sich (BMJ 2024;385:e078242).

In Kohorte 1 war das Risiko für MACE nach median 9,0 Monaten mit der Kombination um 30 % niedriger als mit einem GLP-1-RA allein. Das Risiko für Nierenkomplikationen war nach 9,1 Monaten mit der Kombination um 57 % reduziert. Beide Unterschiede waren statistisch signifikant. In Kohorte 2 war die Kombination im Vergleich zu einem SGLT2i über einen Zeitraum von 8,4 Monaten mit einem um 29 % geringeren MACE-Risiko assoziiert. Renale Komplikationen traten unter der Kombi ebenfalls seltener auf, der Unterschied zum SGLT2i war hier aber nicht signifikant. (bs)

## Das BZ-Vermächtnis

Eine Nachfolgeuntersuchung der Studie UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) bestätigt den Nutzen einer intensiven Blutzuckersenkenden Therapie von Anfang an. Der dadurch erzielte Vorteil bleibt – trotz zwischenzeitlicher Angleichung

der Diabetestherapie – mindestens 44 Jahre erhalten (Lancet 2024; online 18. Mai). Zur Erinnerung: In UKPDS war bei Menschen mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes eine „intensive“ Therapie (mit Insulin oder Sulfonylharnstoff (SH) bzw. bei Übergewicht mit Metformin) mit „konventioneller“ Therapie (meist in Form einer Ernährungsumstellung) verglichen worden.

In der aktuellen Auswertung wurden für die im Jahr 2007 noch lebenden Studienteilnehmer die vom National Health Service (NHS) routinemäßig erfassten Daten ausgewertet. Wurden die gesamten 24 Jahre nach Abschluss von UKPDS betrachtet, war die initiale SH-/Insulintherapie mit einem Rückgang der Mortalität um 10 %, des Herzinfarktrisikos um 17 % und des Risikos für mikrovaskuläre Erkrankungen um 26 % assoziiert (absolute Risikoreduktionen um 2,7, 3,3 und 3,5 Prozentpunkte). Die frühe Metformintherapie ging mit einer relativen Reduktion von Mortalität und Herzinfarktrisiko um 20 % bzw. 31 % (absolute Reduktion um 4,9 bzw. 6,2 Prozentpunkte) einher. (bs)

## Diabetes & Depressionen

Berichte über eine bidirektionale Verbindung zwischen Typ-2-Diabetes und Depression stützten sich bislang vor allem auf Krankenhausdiagnosen und Verordnungsdaten und beschränkten sich auf einzelne Vergleichszeitpunkte.

Forschende der Berliner Charité und der Universität Aarhus haben den Zusammenhang jetzt anhand der Daten von in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen in ambulanter Behandlung über einen Zeitraum von acht Jahren überprüft. Ergebnis: Im Acht-Jahres-Zeitraum nach Diagnose eines Typ-2-Diabetes ist das Risiko für eine Depression um 23 % erhöht. Umgekehrt ist das Risiko, an Diabetes zu erkranken, nach Diagnose einer Depression um 15 % erhöht (BMJ Open Diab Res Care 2024; 12:e003903). (bs)

## Hausarztzentrierte Versorgung nützt

Menschen mit Diabetes profitieren wohl langfristig in puncto Komplikationen von dem Modell der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), legt eine retrospektive Kohortenstudie nahe. In dieser wurden Versicherungsdaten von 119.355 Menschen mit Diabetes im HZV-Programm über einen Zeitraum von zehn Jahren mit denen von 98.609 Patientinnen und Patienten in der herkömmlichen Betreuung verglichen.

Personen, die an der HZV teilnahmen, hatten über den gesamten Zeitraum hinweg ein signifikant niedrigeres Risiko, verschiedene Komplikationen zu erleiden. Dazu zählten unter anderem Amputationen (HR: 0,8), Herzinfarkte (HR: 0,85) und Blindheit (HR: 0,88). Zudem hatten Patienten im HZV-Programm ein um 2,9 Prozentpunkte niedrigeres Risiko zu sterben (BJGP Open. 2024; BJGP.2024.0061). Lediglich in Bezug auf das Risiko für eine Hypoglykämie schnitten die Betroffenen in der gängigen Versorgung besser ab (HR: 1,012). Dies führen die Autorinnen und Autoren der Studie auf die intensivere Therapie der Patientinnen und Patienten im HZV-Modell sowie auch auf das hohe Alter zurück. (lst)

## Adipositas-Therapie bei T1D?

Bei übergewichtigen oder adipösen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes (T1D) kann mit den Inkretinmimetika Tirzepatid (Diabetes Technol Ther 2024; 26:367–374) und Semaglutid (Diabetes Technol Ther 2024; 26:184–189) wohl eine deutliche Gewichtsreduktion erzielt werden. Die Anwendung (off-label) war in zwei retrospektiven Pilotstudien auch mit besseren glykämischen Parametern verbunden. Unter Tirzepatid sank darüber hinaus der Insulinbedarf signifikant.

Beide Studien waren mit 50 bzw. 62 Teilnehmenden klein. Die jeweilige Substanz musste mindestens drei Monate angewendet worden sein. Nachbeobachtet wurde jeweils ein Jahr. (eo)

### Haben Sie schon gehört?

An dieser Stelle berichten wir in BDI aktuell über neue Studienergebnisse. Dabei decken wir Themen ab von A wie Asthma bis Z wie Zystenniere. Heute im Fokus: Diabetes



# IgA-Nephropathie: „Null Gramm Albuminurie ist das Ziel“

Neue Therapien können bei IgA-Nephropathie den Nierenschutz verbessern. Doch auch die Mitwirkung der Patienten bleibt wichtig.

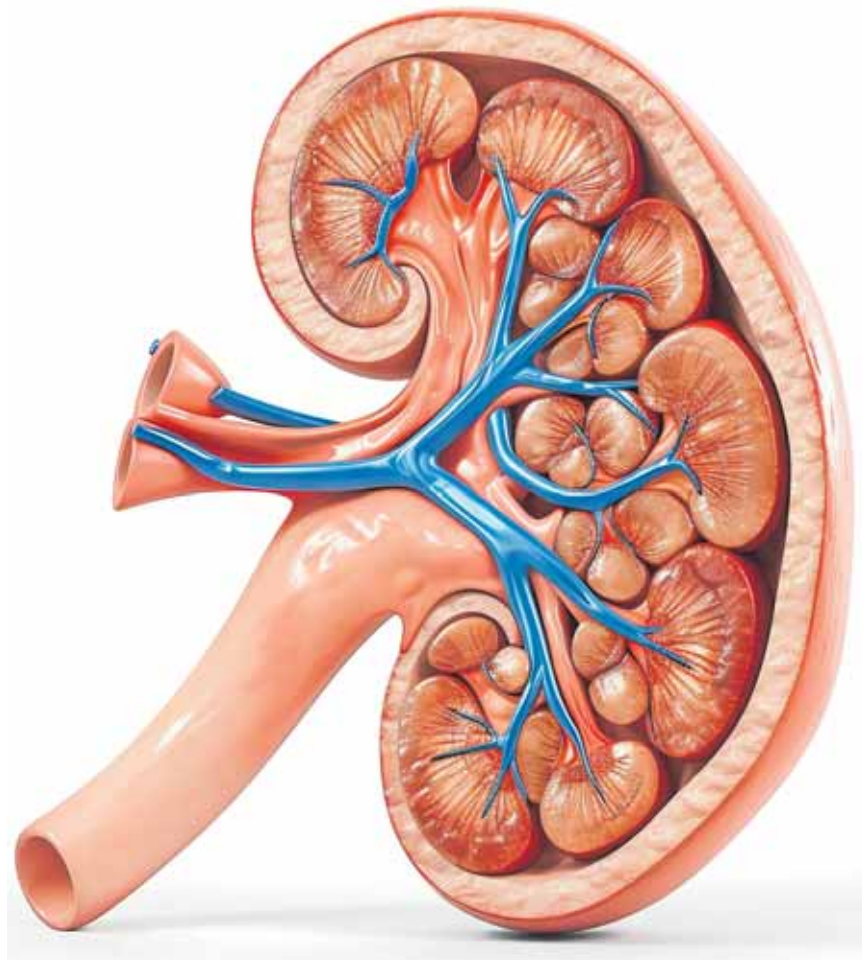
Von Philipp Grätzel von Grätz

Für Professor Marcus Möller, Leiter der GN-Sprechstunde am Universitätsklinikum Aachen, ist die IgA-Nephropathie der „Volkswagen unter den Glomerulonephritiden“. Sie ist häufig, aber auch unverstanden: Über die Pathogenese gebe es nur Hypothesen. Die gängigste, so Möller beim DGIM-Kongress 2024, besage, dass im Darm produziertes IgA aufgrund einer ladungsverändernden Glykosylierung ins Blut gelange und dort eine Immunreaktion induziere. Entstandene Immunkomplexe lagern sich im Mesangium der Nieren ab und lösen dort eine Entzündung aus, die den Nierenverlust nach sich zieht.

Der Schönheitsfehler an dem Konzept ist, dass es relativ viele Menschen – in Asien 10 Prozent, in Europa 1 bis 2 Prozent – gibt, bei denen IgA-Immunkomplexe in der Niere nachweisbar sind, ohne dass die Niere in die Knie geht. Ohne Mikroalbuminurie seien die Immunkomplexe wahrscheinlich nicht relevant, so Möller.

Klinisch ist die Herausforderung bei der IgA-Nephropathie ihr variabler Verlauf. In den meisten Fällen macht sie keine großen Probleme. Bei einem Teil der Patienten verläuft sie chronisch aktiv, und einige wenige erleiden katastrophale Verläufe, die anderen, schweren Glomerulonephritiden, nicht nachstehen. „Wir müssen diese Patienten früh ernst nehmen“, so Möller. „Wir müssen sie wie ein Streber behandeln, sodass die perfekt eingestellt sind.“

Erster Schritt ist die Hemmung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS). Darunter fällt die Proteinurie ab. Allerdings gäben sich



3D-Modell eines Längsschnitts durch die Niere. Liegt eine Glomerulonephritis vor, ist das häufig eine IgA-Nephropathie. © SCRUDJE / STOCK.ADOBE.COM

zu viele Nephrologen mit einer nur reduzierten Proteinurie zufrieden, so Möller. Das sei ein Fehler: „Geben Sie sich niemals zufrieden mit irgendeiner Proteinurie! Unser Ziel ist bei diesen Patienten Null Gramm Albuminurie, und ich halte das bei den allermeisten für erreichbar.“

Tatsächlich können die Laborwerte trügen. Möller berichtete von einem 33-jährigen Patienten, bei dem die Proteinurie nach RAAS-Blockade von 1,1 auf 0,4 g pro Tag abfiel. Die eGFR war mit 101 ml/min gut, der Blutdruck lag bei 140 mmHg systolisch. Das Warnsignal sei hier der Blutdruck,



Wir müssen die Patienten wie ein Streber behandeln, sodass die perfekt eingestellt sind.

Professor Marcus Möller,  
Universitätsklinikum Aachen

so Möller: „Diese Niere gibt Gas. Bei einem Blutdruck von 120 mmHg wäre die eGFR eher bei 70 ml/min.“ Wovon man sich in dieser Situation hüten sollte, ist der auf Hypertonie-Leitlinien zurückgehende Amlodipin-Reflex. Gefäßerweiternde Blutdrucksenker seien bei IgA-Nephropathie nicht zu empfehlen, weil der Pathomechanismus, die Hyperfiltration, dadurch noch befeuert werde.

Deutlich zielführender sei bei entsprechend motivierten Patienten die Salzreduktion auf unter 5 g/d, besser unter 3 g/d. Dies reduziert sowohl den Blutdruck als auch die Albuminurie. Die eGFR wird im Gefolge fallen, der Kreatininwert steigen, sodass dann auch anhand der Laborwerte die reale Situation der Niere besser sichtbar wird.

Der zweite Pfeiler auf dem Weg zu null Proteinurie sind neue Medikamente. In Aachen bekämen alle Patienten SGLT2-Hemmer, für die eine Nephroprotektion bei IgA-Nephropathie gut belegt sei, so Möller. Urogenitale Infektionen seien kein Thema. Es gebe, im Gegenteil, Patientinnen mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen, die sagen, dass der SGLT2-Hemmer das Problem nicht verschlechtere.

Bei starker Proteinurie mit einer Urin-Protein-Kreatinin-Ration > 1,5 g pro Gramm kann außerdem enterales Budesonid eingesetzt werden. Es hemmt die Antikörperproduktion im Darm, reduziert dadurch die Proteinurie und bremst den eGFR-Verlust. „Sie müssen neun Monate behandeln“, so Möller. „Ziehen Sie den Zyklus durch. Die Reduktion der Proteinurie erfolgt langsam, drei Monate machen unter Umständen noch keinen Unterschied.“

Kürzlich zugelassen wurde der neue Endothelin Typ A Rezeptor-Antagonist Sparsentan, der den Endothelin-Antagonismus mit einer RAAS-hemmenden Wirkung kombiniert. Sparsentan hat in der PROTECT-Studie das Risiko für Dialyse, Tod oder eGFR-Abfall > 40 Prozent um rund 30 Prozent reduziert.

## HITZEWELLEN

### Wie der Klimawandel der Niere zusetzt

Nicht nur Hitze, sondern auch hohe Feinstaubkonzentrationen in der Luft schaden den Nieren.

50 bis 90 Prozent der von einem Hitzeschock Betroffenen erleiden einen akuten Nierenschaden, erklärte Dr. Simone Cosima Boedeker-Lips von der Universitätsmedizin Mainz beim DGIM-Kongress. Die Angaben zu dialysepflichtigen Nierenschäden bei Hitzeschock liegen bei 10 bis 30 Prozent. Dabei seien nicht nur hochaltrige Menschen sowie jene mit Hypertonie, Herzinsuffizienz und chronischer Nierenkrankheit betroffen. Nicht zu unterschätzen sei das Risiko für schwer körperlich arbeitende Menschen in Landwirtschaft und Baugewerbe – unabhängig vom Alter.

#### Cave bei Fruchtsäften!

Flüssigkeitsverluste über den Schweiß von bis zu zwei Litern pro Stunde lassen sich nach Angaben der Nephrologin auch mit exzessiven Trinkmengen nicht ausgleichen. Folgen sind eine reduzierte Nierendurchblutung, Reduktion der GFR bis hin zur Oligo- und Anurie. Die nachfolgend erhöhte Harnsäurekonzentration, Entzündungsreaktionen und oxidativer Stress schädigen das Tubulussystem. Aus heißen Ländern mit viel Landwirtschaft oder Bergbau werden zunehmend chronifizierte Nierenschäden berichtet, und zwar auch bei jungen Menschen ohne Vorerkrankungen.

Von praktischer Relevanz ist die resultierende Schädigung des Fruktose-Stoffwechsels, vor allem wenn bei Hitze und körperlicher Aktivität Fruktose-haltige Getränke konsumiert werden. Dadurch wird vermehrt Fruktose-1-Phosphat gebildet, was die Entzündungsreaktion im Tubulus-Epithel und die Harnsäurebildung antreibt. Deshalb muss bei großer Hitze von solchen Getränken abgeraten werden.

#### Medikation anpassen!

Wichtig in Hitzeperioden ist die Anpassung der Medikation. Allgemeingültige Handlungsempfehlungen könnten allerdings nicht abgegeben werden, so Boedeker-Lips. Dies müsse sehr individuell entschieden werden. Professor Andreas Kribben, Universitätsklinik Essen, empfahl, das Konzept der doppelten diuretischen Therapie während der Sommermonate zu hinterfragen. Die parallele Gabe von Thiaziden und Schleifendiuretika sei bei Hitze problematisch.

Auch Luftverschmutzung und vor allem Feinstaub haben negative Auswirkungen auf die Nierenfunktion. Darauf wies Professor Jens Lutz, Gesundheit Nord Klinikum Bremen-Mitte, beim Kongress hin. Partikel der Größe von  $\leq 2,5 \mu\text{m}$  (PM 2,5) würden in den Nieren filtriert und führten dort zu oxidativem Stress und Entzündungsreaktionen bis hin zu fibrotischen Veränderungen. Es sei eine Assoziation von erhöhter Feinstaubbelastung in der Umwelt und chronischen Nierenerkrankungen festgestellt worden. In China zum Beispiel werden vermehrt membranöse Nephropathien beobachtet. Ähnliches gelte für die IgA-Nephropathie, der häufigsten Form der Glomerulonephritis in westlichen Ländern. (ner)

## So geht's: orientierender Nieren-Ultraschall

Nierengröße, Echogenität – ein bisschen mehr Information kann der Ultraschall der Nieren schon liefern. Zum Beispiel bei jemandem, der die ganze Nacht durchgetanzt hat.

Wie sollte ein orientierender Ultraschall von Nieren und ableitenden Harnwegen optimalerweise aussehen? Professor Konrad Stock vom Internistischen Ultraschall-Labor der Abteilung für Nephrologie am Klinikum rechts der Isar in München empfahl beim DGIM-Kongress ein Protokoll, das sich bewährt hat.

Gestartet werden, so Stocks Empfehlung, sollte mit der Nierengröße. Diese sollte, wenn irgend möglich, nicht in schräger, sondern in der horizontalen Achse gemessen werden, damit die Werte reproduzierbarer werden: „Sie erreichen das, wenn Sie den Schallkopf zwischen Rippen ein

Stück nach oben schieben.“ Es gebe dann zwar häufiger einen Schallschatten, der aber für die Längenmessung kein Problem sei.

Normale Nieren sind zwischen 9 cm und 12 cm lang, abhängig von der Körpergröße. Was in der Akutmedizin primär interessiert, ist die beidseitige Vergrößerung der Nieren: „Sie deutet auf ein akutes, potenziell reversibles Geschehen.“ Typische Ursachen dafür seien ein akutes Nierenversagen, eine akute Glomerulonephritis, eine akute interstitielle Nephritis und ein Harnstau. Auf nicht-akuter Seite differenzialdiagnostisch abzugrenzen ist die diabetische Nephropathie im Frühstadium, eine Amyloidose und natürlich die Zysteniere. „Auch bei einer Schwangerschaft kann es zu einer beidseitigen Größenzunahme der Nieren kommen“, so Stock.

Als Schritt zwei im Nierenprotokoll empfahl Stock die Messung der Echogenität des Nierenparenchyms. Erkrankte Nieren haben in der Regel eine erhöhte Echogenität. Aber wann

ist „erhöht“ erhöht? Als Vergleich böten sich die Markpyramiden an, so Stock. Mehr Echo als in den Markpyramiden sei echoreich. Alternativ kann auch die Leber als Vergleich herangezogen werden. Das gehe aber nur, solange keine Fettleber vorliege. Ein Stolperstein sind höherfrequente Sonden, die das Parenchym echoreicher erscheinen lassen, als es ist.

Etwas anspruchsvollere Sonographie vermessen als nächstes Nierenparenchym und Nierenrinde und machen einen Dopplerultraschall. Hier brach Stock eine Lanze für den RI-Wert: „UpToDate sagt, der RI-Wert sei Quatsch, aber ich sehe das anders.“ Insbesondere auf eine hypertensive Nephrosklerose gebe der RI-Wert sehr gute Hinweise, wobei zu beachten ist, dass die Normwerte altersabhängig sind. Natürlich muss auch auf Raumforderungen, Läsionen und mögliche Nierensteine geachtet werden. Hier gelte: Bei geringstem Verdacht sollte die Kontrolle mit einem High-End-Gerät und möglichst auch Kontrastmittel veranlasst werden.

Teil jedes Standardprotokolls beim Nierenultraschall sollte schließlich auch die Beurteilung der ableitenden Harnwege und der Harnblase sowie des Flüssigkeitshaushalts sein. Für Letzteres biete sich die Atemvarianz der Vena cava an.

Was einem diese Informationen sagen können, verdeutlichte Stock am Beispiel eines 34-jährigen Patienten, der von seiner Freundin nach einer durchtanzten Nacht mit Afterhour irgendwann Mitte des Nachmittags in München in die Notaufnahme geschleppt wurde. Anamnestisch ließ sich Drogenkonsum eruieren.

Der Ultraschall zeigte beidseits vergrößerte Nieren, immerhin 13 cm bei 1,70 m Körpergröße, dazu ein echoreiches Parenchym. Sonst gab es renal keine Auffälligkeiten. Die Harnblase war aber leer, und spätestens beim Blick auf die im Atemrhythmus kollabierende Vena cava war die Sache klar: Prärenales Nierenversagen bei Exsikkose unter Drogeneinfluss. Behandlung: Trinken und kurzzeitige stationäre Überwachung. (gvg)

**KÜNSTLICHE INTELLIGENZ****Plädoyer für KI-gestützte Endoskopien**

KI-gestützte Endoskopie wird zunehmend Bestandteil der gastroenterologischen Diagnostik und Krebstherapie.

„Ein endoskopischer Eingriff sollte immer geprüft bzw. durchgeführt werden, wenn ein lokalisiertes Tumorstadium vorliegt und sich der Tumor auf die oberflächliche Wandschicht beschränkt und abtragbar erscheint“, erinnerte Professorin Ulrike Denzer, Uniklinikum Gießen-Marburg, bei einer Pressekonferenz der DGVS. Die hochauflösende Videoendoskopie von Ösophagus, Magen und Darm erlaube mit Hilfe entsprechender Färbemethoden eine Vorhersage hinsichtlich der Bösartigkeit und Tiefeninfiltration und damit der endoskopischen Abtragbarkeit der Läsion mit bis zu 70- bis 90-prozentiger Genauigkeit. Allerdings, so Denzer, bedürfe diese auch mit Blick auf die nachfolgenden Therapieempfehlungen einer großen Erfahrung.

Kommerziell verfügbar sind bereits Systeme zur Polypen-Detektion bei der Vorsorgekoloskopie. Die Systeme unterscheiden neoplastische von nicht-neoplastischen Veränderungen. Künftige KI-Systeme sollen die differenzierte Beurteilung von Infiltrationstiefe und Tumorausdehnung zur Bestimmung der Resektionsgrenzen erlauben und zudem die Resektion selbst unterstützen.

Wichtige Vorteile der endoskopischen im Vergleich zur chirurgischen Resektion sind Organerhalt, die geringere Komplikationsrate und die damit assoziierte postinterventionelle Lebensqualität.

So treten z. B. nach Ösophagusoperationen mit Rekonstruktion durch Magenhochzug im ersten halben Jahr regelhaft Übelkeit, Reflux, Schluckstörungen und Durchfälle auf. Auch nach Jahren ist keine vollständige Normalisierung der Essgewohnheiten zu erwarten. Die Komplikationsrate nach komplexer Speiseröhrenchirurgie liegt laut Denzer bei 38 Prozent, ähnlich sieht es nach Magen Chirurgie aus, die Mortalität liegt bei jeweils 8,6 und 11,7 Prozent. Dagegen sind Komplikationen nach endoskopischen Resektionstechniken im Frühstadium hauptsächlich gut beherrschbare Nachblutungen oder Perforationen im niedrig einstelligen Prozentbereich. Die Mortalität sei „äußerst gering“, so Denzer. Hinzu komme die kürzere Krankenhausverweildauer. (ner)

# Quälender Juckreiz und der unbekannte Faktor X

Chronischer Juckreiz kann belastend, ja quälend sein. Auch wenn das Phänomen nicht gut verstanden wird, existieren zunehmend Behandlungsoptionen.

Von **Thomas Meißner**

Er ist nicht nur ein häufiges Symptom vieler Hauterkrankungen, sondern auch ein typisches Zeichen chronischer Störungen des Galleabflusses: chronischer Juckreiz. Der cholestatische Pruritus tritt besonders bei chronischen Lebererkrankungen der kleinen und kleinsten Gallenwege auf. Wie er entsteht, wird bis heute nicht gut verstanden. Interessanterweise führt die akute Cholestase der großen Gallenwege, etwa wegen Gallensteinen oder bei Malignomen, eher selten zu Juckreiz.

„Es scheint einen Faktor zu geben, der pruritogen wirkt und der im enterohepatischen Kreislauf zirkuliert“, erklärte Privatdozent Dr. Simon Hohenester vom Klinikum der LMU München beim Kongress Viszeralmedizin in Hamburg. Worum es sich jedoch bei diesem mysteriösen „Faktor X“ handelt, ist bis heute unklar. Dafür, dass er existiert, spricht, dass bei Unterbrechung des enterohepatischen Kreislaufs mit einer nasobiliären Drainage sich der Juckreiz rasch und deutlich bessert. Das jedoch kann selbstredend nicht die erste Maßnahme sein.

„Das Wichtigste ist, dass wir die Patienten danach fragen“, forderte Hohenester seine Kolleginnen und Kollegen auf. Die Vigilanz bei Ärzten in Bezug auf das Auftreten von Juckreiz sei „noch verbesserungsfähig“. „Wenn man nicht gut helfen kann, ist es unangenehm, danach zu fragen.“ Dabei gibt es eine ganze Reihe von Dingen, die die Betroffenen selbst tun können. Und die Palette medikamentöser Optionen wird größer.

Zunächst empfahl Hohenester die Quantifizierung des Juckreizes mit Hilfe der visuellen Analogskala (VAS), ergänzt um allgemeine Ratschläge an die Patienten. Diese können sein:

- die hauttypgerechte Hautpflege mit Produkten, die kühlendes Menthol oder lokalanästhetisch wirksames Polidocanol enthalten;
- kühlende Umschläge oder kalte Bäder,
- Entspannungsübungen und Meditation,
- locker sitzende Kleidung,



Bei Juckreiz plus Cholestase scheint es einen bislang unbekanntem Faktor zu geben, der ursächlich ist. © MARIA FUCHS / STOCK.ADOBE.COM

- der Aufenthalt in kühler, nicht trockener Umgebung,
- eine dosierte Sonnenexposition im Sommer,
- ein individuell angepasster Ernährungsstil (zum Beispiel scharfe Speisen meiden).

Medikamentöse Off-label-Optionen bei nicht-genetischen Cholestase-Syndromen sind nach Angaben Hohenesters Bezafibrat (400 mg/d) oder bei primärer biliärer Cholangitis (PBC) Cholestyramin. Zweite Wahl ist Rifampicin (150–600 mg/d) – wegen der möglichen Hepatotoxizität bei etwa fünf Prozent der Patienten sollte ein entsprechendes Monitoring nach sechs und zwölf Wochen erfolgen. Erst danach werden Naltrexon oder Sertralin empfohlen.

Als Reservetherapien gelten die nasobiliäre Drainage, die Albumindialyse, Plasmapherese und Anionen-Adsorption sowie die UVB-Fototherapie. Neu hinzukommen in naher Zukunft etwa prometabolische Substanzen, die womöglich helfen, das (unbekannte) Pruritogen zu verstoffwechseln, oder Hemmer der Signaltransduktion zum Gehirn.

In der BEZURSO-Studie waren 400 mg Bezafibrat pro Tag bei Patienten mit PBC verglichen worden mit Placebo, unter anderem auch in Bezug

auf den sekundären Endpunkt Juckreiz. Die Patienten profitierten über den Studienzeitraum von zwei Jahren deutlich mit einer Linderung des Juckreizes. Die Therapie erwies sich als relativ sicher, allerdings war Myalgie mit einer Häufigkeit von 20 Prozent (Placebo: 10 Prozent) eine relevante Nebenwirkung. Nephro- und hepatotoxische Wirkungen waren eher selten.

Die FITCH-Studie beschäftigte sich spezifisch mit der Wirksamkeit von Bezafibrat bei cholestatischem Juckreiz bei PBC sowie bei primärer und sekundär sklerosierender Cholangitis (PSC, SSC) über insgesamt drei Wochen. Bei 45 Prozent der PSC- und PBC-Patienten konnte in dieser Zeit eine mindestens 50-prozentige Reduktion moderaten bis schweren Juckreizes erreicht werden (Placebo: 11 Prozent).

Die Behandlung mit dem selektiven PPAR (Peroxisomen-Proliferator-aktivierter Rezeptor)-Agonisten Seladelpar hat bei PBC-Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf Ursodesoxycholsäure ebenfalls eine dosisabhängige und signifikante Besserung des Pruritus ergeben. „Es scheint, dass für die PPAR-Agonisten ein Klasseneffekt vorliegt“, erklärte Hohenester und verwies auf ähnliche Effekte von Elafibranor und Saroglitazar.

Eine andere Möglichkeit ist es, die Signaltransduktion an peripheren

Nervenfasern zu hemmen, die für die Übermittlung der Juckreizempfindung zum Zentralnervensystem erforderlich sind. Nalfurafin ist ein in Japan zugelassener kappa-Opioidrezeptor-Agonist, für den in einer randomisierten Phase-III-Studie bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen und therapierefraktärem Juckreiz unterschiedlicher Ätiologie die juckreizstillende Wirkung nachgewiesen worden ist.

Eine neue Substanzklasse bei cholestatischem Pruritus sind die IBAT (Ileal Bile Acid Transporter)-Inhibitoren. Sie hemmen den Gallensäuretransport im enterohepatischen Kreislauf und weisen ebenfalls eine gute Wirksamkeit auf. Zugelassen sind bislang Maralixibat beim Alagille-Syndrom, einer seltenen Multisystemerkrankung, sowie Eloxibat für die progressive familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC) und das Alagille-Syndrom. Weitere Substanzen dieser Klasse befinden sich für verschiedene Indikationen in der klinischen Entwicklung.

Nicht jede Substanzklasse und jedes Präparat hilft bei allen cholestatischen Juckreizarten. Die Placebo-Effekte bei den Patienten sind in Studien erheblich. Je nach Grundkrankheit fallen die Wirkungen einzelner Präparate verschieden aus oder können ganz ausbleiben.

## „Wurst in der Pelle“ und „Eiszapfenzeichen“

Die Autoimmunpankreatitis ist eine Differenzialdiagnose bei schmerzlosem Ikterus. Sie kann klinisch ein Malignom imitieren.

Die Klinik einer Autoimmunpankreatitis (AIP) ist anders als bei akuter Bauchspeicheldrüsenentzündung. Fehlen klare Hinweise aus Labor und Bildgebung oder auch ein Erfolg mit Glukokortikoiden (GC) ex juvantibus,

bedarf es einer Biopsie. Schließlich besteht die Sorge, dass es ein Pankreaskarzinom sein könnte. Und das ist geschätzt zehnmals häufiger.

Mit schmerzlosem Ikterus, Gewichtsverlust und diffusen Oberbauchschmerzen komme die seltene Autoimmunerkrankung eher wie eine konsumierende Erkrankung daher“, berichtete Privatdozent Georg Beyer, LMU München, beim DGIM-Kongress. „Das sind nicht die Patienten, die vor Ihnen sitzen und sich vor Schmerz krümmen.“ Ältere Männer sind das klassische Kollektiv bei der

lymphoplasmazellulären sklerosierenden Typ-1-AIP. Sie entspricht der Manifestation einer IgG4-assoziierten Erkrankung am Pankreas. Die idiopathische gangzentrierte Pankreatitis (Typ 2) betrifft isoliert die Bauchspeicheldrüse und eher Menschen unter 50 Jahren.

Während Typ 2 nur histologisch herauszufinden sei, seien auf das Zweifache des oberen Normwerts erhöhte Serum-IgG4-Werte und eine Beteiligung anderer Organe hochsuggestiv auf eine Typ-1-AIP. Beyer warnte aber ausdrücklich vor AIP-Diagnose oder

-Ausschluss allein auf IgG4-Basis. Am wichtigsten sei die Bildgebung. „Was wirklich typisch ist, ist die wurstförmige Auftreibung der Bauchspeicheldrüse, mit einem zusätzlichen Ödem.“ Nach Kontrastmittel-Gabe ähnelt es einer Kapsel, quasi wie die Pelle um die Wurst. Relativ spezifisch sind auch segmentale Verengungen des Pankreasgangs, auch multiple. Anders als bei maligner Stenose seien dort die Seitengänge noch zu sehen, so Beyer. Hinzu kommt das „Icicle“-Zeichen: Statt eines Kalibersprungs dämmert der Gang eiszapfenförmig in die Stenose hinein.

Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist das gute Ansprechen auf Glukokortikoide. Passende Hinweise und ein unwahrscheinliches Malignom rechtfertigen laut Beyer mitunter einen Steroidversuch. Er sei allerdings konsequent und ausreichend dosiert mit rund 0,6 mg/kg/d Prednisolon für mindestens zwei bis zu vier Wochen durchzuziehen. Anschließend ist das Therapieansprechen zu objektivieren, möglichst mit der gleichen Modalität: MRT oder CT. Ein zuvor erhöhtes IgG4 muss rückläufig sein. Im Zweifel braucht es die Biopsie. (bib)

# Thrombophlebitis ist oft mit schwerem Gepäck unterwegs

Selten kommt eine Thrombophlebitis allein. Oft hat sie noch eine tiefe Beinvenenthrombose und/oder einen malignen Tumor „im Gepäck“.

Von Ingrid Kreutz

Wenn sich ein Patient oder eine Patientin mit druckschmerzhaftem gerötetem und überwärmtem Strang am Bein vorstellt, liegt der Verdacht auf eine Thrombophlebitis nahe. Vielleicht eine Thrombophlebitis mit jeder Menge schwerem Gepäck an Bord?

Das klinische Bild der oberflächlichen Venenthrombose ähnelt entzündlichen Prozessen, vor allem dem Erysipel, erinnert Professor Markus Stücker, Dermatologe an der Ruhr-Universität Bochum, im Gespräch mit der „Ärzte Zeitung“. Bei der körperlichen Untersuchung lassen sich jedoch deutliche Unterschiede feststellen. Die meisten Oberflächenthrombosen an den Beinen entstehen spontan in varikösen Venen. „Anders als beim Erysipel ist die walzenartige Struktur der Oberflächenthrombose sowie auch die punktuelle Druckschmerzhaftigkeit“, betont Stücker. Klarheit schafft schließlich die Duplexsonographie.

Der Kollege rät bei oberflächlichen Venenthrombosen der Beine grundsätzlich zu dieser Diagnostik, um das ganze Ausmaß der Erkrankung zu erfassen. „Bei Oberflächenthrombosen der Beine sollte immer eine duplexsonographische Untersuchung durchgeführt werden, da die klinische Ausdehnung der Symptome bei Oberflächenthrombosen häufig deutlich geringer ist als die Oberflächenthrombose selber.“ Wichtig bei der Duplexsonographie sei aufgrund der daraus möglicherweise resultierenden therapeutischen Konsequenzen die routinemäßige Darstellung der proximalen 3 cm der Vena saphena magna und die Dokumentation der Länge des Thrombus und des Thrombusabstands vom tiefen Beinvenensystem.

Und noch etwas ist für Stücker relevant: „Da Patienten mit Oberflächenthrombosen nicht selten begleitende tiefe Beinvenenthrombosen unabhängig von der Oberflächenthrombose aufweisen, zum Beispiel am anderen Bein, ist eine vollständige Untersuchung des Beinvenensystems auf Thrombosen, aber auch auf refluxive Venen erforderlich.“ Stücker's Argument: Etwa 25 Prozent der Patientin-

nen und Patienten mit Oberflächenthrombosen hatten in prospektiven Beobachtungsstudien schon bei der Erstvorstellung tiefe Beinvenenthrombosen oder symptomatische Lungenembolien (Internist 2022; 63: 612–8). Und von den Patientinnen und Patienten ohne primär begleitende tiefe Beinvenenthrombose oder Lungenembolie entwickelten innerhalb von drei Monaten 10,2 Prozent thromboembolische Komplikationen wie Lungenembolien, tiefe Beinvenenthrombosen, einen Progress oder Rezidive der Oberflächenthrombose.

Das ist aber noch nicht alles. Denn nicht nur bei tiefen Beinvenenthrombosen, sondern auch bei Oberflächenthrombosen ist die Krebsprävalenz signifikant erhöht. In einer Studie bei Patientinnen und Patienten mit oberflächlichen Beinvenenthrombosen betrug die Prävalenz einer malignen Begleiterkrankung 8,7 Prozent in der

Gesamtgruppe, überwiegend Brustkrebs und Krebs der Harnwege (J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2022; 10(1): 26–32). Personen mit isolierter Oberflächenthrombose hatten in 4,2 Prozent, solche mit Oberflächenthrombose und begleitender tiefer Beinvenenthrombose beziehungsweise Lungenembolie in 18,8 Prozent der Fälle eine maligne Begleiterkrankung. „Daher sollte zumindest bei Oberflächenthrombosen der Beine außerhalb von varikös veränderten Venen eine Tumorsuche erfolgen, da hier das Krebsrisiko besonders hoch sei“, empfiehlt Stücker. Bei den betreffenden Patienten sollten die derzeit üblichen Krebsvorsorgeuntersuchungen vorgenommen werden, also bei Frauen die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung und bei Männern der Prostate-Check. Sinnvoll seien auch Abdomen-Sonographie und Koloskopie zur Darmkrebsfrüherkennung.

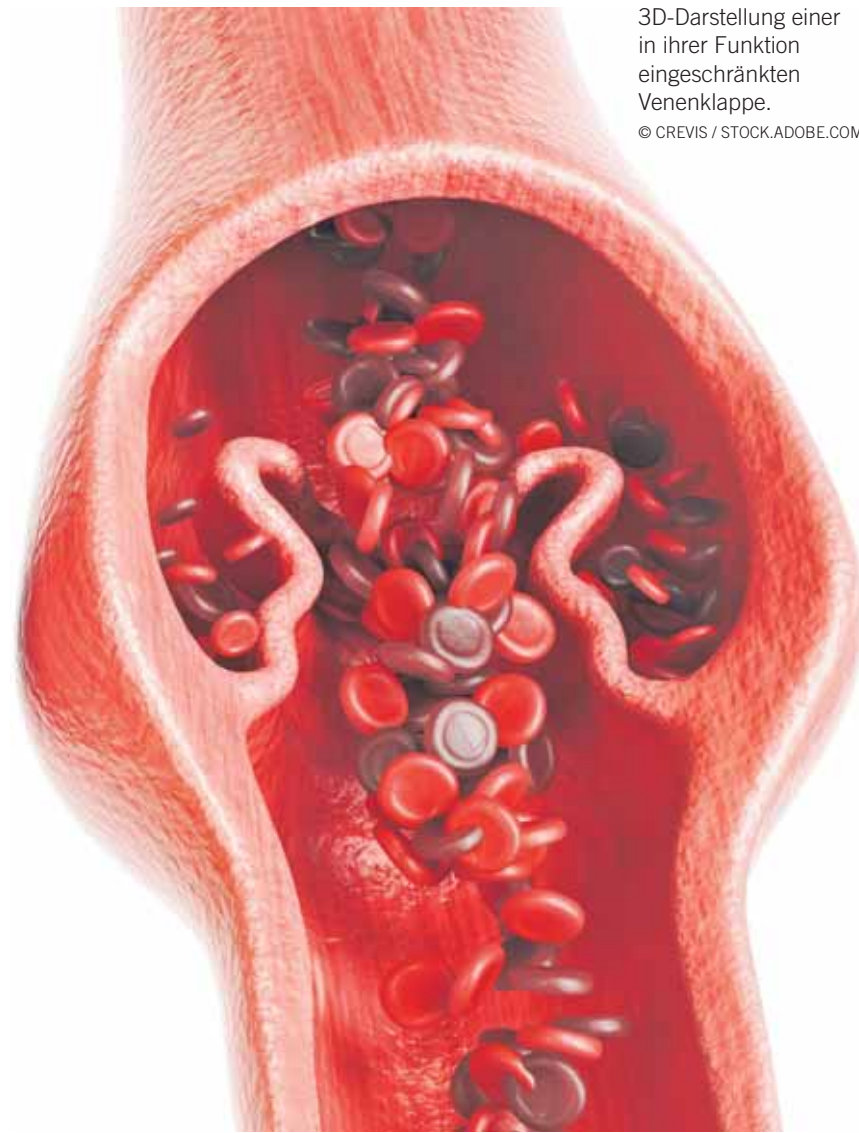
Was die Therapie betrifft, ist die Datenlage bei Oberflächenthrombose der Beine inzwischen recht gut. Die Behandlung sollte sich nach Lokalisation und Ausdehnung der oberflächlichen Venenthrombose richten, rät Stücker. Er bezieht sich dabei auf die Empfehlungen einer Cochrane-Analyse (Cochrane Database Syst Rev 2018; 2(2): CD4982) sowie die klinisch-praktischen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (Eur J Vasc Endovasc Surg 2020; 61(1): 9–82):

Von großer Bedeutung ist, dass die Antikoagulation lang genug erfolgt, betont der Kollege. Sie sollte über mindestens vier bis sechs Wochen beibehalten werden, damit sie den gewünschten Effekt hat. „Die früher gebräuchliche Antikoagulation über zehn Tage hat keine bessere Wirkung als eine Gabe von Placebo, da es zehn Tage nach Absetzen der Antikoagulation zu einer verzögerten Ausprägung thromboembolischer Komplikationen kommt, welche die gleiche Größenordnung erreichen wie bei einer Placebobehandlung“, sagt Stücker.

Bei Patienten mit besonders hohem Risiko einer tiefen Beinvenenthrombose, etwa bei Autoimmunerkrankungen, vorbestehenden tiefen Beinvenenthrombosen oder Ähnlichem, könne eine Verlängerung der Antikoagulation von 45 Tagen auf drei Monate in Betracht gezogen werden.

Die chirurgische Behandlung bei einer akuten oberflächlichen Venenthrombose wird derzeit nach den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie nicht empfohlen. Vielmehr solle die Behandlung einer refluxiven superfiziellen Veneninsuffizienz beziehungsweise einer Varikose erst nach dem Abklingen der akuten Entzündungszeichen und der akuten Oberflächenthrombose erwogen werden. In der Regel sei dies nicht früher als drei Monate, nachdem eine akute Oberflächenthrombose aufgetreten ist, der Fall.

Für die Oberflächenthrombosen an den Armen existieren bisher keine systematischen Untersuchungen zu einer Therapie mit Antikoagulanzen, konstatiert Stücker. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte die Seltenheit thromboembolischer Komplikationen bei Oberflächenthrombosen der Arme sein. Oberflächenthrombosen an den Armen infolge von intravenösen Kanülen werden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mittels Kühlung und Kompressionsbandagen behandelt.



3D-Darstellung einer in ihrer Funktion eingeschränkten Venenklappe.  
© CREVIS / STOCK.ADOBE.COM

## ZULASSUNG ERWEITERT

### Im Fokus: Tenecteplase bei Hirninfarkt

Tenecteplase ist jetzt sowohl bei Myokard- als auch bei Hirninfarkt eine Alternative zu Alteplase.

Nach der Zulassungserweiterung von Tenecteplase zur systemischen Thrombolysetherapie auch bei akutem Hirninfarkt hat die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) zu den Vor- und Nachteilen des neuen Thrombolytikums Stellung genommen.

„Tenecteplase kommt unserer Auffassung nach weiterhin als Alternative zur systemischen Thrombolyse bei Schlaganfallpatienten im 4,5-Stunden-Zeitfenster in Betracht, insbesondere wenn auch eine endovaskuläre Schlaganfalltherapie geplant ist“, wird der erste Vorsitzende Professor Stefan Schwab, Uniklinik Erlangen, in einer Mitteilung der DSG zitiert.

„Tenecteplase bietet durch die vereinfachte Anwendung als einmaliger Bolus vor allem in Drip-and-ship-Situationen einen bedeutsamen logistischen Vorteil“, so der federführende Autor der Stellungnahme, Professor Peter Ringleb, Uniklinikum Heidelberg. Ringleb sieht zudem durch die Berechnung der korrekten Dosierung in 10-kg-Schritten bei Tenecteplase einen deutlichen Vorteil gegenüber Alteplase. „Die Ermittlung des genauen Körpergewichtes unserer Patientinnen und Patienten ist in der Notfallsituation teilweise schwierig und wird bei der Verwendung von Tenecteplase weniger bedeutsam.“

Zwanzig Prozent teurer werde die Lysetherapie mit Tenecteplase allerdings werden, meldet die DSG. Diese deutliche Preissteigerung sorgte für Unruhe unter den Leitern deutscher Stroke Units. „Tenecteplase ist ausschließlich in 25-mg-Packungen verfügbar“, so Ringleb, „sodass bei Patientinnen und Patienten mit einem Körpergewicht unter 100 Kilogramm immer ein Rest verbleiben wird.“

Alteplase habe zudem eine Zulassung zur systemischen Thrombolysetherapie bei Schlaganfallpatienten ab 16 Jahren, Tenecteplase dürfe hingegen erst bei Patienten ab 18 Jahren genutzt werden, ergänzt Schwab. (eb)

Die Stellungnahme der DSG im Web: <https://www.dsg-info.de/stellungnahme-des-vorstandes-der-dsg-zur-zulassung-von-tenecteplase/>

# Gibt es eine Wende bei bioresorbierbaren Gefäßstützen?

In den USA wurde jetzt ein bioresorbierbarer Stent zur Rekanalisation infrapoplitealer Arterien bei PAVK zugelassen: Ein Wendepunkt in der Geschichte dieser speziellen Gefäßstützen?

Die US-Gesundheitsbehörde FDA hat mit dem Esprit™-BTK-Device (Esprit BTK Everolimus Eluting Resorbable Scaffold System) erstmals eine resorbierbare Gefäßstütze zur Behandlung von Patienten mit schweren Formen

einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) zugelassen, informiert der Hersteller Abbott in einer Pressemitteilung. Indiziert ist eine Rekanalisation von Arterien mit diesem Stentsystem demnach bei chronischer Extremitäten-bedrohender Ischämie (chronic limb-threatening ischemia, CLTI) in der infrapoplitealen Strombahn (below the knee, BTK).

Das Konzept der bioresorbierbaren Koronarstents oder Scaffolds fand vor Jahren bekanntlich zunächst großen Anklang. Die Vorstellung, damit den Blutfluss wiederherzustellen und nach passager mechanischer Stützung des

Gefäßes dieses durch Selbstaflösung des implantierten Scaffolds quasi wieder in einen nativen Zustand zurückzusetzen zu können, leuchtete intuitiv ein.

Die mit resorbierbaren Scaffold-Systemen der ersten Generation in der Behandlung von Koronarstenosen gemachten Erfahrungen sorgten aber schon bald für Ernüchterung. Vor allem aufgrund einer erhöhten Inzidenz von Scaffold/Stent-Thrombosen, die auch noch sehr spät nach der Implantation auftraten und mit einer Zunahme von Herzinfarkten einhergingen, verschwanden die zunächst genutzten Devices komplett vom Markt.

Besser lief es danach mit technisch weiterentwickelten Scaffold-Systemen, die sich unter anderem durch dünnere Stentstreben auszeichnen, in der Revaskularisation bei PAVK. Basis der US-Zulassung des Esprit™-BTK-Systems bilden die Ergebnisse der 2023 publizierten LIFE-BTK-Studie.

In dieser randomisierten Studie ist das Everolimus-freisetzende resorbierbare Esprit-BTK-System bei 261 Patientinnen und Patienten mit CLTI und Gefäßstenosen oder -verschlüssen in der infrapoplitealen Strombahn (proximale zwei Drittel) mit einer perkutanen Ballonangioplastie verglichen worden.

Primärer Wirksamkeitsendpunkt der Studie war die Freiheit von krankheitsrelevanten Ereignissen (Amputationen oberhalb des Knöchels, Zielgefäß-Verschlüsse, Revaskularisationen der Zielläsion und binäre Restenose) nach einem Jahr. Bei Raten von 74 Prozent versus 44 Prozent war der Anteil der Patienten, bei denen in dieser Zeit kein entsprechendes Ereignis aufgetreten war, in der Scaffold-Gruppe signifikant höher als in der Angioplastie-Gruppe ( $p < 0,001$  für Überlegenheit). Da die Follow-up-Dauer der Studie mit fünf Jahren veranschlagt wurde, werden weitere Ergebnisse folgen. (ob)

Mit BDI aktuell  
Punkte sammeln

## Updates für Internistinnen und Internisten

Exklusiv für Mitglieder des BDI  
bietet Springer Medizin drei kosten-  
freie, zertifizierte Online-Kurse:

- Erstellung des Gefäßzugangs zur chronischen Hämodialyse – Was ist Aufgabe des Nephrologen? (3 CME-Punkte)
- Katheterassoziierte Gefäßkomplikationen (3 CME-Punkte)
- Sekundäre obstruktive Schlafapnoe (3 CME-Punkte)

Weitere Infos  
unter [www.bdi.de](http://www.bdi.de)Bitte halten Sie diesen exklusiven  
Freischaltcode (FIN) bereit:**BP724E1**Achtung, der Freischaltcode ist  
nur vom 10. Juli 2024 bis zum  
23. Juli 2024 gültig!Bitte beachten Sie, dass Sie sich  
auf [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de)  
zunächst registrieren müssen.  
Falls Sie bereits registriert sind,  
können Sie sich mit Ihren  
Zugangsdaten anmelden. Wichtig  
für Leserinnen und Leser der Zeit-  
schrift „Die Innere Medizin“ ist,  
dass die Abo-Nummer für die  
Fortbildungen leider nicht gültig  
ist. Eine erneute, kostenfreie  
Registrierung auf dem Portal ist  
somit erforderlich.

### REGISTERDATEN ANALYSIERT

## Bronchiektasie: Verräterische Sputumfarbe

Ob das Sputum von Lungenkran-  
ken klar bis grau und schaumig aus-  
sieht oder gelb-grün bis bräunlich  
und von verdickter Textur ist – das  
macht einen Unterschied.Ein britisches Forschungsteam  
hat Daten von etwa 13.500 Patien-  
tinnen und Patienten im euro-  
päischen Bronchiektasie-Register  
EMBARC ausgewertet, und die Er-  
gebnisse bei einer Tagung der ERS  
(European Respiratory Society) in  
Mailand vorgestellt. Unterschieden  
wurde dabei mukoides von muko-  
purulentem (cremig-gelbem) Sputum  
sowie eitriges (schmutzig-gelb  
bis grünlich, verdickte Textur) und  
stark eitriges Sputum (dunkelgrün  
bis braun, teils mit Blutspuren). Er-  
gebnis: Je stärker eitrig das Sputum  
war, desto höher war das Risiko für  
Exazerbationen und Krankenhaus-  
aufenthalte.Die Betrachtung der Sputum-  
farbe mit einer Farbkarte bietet die  
Möglichkeit, das Selbstmanagement  
und die Überwachung der Krank-  
heit zu verbessern. Das Verfahren  
würde Ärzten ermöglichen, bei  
Veränderungen der Sputumfarbe  
früher als bislang notwendige ther-  
apeutische Maßnahmen zu ergreifen,  
so ein Kommentar von ERS-  
Präsident Professor Carlos Robalo  
Cordeiro von der Universität Coim-  
bra, Portugal. (ner)

# Obstruktive Schlafapnoe: (Viel) bessere Kooperation tut not

Die obstruktive Schlafapnoe  
ist eine Versorgungsbaustelle  
ersten Ranges. Es fehlt  
weniger an Kapazitäten, es  
fehlt an Kooperation. Digitale  
Plattformen könnten helfen.  
Nur wann?

Von Philipp Grätzel von Grätz

Wenn ein Patient mit obstruktiver  
Schlafapnoe ein Schlaflabor braucht,  
dann heißt es Geduld haben. „Es gibt  
teilweise Wartezeiten bis zu 24 Mona-  
ten“, berichtete Professor Christoph  
Schöbel, Leiter des Zentrums für  
Schlaf- und Telemedizin an der Uni-  
versitätsmedizin Essen. Ein Kapazi-  
tätsproblem? Nicht unbedingt, so  
Schöbel beim DGP-Kongress in  
Mannheim. Er sieht vor allem Defizite  
in der Versorgungsstruktur in  
Deutschland, die dazu führen, dass  
unterschiedliche Versorger nicht  
kooperieren und dass Patienten im  
Schlaflabor untersucht werden, die  
dort gar nicht sein müssten.

### Über-, Unter-, Fehlversorgung

Der derzeitige Standardablauf ist, dass  
auf hausärztlicher Ebene ein OSA-Ver-  
dacht ausgesprochen wird. Der wird  
durch einen Facharzt zum Beispiel mit  
Hilfe der Polygraphie, also der reinen  
nächtlichen Atemüberwachung, erhär-  
tet. Danach erfolgt die Überweisung in  
ein Schlaflabor zur Polysomnographie  
und Einleitung einer nächtlichen  
Überdrucktherapie (CPAP).So weit, so deutsch, allerdings  
reicht in vielen Fällen die Vordiagnostik  
für eine Diagnosestellung eigentlich  
aus, und die Therapieeinleitung muss  
auch nicht zwingend im Schlaflabor  
erfolgen. Hinzu kommt, dass die The-  
rapietreue bei CPAP ein Problem ist.  
„Wir verschwenden unheimlich viele  
Ressourcen für Diagnostik, und am  
Ende erhält fast die Hälfte keine The-  
rapie“, so Schöbel. Besserung ist der-  
zeit nicht in Sicht: Adhärenzsteigernde  
Maßnahmen gibt es kaum, und wenn,  
dann werden sie nicht erstattet. Evi-  
denzbasierte CPAP-Alternativen wie  
Unterkieferprotrusionsschiene oder  
Hypoglossus-Stimulator werden wenig  
genutzt, auch weil für diese Therapien  
noch mehr interdisziplinäre Koopera-  
tion nötig ist als ohnehin schon, im  
einen Fall mit Zahnärzten, im anderen  
Fall mit HNO-Ärzten.Bei CPAP ist auch die Therapietreue ein Problem. Telemedizinische Betreuung kann sie verbessern. (Symbolbild mit Fotomodell)  
© HOWARD / STOCK.ADOBE.COMPerspektivisch dürfte sich die Situa-  
tion auch dadurch noch weiter ver-  
schärfen, dass zunehmend Medizin-  
produkte wie Sensormatten oder, noch  
einfacher, Smartwatch-Anwendungen  
auf den Markt kommen, die eine  
OSA-Verdachtsdiagnose in Eigenregie  
ermöglichen. Vorbild ist hier die Apple  
Watch beim Vorhofflimmern – die  
dazu geführt hat, dass viele Kardiolo-  
gien eigene Sprechstunden für Apple  
Watch-Patienten eingeführt haben.  
Passiert etwas Ähnliches beim OSA,  
dann werden die ohnehin ineffizienten  
Versorgungsstrukturen in diesem  
Bereich jedenfalls nicht effizienter.Was tun? Schöbel plädiert dafür,  
Ernst zu machen mit der interdisziplinä-  
ren und intersektoralen Versorgung  
von OSA-Patienten – und dazu digita-  
le Plattformen zu nutzen. So könnte  
zum einen durch Einsatz von heim-  
basierter Sensorik die Diagnostik ent-  
zerrt werden. Zum anderen ließe sich  
das Adhärenzproblem adressieren.Dass das geht, wurde in einer aktu-  
ellen deutschen Kohortenstudie gerade  
eindrucksvoll gezeigt (ERJ Open  
Res 2024; 10: 00424-2023). Bei tele-  
medizinischer CPAP-Nachsorge war  
die Abbruchquote in dieser Population  
aus über 100.000 OSA-Patienten um  
25 Prozent geringer als bei Standard-  
versorgung. Wurde die telemedizinische  
Nachsorge kombiniert mit einer  
Feedback-App für die Patienten, wa-  
ren es sogar 59 Prozent.

### CPAP und Telemedizin

Der Nutzen von Telemonitoring  
bei CPAP wurde in einer deutschen  
Kohortenstudie belegt.

- Bei telemedizinischer CPAP-Nachsorge war die Abbruchquote in dieser Population aus über 100.000 OSA-Patienten um 25 Prozent (HR 0,76; 95% CI 0,74-0,78) geringer als bei Standardversorgung.
- Wurde die telemedizinische Nachsorge kombiniert mit einer Feedback-App für die Patienten, waren es sogar 59 Prozent (HR 0,49; 95% CI 0,38-0,44).

ERJ Open Res 2024;  
10: 00424-2023Wie genau könnte eine schlafmedi-  
zinische Plattformversorgung ausse-  
hen? In Nordrhein-Westfalen läuft,  
unterstützt von DAK, Techniker, IKK  
Classic und Barmer, gerade das Inno-  
vationsfonds-Projekt SLEEP WELL.  
In diesem Projekt werden Diagnostik  
und Nachsorge telemedizinisch flan-  
kiert, und alle Versorgungsebenen vom  
Hausarzt über den jeweiligen Facharzt  
bis zum Schlaflabor werden im Rah-  
men ihrer jeweiligen Aufgaben durch  
das Telemedizinzentrum unterstützt.  
Dies impliziert, dass auch mal Patien-  
ten zuhause auf CPAP eingestellt  
würden, so Schöbel. Insgesamt sollen  
die Überweisungen ins Schlaflabor  
deutlich gezielter erfolgen.

### Fernziel digitale Versorgungsplattform

Bewährt sich das SLEEP WELL-Kon-  
zept, dann stünde einer Überführung  
in die Regelversorgung noch das Ver-  
gütungsthema im Weg. Aktuell werden  
nur Polygraphie und Polysomnogra-  
phie bezahlt. Dadurch wird die Dia-  
gnostik enorm attraktiv, alles andere  
nicht – ein wesentlicher Grund für die  
derzeitigen Versorgungsdefizite. „Das  
müssen wir unbedingt weiterentwi-  
ckeln“, so Schöbel. Einfach wird das  
nicht. Bei der Herzinsuffizienzversor-  
gung hat die digitale Hinterlegung von  
Versorgung und Vergütung mit Tele-  
medizin ein Jahrzehnt gedauert. Und  
in der Kardiologie ist dieser Prozess  
noch längst nicht abgeschlossen.

## Wie klappt COPD-Exazerbationsprophylaxe?

Bei COPD kann die Dauer-  
therapie mit Antibiotika die  
Exazerbationsrate senken.  
Jedoch ist Doxycyclin keine  
Alternative zum Makrolid-  
antibiotikum.Das Makrolidantibiotikum Azithro-  
mycin kann bei ausgewählten COPD-  
Patienten die Exazerbationsrate re-  
duzieren. Allerdings empfiehlt die Deut-  
sche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin (DGP) diese  
Langzeitbehandlung „nicht generell“,  
vor allem wegen möglicher Gehör-  
beeinträchtigungen und Resistenzengegenüber Streptococcus pneumoniae.  
In manchen Ländern werde deshalb  
gerne Doxycyclin verordnet, berichtete  
Professorin Daiana Stolz vom Unikli-  
nikum Freiburg beim DGP-Kongress.Doxycyclin ist jedoch keine Alter-  
native, so das Ergebnis einer kürzlich  
veröffentlichten randomisierten, kon-  
trollierten Studie. Denn es ergab sich  
hinsichtlich der Exazerbationsrate kein  
Unterschied zur Placebo-Gruppe. Ein-  
zig Patienten mit stark eingeschränkter  
Lungenfunktion (FEV1: 30–50 Pro-  
zent des Solls) sowie Patienten mit  
geringer Eosinophilen-Rate im Blut  
( $< 300$  Zellen/ml) profitierten mit ei-  
ner Reduktion der Exazerbationsrate.  
Allerdings war auch in diesen  
Subgruppen die gesundheitsbezogeneLebensqualität in der Verumgruppe  
schlechter als in der Kontrollgruppe  
(Am J Respir Crit Care Med 2023;  
208: 549–558).Azithromycin hat dagegen in vielen  
Studien zu einer signifikanten Reduk-  
tion der Exazerbationen geführt. Stolz  
zitierte einen Review der Cochrane  
Collaboration aus dem Jahre 2018,  
wonach im Durchschnitt von einer  
mehr als 40-prozentigen Reduktion  
der Exazerbationsrate ausgegangen  
werden kann.„Nicht jeder COPD-Patient sollte  
eine Exazerbationsprophylaxe mit  
Langzeitantibiose erhalten“, resümier-  
te Stolz. Geeignet seien vor allem Pati-  
enten mit einer Einsekundenkapazität  
(FEV1) von unter 50 Prozent desSolls, mit Dauer-Sauerstoffbehand-  
lung sowie mit zwei oder mehr Exazer-  
bationen pro Jahr. Statt 250 mg sollten  
eher 500 mg Azithromycin gegeben  
werden, und zwar nicht täglich,  
sondern drei Mal pro Woche plus  
Therapiepausen.Dabei müsse man sich darüber im  
Klaren sein, dass sich zwar die Exazer-  
bationsrate und die Lebensqualität  
etwas verbessern lässt, so die Pneumo-  
login, dies habe jedoch keinen Effekt  
auf Mortalität, Hospitalisationsrate  
oder Lungenfunktionsverlust. Zudem  
sollte sichergestellt werden, dass keine  
atypische Mykobakteriose vorliege.  
Die Patienten müssen hinsichtlich auf-  
tretender Nebenwirkungen überwacht  
werden. (ner)

# Forschungsergebnisse zu Mikroplastik: Daumen runter ...

Mikroplastik könnte ein Umweltfaktor sein, der chronische Erkrankungen beeinflusst. Das Forschungsgebiet ist noch jung, der Forschungsgegenstand unübersichtlich.

Von Thomas Meißner

Mikro- und Nanoplastik kommen ubiquitär in unserer Umwelt vor und der Mensch nimmt es tagtäglich in seinen Körper auf. Wahrscheinlich verbleibt es dort auch, zumindest zu einem gewissen Anteil. Was dann passiert, ist weitgehend unklar, wie Wissenschaftler im „Gastro Geplauder“, einem Podcast der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselstörungen (DGVS) erklärt haben.

Aus In-vitro-Studien gehe hervor, dass Zellen Mikro- und Nanoplastik ab einer Größe von zwei Mikrometern und darunter gut aufnehmen, sagte Dr. Verena Pichler, Assistenz-Professorin am Departement Pharmazeutische Chemie der Uni Wien – je kleiner die Partikel, desto besser. Einen direkten toxischen Effekt scheint das nicht zu haben. Allerdings verändere sich die



Wenn zu hoher Mikroplastik-Konzentration zusätzlich pathogene Faktoren hinzukommen, könnte dies entzündungsfördernd wirken, etwa bei chronisch entzündlichen Darmkrankheiten.

Professor Samuel Huber,  
Uniklinikum Hamburg-Eppendorf

Beschaffenheit der Zelle, sie könne sich leichter aus dem Gewebe lösen und migrieren, so Pichler. „Wenn so eine Zelle in die Blutbahn gelangt, kann die überall im Körper hinwandern.“ In einer kürzlich veröffentlichten Studie war Mikro- und Nanoplastik in atherosklerotischen Karotisplaques gefäßchirurgisch behandelter Patienten gefunden worden – dies korrelierte mit der Häufigkeit von Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Tod (NEJM 2024; 390: 900–910).

Vor allem über die Lunge und über den Gastrointestinaltrakt gelangen die Plastikpartikel in den Körper. Liege bereits eine Entzündung vor oder ist etwa der Darm bereits vorgeschädigt, erleichtere das die Aufnahme, sagt Pichler. Die Wissenschaftlerin geht außerdem davon aus, dass Krebszellen mehr Mikro- und Nanoplastik aufnehmen können als gesunde Zellen, „einfach, weil sie schneller wachsen und einen vergleichsweise höheren Metabolismus aufweisen.“

Der Hamburger Gastroenterologe und Immunologe Professor Samuel Huber berichtete über tierexperimentelle Studien, wonach Mikroplastik entzündungsverstärkend wirkt, wenn durch ein zusätzliches Agens die Tight junctions zwischen Darmzellen zerstört sind. Wenn also zu einer hohen Mikroplastik-Konzentration zusätzlich pathogene Faktoren hinzukommen,

könnte dies entzündungsfördernd wirken, etwa bei chronisch entzündlichen Darmkrankungen wie M. Crohn und Colitis ulcerosa. Auch in zirrhotischen Lebern haben die Forschenden vom Uniklinikum Hamburg-Eppendorf bereits Mikroplastik entdeckt, nicht jedoch in Lebergewebe von Gesunden. Huber geht davon aus, dass hohe Mikroplastik-Belastungen immunologische Auswirkungen haben. Statt das bislang im Körper schwer zu detektierende Mikroplastik in die Diagnostik einzubeziehen, könnte es sinnvoller sein, künftig zum Beispiel bei schwer zu behandelnden CED-Kranken das individuelle Immunprofil zu analysieren, um rationale Therapieentscheidungen daraus abzuleiten.

Professor Christian Laforsch von der Universität Bayreuth erklärte in einem weiteren Podcast zu diesem Thema, dass Mikroplastik in sehr unterschiedlichen Größen, Formen und Oberflächenbeschaffenheiten vorliege, aus verschiedenen Kunststoffsorten bestehe, Additiva enthalte und mit der Zeit altere. Zudem seien die Partikel in der Umwelt mit organischen Molekülen behaftet. Daraus resultiere ein sehr heterogenes Bild physikalischer und chemischer Eigenschaften. Insgesamt, heißt es, stehe man noch ganz am Anfang der Erforschung. Über Langzeitwirkungen ist bislang so gut wie nichts bekannt.

## EIN MYTHOS HÄLT SICH

### Hühnersuppe: Daumen hoch!

Wer die Wörter „Erkältung“ und „Hühnersuppe“ gemeinsam googelt, erhält 1,5 Millionen Treffer. Die Trefferzahl für „chicken soup“ in der Medizindatenbank PubMed ist mit 216 deutlich geringer als bei Google. Mit an vorderster Stelle rangiert eine Publikation aus dem Nebraska Medical Center in Omaha aus dem Jahr 2000. Die Autoren stellten fest, dass Hühnersuppe die Neutrophilenmigration hemmt, und schrieben der Suppe einen moderaten antientzündlichen Effekt zu, der Symptome von Atemwegsinfekten abschwächen könnte.

Nach Ausbruch von COVID-19 meldete sich einer der Autoren zurück. Die frühere Studie sei keine klinische Untersuchung gewesen, ein antineutrophiler Effekt könne ebenso gut das Infektionsrisiko erhöhen. Aber: Wer Hühnersuppe koche, helfe Leuten, sich besser zu fühlen, und habe die Bestätigung, zumindest etwas getan zu haben.

Deckel drauf auf dem Hühnersuppentopf? Keinesfalls! Joseph Alpert von der University of Arizona School of Medicine in Tucson hat sich erst neulich wieder mit den medizinischen Eigenschaften der Suppe befasst. Solche schließt er aus, sieht aber die Vorzüge der Suppe in ihren wohltuenden Effekten. Gegen einen Glauben, der sich von der Antike bis in die heutige Zeit erhalten hat, dürfte indessen kein wissenschaftliches Kraut gewachsen sein. (rb)

ANZEIGE

 Springer Medizin

SpringerMedizin.de

## BDI Jetzt als BDI-Mitglied profitieren!



Bis zu  
70 %  
Rabatt!

### Internistische Fachzeitschriften zum Sonderpreis!

- Das gebündelte internistische Fachwissen
- Herausgegeben von den Top-Fachleuten des jeweiligen Schwerpunktes
- Volltextzugriff mit Archiv

Hier bestellen!  
[Springermedizin.de/bdi-sonderabo](https://www.springermedizin.de/bdi-sonderabo)



ZITIERT



Das GVSG wird seinem Anspruch, Über-, Unter- und Fehlversorgung anzugehen, nicht gerecht: In dem Gesetz voller Einzelmaßnahmen mit Gießkanneneffekt sucht man die eigentlich nötige Strukturreform vergebens ... So entstehen zum Beispiel durch die ärztlichen Honorarregelungen nur weitere Fehlansätze im System ...

**Dr. Jens Baas,**  
Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK), Ende Juni anlässlich der ersten Lesung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) im Bundestag

TOMICKE'S WELT

Krisenfälle



AUCH DAS NOCH

65 und noch voller Berufsideen

Es sind die wohl berühmtesten 29 Zentimeter Kunststoff der Welt. Barbie ist Spielzeuglegende, Schönheitsideal und mittlerweile auch Filmstar. Oft ist Barbie wissenschaftlich untersucht worden. In London widmet sich nun eine Ausstellung im Design Museum dem Phänomen. Es ist eine Art Geburtstagsgeschenk: Barbie wird in diesem Jahr 65. An Rente aber ist nicht zu denken. Ihr Team arbeite bereits an Ideen für 2026, erzählt Kim Culmone, Vizepräsidentin des US-Spielwarenkonzerns Mattel. Mehr als 260 Berufe hat Barbie bereits dargestellt, war Astrophysikerin, Tennisspielerin und Vorstandsvorsitzende. 1973 erschien die Puppe auch als Ärztin. Damals waren weniger als zehn Prozent der Mediziner in den USA weiblich. „Wir Mädels können alles schaffen“, lautete der Barbie-Slogan in den 1980ern, heute heißt es inklusiver „Du kannst alles sein.“ Der langjährige Partner Ken kommt nur noch am Rande vor. (dpa)

# „Viele bleiben lieber beim Insulin“

Arzt und Musiker Dr. Rainer Limpinsel bekam mit 40 Jahren Diabetes Typ 2 und war ihn ein Jahr später wieder los. Geschafft hat er das mit einer radikalen Lebensumstellung und einem Zeitschaltenschloss am Handy.

Von Kerstin Mitternacht

Alarm machen und aus dem Fenster lehnen. Der Arzt und Musiker Dr. Rainer Limpinsel geht gerne radikale Schritte und hat sich so auch selbst von seinem Diabetes Typ 2 geheilt. „Ich hatte seit dem Studium 40 Kilo zugenommen und damit deutliches Übergewicht“, sagt Limpinsel. Zudem hatte der Arzt, der hauptberuflich als Musiker und Autor arbeitet, viel Stress. Limpinsel hatte nach seinem Medizinstudium einige Jahre in der Chirurgie gearbeitet, bevor die Angebote aus der Musikbranche kamen, er sein Hobby Musik zum Beruf machte und der Arztberuf mehr zum Hobby wurde.

Mit 40 Jahren erkrankte Limpinsel an Diabetes Typ 2: „Ich hatte einen HbA1c von 14,1, das schafft kaum jemand, auch wenn ich nicht stolz darauf bin.“

**Alpentour ließ das Fass überlaufen**

Nach der Diagnose konnte er nicht mehr vom Sofa aufstehen, obwohl er noch ein paar Wochen zuvor mit dem Rennrad über die Alpen gefahren war. Es ging auf einmal nichts mehr. Sofort begann Limpinsel, Insulin zu spritzen. Sein Leben führte er einfach weiter wie zuvor. Eine weitere Alpentour, bei der es zu einer extremen Unterzuckerung kam, habe aber das Fass zum Überlaufen gebracht. „Ich bin dann vier Wochen offline gegangen, habe 27 Tage gefastet und danach meine Ernährung komplett umgestellt. Das empfehle ich so radikal niemanden, aber seitdem bin ich geheilt.“ Von seinem Ernährungsplan hat er konse-



Musiker, Buchautor und Arzt Dr. Rainer Limpinsel hat seinen Diabetes bekämpft. © PRIVAT

quent Bier, Weizen, Zucker und Milch gestrichen. „Ich esse mich drei Mal am Tag richtig satt, aber alles, was Heißhunger auslöst und meinen Blutzucker hochschnellen lässt, lasse ich weg“, erklärt er. Sein Wert liegt jetzt wieder bei 6 HbA1c. Ein Jahr nach der Diagnose musste sich Limpinsel kein Insulin mehr spritzen und war den Diabetes los.

„Wenn man den Weg einmal gegangen ist, fragt man sich, warum man früher so oft bei Diäten gescheitert ist“, so Limpinsel. Seiner Ansicht nach helfen Abnehmspritzen und auch Ma-

genverkleinerungen immer nur kurzfristig, weil der Mensch doch immer in alte Muster ver falle. Nur eine radikale Gewichtsabnahme und Ernährungsumstellung helfe, den Diabetes dauerhaft loszuwerden, so der Arzt. Er weiß auch, dass die meisten Menschen einfach eine Tablette schlucken und nichts an ihrem Leben ändern wollen, denn das sei anstrengend und aus seiner Sicht ein grundsätzliches gesellschaftliches Problem.

Doch ohne Diabetes steigere man seine Lebensqualität. Und seinen radikalen Weg bestätigen nach seinen An-

gaben auch Studien aus England, die aufzeigen, dass nach drei Wochen Fasten und Ernährungsumstellung Menschen den Diabetes losgeworden sind.

Neben der Ernährung sieht Limpinsel auch eindeutig zu viel Stress als Grund für die Entwicklung eines Diabetes. „Klima, Krieg und die Dauerberieselung auf dem Smartphone mit schlechten Nachrichten wirken auch auf unseren Körper und unser Wohlbefinden ein.“ Auch bei diesem Thema ist Limpinsel radikal und schließt beispielsweise sein Handy regelmäßig mit einem Schloss mit Zeitschaltuhr weg und macht „richtig“ Feierabend. Das Handy ist dann für mehrere Stunden ausgeschaltet.

„Ich werde regelmäßig von Promis und erfolgreichen Geschäftsführern, die meine Bücher gelesen haben, gefragt, was sie machen können, um ihren Diabetes loszuwerden: Ich sage dann immer, nicht mehr durch die Welt fliegen und keine drei Handys, doch die meisten bleiben lieber beim Insulin und ihrem Diabetes.“ Die Frage sei, was man selbst bereit ist, zu tun. Laut Rainer Limpinsel könnten 90 Prozent der Menschen mit Diabetes geheilt werden. Er sagt auch radikal, dass man sich bei ungesunden Beziehungen besser trennen oder auch seinen Job wechseln sollte, wenn dieser einem nicht guttue.

Tatsächlich hätten sich in seinem Bekanntenkreis zwei Frauen, nachdem sie angingen, ihre Ernährung umzustellen, und auf Schokolade verzichtet haben, kurz darauf getrennt. Zwei Unternehmer haben ihre Firmen verkauft, um radikal von Stress und Insu-

lin herunterzukommen. Beide Beispiele zeigten, dass Beziehungen und Arbeit körperlich krank machen können und mit Essen versucht wird, ungesunde Lebensweisen zu kompensieren, was es meist eher schlimmer mache, so der Arzt.

**Männer gefährdeter?**

Auch schnelle Autos und eine Geliebte können Stress bedeuten und man sollte sich lieber davon trennen. Die Insignien eines erfolgreichen Männerlebens gehen mit Stress einher. Dauerstress sei eine der größten Krankheitsursachen der heutigen Zeit. Nach Limpinsels Ansicht hilft eine gepflegte „Leck mich am Arsch“-Haltung. Die Kunst sei es, Nein zu sagen.

„Jeder sollte wissen, was einen stresst und was nicht und danach handeln“, sagt Limpinsel. „Ich arbeite als Musiker nicht mehr spät nachts und mir ist schlafen und parken nach einem Konzert wichtig, das steht auch so in meinem Vertrag.“

Er weiß, wie radikal er selbst ist. Deshalb sagt der Arzt und Künstler auch, dass für Menschen, die mit Heilfasten nichts anfangen können, eine Woche strikte Paleo-Diät möglich sei. Rückschläge gehörten dazu. Limpinsels Tipp: Nicht komplett versumpfen, also nicht Kuchen, Schokolade, Chips und Bier, sondern lieber Erdnüsse und trockenen Wein konsumieren. Viele Menschen würden auch ihr Mittagessen ausfallen lassen und haben dann doppelt Hunger. Besser seien drei Mahlzeiten und keinen Hunger zwischendurch, so Limpinsel.

Auch er kennt Rückschläge, etwa beim Tod seiner Mutter, als er wieder anfang, verarbeitete Lebensmittel und Zucker zu essen. Schicksalsschläge können einen aus der Bahn werfen.

Bei den radikalen Ernährungsregeln scheint es schwierig zu sein, noch außerhalb Haus zu essen. „Ich gehe noch essen, aber informiere mich vorher, dass ohne Chemie gekocht wird. Und auf Familienfeiern nehme ich auch mal meinen eigenen Kuchen mit, auch wenn meine Frau und ich dann schräg angeschaut werden.“ Mittlerweile schmecke ihm aber auch kein Industriezucker mehr.

**Bücher von Dr. Rainer Limpinsel zu Diabetes Typ 2**



**Diabetes heilen in 28 Tagen.**  
ASIN: B00JWU02GW, FID Verlag GmbH (23. April 2014)  
Dateigröße: 10079 KB



**Diabetes. Das Anti-Insulin-Prinzip.**  
TRIAS; 2. Edition (9. Oktober 2019)  
Taschenbuch: 180 Seiten, ISBN: 3432110855



**Der Anti-Diabetes-Plan**  
TRIAS; 1. Edition (10. Januar 2024), Taschenbuch: 184 Seiten, ISBN: 3432118732





Über den Dächern Roms. © Luciano Mortula

## Fortbildung mit italienischer Lebensfreude

**Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen: Diese umfassenden Fachgebiete erfordern Zeit, um die aktuellsten Entwicklungen und Leitlinien mit der nötigen Tiefe zu betrachten. Der Intensivkurs in Rom ist dafür das ideale Angebot.**



**Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger**  
München  
Wissenschaftliche Leiterin  
© PHIL DERA



**Prof. Dr. med. Armin Steinmetz**  
München  
Wissenschaftlicher Leiter  
© Doerfel\_Fotodesign / Peter Doerfel

Rom gilt als die ewige Stadt. So weit reicht die Tradition des Intensivkurses zum Thema Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen selbstverständlich nicht. Dennoch hat sich diese Veranstaltung bei vielen Medizinerinnen und Medizinern als zentrale Fortbildung zu den beiden Fachgebieten etabliert. Vor allem, weil das umfassende und aktuelle Programm auch von den Wünschen und Ideen der Zuhörerschaft lebt.

Die ausgewiesenen Expertinnen und Experten mit entsprechend klinisch-wissenschaftlichem Hin-

tergrund bereiten die aktuellen Themen kompakt und anschaulich auf. Für die Teilnehmenden bleibt dabei genügend Zeit, Fragen zu stellen und ausführlich zu diskutieren.

Das Programm ist vielfältig: Die in den letzten Jahren entwickelten Therapeutika speziell in der Diabetologie sind aufgrund der ausgezeichneten Datenlage in weltweit übereinstimmende Therapiealgorithmen integriert. Diese sind auch in den nationalen Versorgungsleitlinien sichtbar. Aufgrund neuer Daten werden sie kontinuierlich ergänzt und bieten die Grundlage eines wesentlichen Teils der Fortbildung. Entsprechend nehmen die aktuellen Therapieempfehlungen einen breiten Raum ein.

Das Augenmerk liegt auch auf den multiplen Folgen der Diabetes wie der Osteoporose, den kardiovaskulären Folgen und dem Nierenversagen mit ihrer klinischen und präventiven Relevanz. Auch hier kommen Therapieempfehlungen und besonders Möglichkeiten der Prävention gebührend zur Sprache.

Noch immer werden in Deutschland mehr Schilddrüsenoperationen durchgeführt als notwendig. Zur Sicherheit in der Indikationsstellung für eine operative Behandlung kann daher die sonografische Diagnostik von Schilddrüsenknoten dienen. Aus chirurgischer Sicht werden dazu neue Leitlinien und das sinnvolle operative Management dargestellt. Zusätzlich werden neuere Aspekte der Immunthyreopathien sowie der subakuten Thyreoiditis angesprochen.

### Zeit für Fälle aus der eigenen Praxis

Beim Auftreten z.B. eines primären Hyperparathyreoidismus an einen möglichen Teilaspekt einer multiplen endokrinen Neoplasie zu denken, bleibt eine spannende klinische Aufgabe. Ein Update aus klinischdiagnostischer Sicht soll den Blick dafür schärfen. Aus endokrinchirurgischer Sicht werden Neuentwicklungen im operativtherapeutischen Vorgehen vorgestellt.

Die arterielle Hypertonie hat wie kaum eine andere internistische Erkrankung in den letzten Jah-

ren für Kontroversen gesorgt. Welche Änderungen bezüglich der Behandlungsziele sind jetzt in der neuen Leitlinie der Hochdruckliga zu finden?

Und noch nie gab es gefühlt so viele glutensensitive oder auch laktoseintolerante Menschen wie heute. Das ruft Heerscharen von selbsternannten Expertinnen und Experten auf den Plan, die jede Menge Ernährungsempfehlungen erteilen. Höchste Zeit, sie auf ihre bewiesene Relevanz zu prüfen.

Es ist außerdem genügend Zeit eingeplant, um von Seiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mitgebrachte Beiträge in Form von kurzen Kasustiken oder auch Fragestellungen zu Fällen aus der eigenen Praxis zu diskutieren.

Das Tüpfelchen auf dem I ist natürlich die kulturell sehr reizvolle „ewige“ Stadt Rom und das zentral gelegene Tagungshotel. Rom ist übrigens auch bequem per Nachtzug von München aus zu erreichen. Es bietet sich an, nach dem anspruchsvollen Tagesprogramm zur Entspannung durch die Straßen zu schlendern und ein wenig italienische Lebensfreude zu genießen. (RS)

### Intensivkurs Allgemeine Innere Medizin Stoffwechselerkrankungen Endokrinologie Update

10. – 13.10.2024

Rom (I)

Highlights des Programms:

- Vielfältiges Programm mit täglich wechselnden Schwerpunktthemen
- Vorstellung aktueller Therapien und Leitlinien
- Möglichkeit zum intensiven Austausch
- Interdisziplinäre Falldiskussionen

Anmeldung:



### Zahl des Monats

**1874** wurde die spätklassizistische Villa in Wiesbaden fertiggestellt, in der heute die Geschäftsstelle des BDI untergebracht ist. Dort zog der BDI im Jahre 1982 ein, 23 Jahre nach seiner Gründung. Erst seitdem steht in einer bis dahin ungenutzten Nische der Fassade eine antiken Vorbildern nachempfundene Askulap-Figur.

Das Haus mit seinem großen Garten und der darin befindlichen imposanten Rotbuche steht als Kulturdenkmal unter besonderem Schutz. Aber trotz der geschichtsträchtigen Mauern geht der BDI mit der Zeit: Mit dem neuen, öffentlichen WhatsApp-Kanal des BDI halten wir Sie zu berufspolitischen Entwicklungen, spannenden Fortbildungen und Neuigkeiten aus dem Verbandsleben jetzt auch per Push-Nachricht bequem auf dem Laufenden. Private Kontaktdaten wie Name, Telefonnummer oder Profilbild bleiben natürlich verborgen.

Jetzt abonnieren:



### Diabetologie aktuell 2024

#### Fortbildung des LV Bayern am 17. Juli 2024 in München

Zwei Stunden kompaktes Update und die Möglichkeit zur anschließenden gemeinsamen Diskussion mit Kolleginnen und Kollegen: Das bietet dieses Mal die Fortbildung „Diabetologie aktuell 2024“ des Landesverbandes Bayern unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger.

Geplante Themen sind die „Vorbeugung und Behandlung des Typ 1 Diabetes mellitus: Innovation mit Immunintervention“, ein Update zu „Risikopatient mit metabolischem Syndrom/Typ 2 Diabetes mellitus: modernes Management des kardiorespiratorischen Risikoprofils“ sowie aktuelle Strategien zur Früherkennung sowie Prävention von „Krebsrisiko bei Diabetes mellitus“.

Die Veranstaltung ist zur Zertifizierung bei der Landesärztekammer eingereicht.

Anmeldung:



### Fragen an den BDI?

**Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e. V. (BDI)**  
Schöne Aussicht 5 • 65193 Wiesbaden

**Zentrale**  
0611 181 33 – 0 • info@bdi.de

**Mitgliederbetreuung**  
0611 181 33 – 19 / - 20 / - 25 •  
mitgliederbetreuung@bdi.de

**Fortbildungen**  
0611 181 33 – 21 / - 22 • fortbildung@bdi.de

**Rechtsberatung**  
0611 181 33 – 17 • rechtsberatung@bdi.de

www.bdi.de

Fortbildung

# Absoluter Durchblick und mittelalterliches Flair

**Ultraschall? Eine der wichtigsten Untersuchungsmethoden der inneren Organe. Mit dem Grund- und Aufbaukurs in Nürnberg bieten gleich zwei Veranstaltungen das nötige Wissen für Einsteiger und für Fortgeschrittene.**



**PD Dr. med. Dane Wildner**  
Nürnberg  
Wissenschaftlicher Leiter  
© Rudi Ott



Die Altstadt von Nürnberg mit der Kaiserburg. © Wolfgang Cibura / stock.adobe.com

So gelingt der Einstieg: Der Grundkurs vermittelt in der Theorie Kenntnisse der normalen Strukturen und Größen der Bauchorgane und weiterer abdominaler Strukturen sowie der häufigen pathologischen Veränderungen im Abdomen. Mit enthalten im Kurs sind Betrachtungen der Schilddrüse und des Thorax sowie der Magen-Darm-Sonografie und der Notfallsonografie.

Im praktischen Teil erwerben die Teilnehmenden Grundkenntnisse in der Untersuchungstechnik und im Einstellen und Erkennen von Strukturen. Unter Anleitung erfahrener Tutorinnen und Tutoren aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen untersuchen sich die Teilnehmenden gegenseitig in Kleingruppen. Der Ultraschallkurs ist praxisbegleitend konzipiert. Darum ist es sinnvoll, zeitnah nach dem absolvierten Kurs sein erworbenes Wissen anzuwenden und regelmäßig im Arbeitsalltag zu schallen, um das Erlernete einzüben und die Kenntnisse und Techniken zu festigen.

Der Aufbaukurs vertieft die Kenntnisse des Grundkurses und soll unter Anleitung und Kontrolle durch Kursleiter sowie Tutorinnen und Tutoren eine Verbesserung der Untersuchungstechnik erreichen. Der Fokus liegt auf dem Erkennen und Darstellen häufiger pathologischer Veränderungen im Abdomen und deren Differentialdiagnose. Zudem soll die Untersuchungstechnik für schwierige Fragestellungen verfeinert werden. Der Aufbaukurs definiert ferner den Stellenwert der Sonogra-

fie im Rahmen der Diagnostik bei gängigen klinischen Fragestellungen.

Für diesen Aufbaukurs sollten die Teilnehmenden ausreichend eigene Erfahrungen in der Sonographie mitbringen, um so die vorhandenen Kenntnisse sinnvoll zu erweitern.

Die Praxisteile werden bei beiden Kursen in Kleingruppen an drei Standorten in Nürnberg durchgeführt. Dort finden in Schulungsräumen auch die entsprechenden Theorieteile statt. (RS)

**Praktischer Kurs  
Sonografie Aufbaukurs**

16. – 19.10.2024

Nürnberg

Highlights des Programms :

- In Zusammenarbeit mit der Akademie des Klinikums Nürnberg und dem Krankenhaus Nürnberger Land-Lauf
- Entspricht DEGUM Qualitätsrichtlinien und den Richtlinien der KBV
- 4-tägiger Aufbaukurs mit 24 Unterrichtseinheiten

Anmeldung:\*



**Praktischer Kurs  
Sonografie Grundkurs interdisziplinär**

27. – 30.11.2024

Nürnberg

Highlights des Programms :

- In Zusammenarbeit mit der Akademie des Klinikums Nürnberg und dem Krankenhaus Nürnberger Land in Lauf
- Entspricht DEGUM Qualitätsrichtlinien und den Richtlinien der KBV
- 4-tägiger Aufbaukurs mit 30 Unterrichtseinheiten

Anmeldung:\*

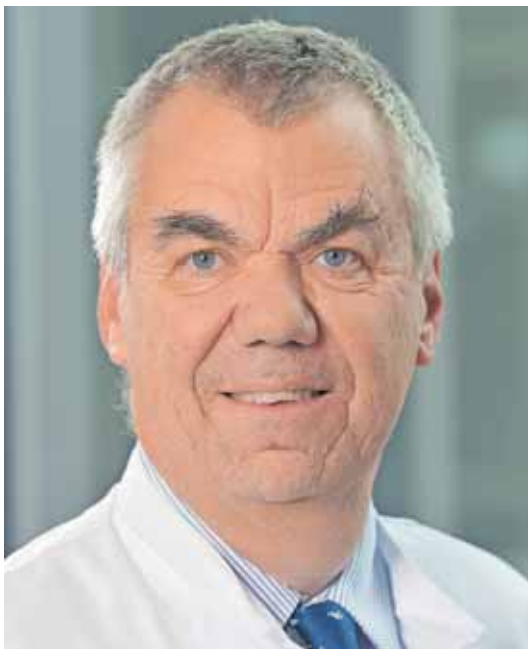


\*) Begrenzte Anzahl an Plätzen. Bitte wenden Sie sich bei Rückfragen an [fortbildung@bdi.de](mailto:fortbildung@bdi.de)

Neues aus dem Verband

## „Es ist wichtig, die Nephrologie stärker in der Gesundheitspolitik zu positionieren.“

**Prof. Dr. med. Peter Heering ist seit Ende letzten Jahres Vorsitzender der Sektion Nephrologie im BDI. BDIaktuell hat mit ihm über sein berufspolitisches Engagement und die größten Herausforderungen in der Nephrologie gesprochen.**



© Thomas Goetz

*BDI: Herr Prof. Dr. med. Heering, warum engagieren Sie sich für den BDI?*

Prof. Dr. med. Heering: Die Gesundheitspolitik von Karl Lauterbach hat sich zum Ziel gesetzt, zentralistisch für alle Fragen eine Lösung zu finden. Nur ein starker Verband vermag hier Akzente zu setzen oder Widersprüche zu formulieren. Ich halte es für wichtig, die Nephrologie stärker in der Gesundheitspolitik zu positionieren. Hier gilt es, die Sichtweisen aller Mitspieler einzubringen. Die Nephrologie als kleines Fach muss sich hier Mitstreiter suchen. Diese Möglichkeiten sehe ich bei unseren Anliegen am ehesten in einem berufspolitischen Verband gegeben. Ich wünsche mir für die Zukunft eine engere Absprache mit den Vertretern des Verbandes Deutsche Nierenzentren (DN) und auch der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN). Der BDI hat die Zugänge, die wir gemeinsam für unser Fach benötigen.

*Welche Herausforderungen für die Innere Medizin, respektive für den Schwerpunkt Nephrologie, sehen Sie unter den aktuellen politischen Rahmenbedingungen?*

Wir sehen im Bereich der ambulanten Versorgung eine Unterfinanzierung der Dialyse. Im Bereich der Krankenhäuser müssen wir auf der Hut sein, dass wir nicht den Weg der Angiologie und der Diabetologie gehen. Es droht eine Ausdünnung und der Wegfall der nephrologischen stationären Versorgung. Die Geriatrie kann die Nephrologie nicht ersetzen.

*Was möchten Sie in den kommenden vier Jahren in Ihrer Sektion umsetzen?*

**Zum Hintergrund:**

Im Rahmen der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie trafen sich Anfang Oktober 2023 die Mitglieder der Sektion Nephrologie im BDI zu ihrer jährlichen Mitgliederversammlung. Neben Updates zur Krankenhausplanung 2024 und den Auswirkungen der Krankenhausplanung auf die nephrologische Weiterbildung stand auch die Wahl des Vorsitzenden sowie die Wahlen der Stellvertretenden Vorsitzenden auf der Tagesordnung. Prof. Dr. med. Peter Heering, Nephrologe und Chefarzt am Städtischen Klinikum Solingen, wurde zum neuen Vorsitzenden gewählt. Er tritt die Nachfolge von Dr. med. Sylvia Petersen an, die für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung steht. Zu den Stellvertretenden Vorsitzenden bestimmten die Mitglieder Prof. Dr. med. Thorsten Feldkamp, niedergelassener Nephrologe in Rendsburg, und Prof. Dr. med. Frank Strutz, Leiter des KfH in Wiesbaden.

Gerne würde ich mit meinen beiden Stellvertretern die Abstimmung innerhalb der Nephrologie verbessern. Ich bedaure, dass in den Gremien der Gesundheitspolitik zu den Themen wie Krankenhausplanung und Aus- und Weiterbildung zu wenig Nephrologen präsent sind. Nur wenn wir gegenüber der Politik mit einer Stimme auftreten, haben wir eine Chance, etwas zu bewegen. Hier versuchen wir durch engere Abstimmung unsere Durchsetzungsfähigkeit zu verbessern.

**Das Interview führte Niklas Kölsch**

Fortbildung

## Persönlicher Austausch auf Mallorca

**Vom 26. bis 31. Mai 2024 trafen sich Internistinnen und Internisten aus ganz Deutschland in Son Caliu, Mallorca zum 38. interdisziplinären Seminar-kongress „Allgemeine Innere Medizin“ des BDI.**

Der von über 20 renommierten Expertinnen und Experten getragene diesjährige Seminar-kongress des BDI auf Mallorca deckte wieder ein breites Spektrum aktueller Themen der Inneren Medizin ab. Ein besonderes Highlight war der Eröffnungsvortrag von Prof. Dr. Albert Diefenbacher aus Berlin, der über den ärztlichen Heilauftrag in Zeiten gesellschaftlicher Verunsicherung sprach.

Die rundherum gelungene Veranstaltung zeigte einmal mehr, wie wichtig der persönliche Austausch unter Kolleginnen und Kollegen ist – gerade in einer Zeit allgegenwärtiger digitaler Kommunikation. Denn die Diskussion von Erfahrungen und Ideen ist für viele unverzichtbar; das wurde immer wieder bestätigt. Zum Erfolg des Kongresses trug wesentlich auch die positive Atmosphäre und das Engagement aller Beteiligten bei.

Es wurde deutlich, dass Fortbildungen dieser Art nicht nur aktuelles Wissen für den ärztlichen Alltag vermitteln, sondern auch das Netzwerk innerhalb der Ärzteschaft stärken. Darum leistet der BDI mit der Ausrichtung von Kongressen einen wertvollen Beitrag zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung seiner Mitglieder.

*Prof. Dr. med. Reinhard Fünfstück, Weimar  
Prof. Dr. med. Guido Gerken, Völsberg  
Prof. Dr. med. Martin Hausberg, Karlsruhe*

**Save the Date:** Merken Sie sich schon jetzt den Termin für den 39. Seminar-kongress auf Mallorca im kommenden Jahr vor: Er findet vom 25. bis 30. Mai 2025 statt.

Aus dem Verband

# „Bei allen Systemveränderungen müssen Arzt und Patient weiter im Zentrum stehen.“

Prof. Dr. med. Hans-Christian Deter wurde erneut als Vorsitzender des Arbeitskreises Psychosomatik-/Psychotherapie im BDI bestätigt. Im Interview mit BDIaktuell erläutert er, vor welchen Herausforderungen die Innere Medizin aktuell steht und warum die individuelle Patientenkommunikation nicht vergessen werden darf.



© Privat

*BDI: Herr Prof. Dr. med. Deter, warum engagieren Sie sich für den BDI?*

Prof. Dr. med. Deter: Der BDI ist eine wichtige Standesorganisation, die die Interessen von allen deutschen Internistinnen und Internisten vertritt und ihre Geschicke maßgeblich beeinflusst. Hier mitzuarbeiten ist eine große Chance. Sie bietet die Möglichkeit, mit anderen Teilgebieten zusammenzuarbeiten und die internistische Situation im Sinn der Psychosomatik zu beeinflussen.

*Welche Herausforderungen für die Innere Medizin, insbesondere für die Psychosomatik und Psychotherapie, sehen Sie unter den aktuellen politischen Rahmenbedingungen?*

Die Veränderungen der hausärztlich internistischen, der ambulanten und der stationären Krankenversorgung, die zunehmende Digitalisierung inklusive Künstlicher Intelligenz und der technologische medizinische Fortschritt sind Herausforderungen für die praktische Innere Medizin. Es kommt darauf an, den einzelnen Arzt und seine Patientinnen und Patienten hier mitzunehmen. Die Bedürfnisse und das Erleben des individuellen Patienten, seines behandelnden Arztes und die Arzt-Patient-Kommunikation sollten bei allen Systemveränderungen weiter im Zentrum stehen – im Sinne einer Bio-psycho-sozialen Medizin.

*Was möchten Sie in den kommenden vier Jahren in Ihrem Arbeitskreis umsetzen?*

Zum einen Symposien über psychosomatische Zusammenhänge bei internistischen Erkrankungen für haus- und fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten. Zudem plane ich Fortbildungskurse zur Gesprächsführung für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation, was Adhärenz, Gesundheitsängste sowie Resilienzfaktoren angeht. Auch eine Initiative für erweiterte Weiter- und Fortbildungen im Rahmen des BDI kann ich mir gut vorstellen.

Das Interview führte Niklas Kölsch

## Zum Hintergrund:

Auch 2024 organisierte der Arbeitskreis Psychosomatik/Psychotherapie zwei Symposien zum Thema „Psyche-Soma-Umwelt, Klima und Medizin“ sowie „Gesprächsführung in Klinik und Praxis - Gesundheitsängste und Resilienzfaktoren“ auf dem 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Während des DGIM-Kongresses fand auch die jährliche Mitgliederversammlung des Arbeitskreises statt, bei der die neuesten Entwicklungen in der Psychosomatik in Deutschland vorgestellt und die Planung der Symposien für den 131. DGIM-Kongress 2025 diskutiert wurden. Die Mitglieder des Arbeitskreises stimmten zudem über den Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden ab, wobei Prof. Dr. med. Hans-Christian Deter aus Berlin erneut zum Vorsitzenden gewählt wurde. Als seine Stellvertreterin wurde Andrea Eisenberg aus dem Landesverband Bayern wiedergewählt.

**Info:** Wer sich künftig im Arbeitskreis engagieren möchte, ist herzlich eingeladen. Schreiben Sie gerne eine E-Mail mit Ihren Ideen und Anregungen an [mitgliederbetreuung@bdi.de](mailto:mitgliederbetreuung@bdi.de).

Recht

## Wenn die Hose zur Kündigung führt



© natasya / stock.adobe.com

**Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dürfen ihren Beschäftigten unter Umständen die Farbe ihrer Arbeitskleidung vorschreiben. Wer sich nicht daran hält, kann sogar gekündigt werden, entschied das Landesarbeitsgericht Düsseldorf.**

Im Job die Kleidung tragen, zu der man Lust hat? Das geht nicht immer, wie ein aktuelles Urteil zeigt. Ein Arbeitnehmer war seit 2014 bei einem Industriebetrieb im Produktionsbereich tätig. Die betriebliche Kleiderordnung sah vor, dass für alle Tätigkeiten in Montage, Produktion und Logistik funktionelle Arbeitskleidung getragen werden muss, die vom Betrieb gestellt wird. Dazu gehören auch rote Arbeitsschutzhosen, die der gekündigte Mitarbeiter jedoch nicht tragen wollte.

Trotz zweier Abmahnungen erschien der Mitarbeiter weiterhin nicht in der vorgeschriebenen roten Arbeitshose, sondern trug stattdessen eine schwarze Hose. Daraufhin wurde ihm fristgerecht gekündigt. Gegen diese Kündigung erhob er Kündigungsschutzklage – ohne Erfolg.

Wie bereits das Arbeitsgericht Solingen (Az.: 1 Ca 1749/23) entschied auch die 3. Kammer des

Landesarbeitsgericht Düsseldorf (Urteil vom 21.5.2024 – 3 SLa 224/24), dass die Kündigung rechtmäßig war. Der Arbeitgeber durfte aufgrund seines Weisungsrechts Rot als Farbe für die Arbeitsschutzhosen vorschreiben. Da hier das Persönlichkeitsrecht des Arbeitnehmers nur in der weniger bedeutenden Sozialsphäre betroffen war, genügte für die Weisung jegliche sachlichen Gründe, die das Landesarbeitsgericht gegeben sah.

### Arbeitssicherheit vor Persönlichkeitsrecht

Der Arbeitgeber konnte vor Gericht mit zwei Gründen überzeugen: Zunächst sei die Arbeitssicherheit ein maßgeblicher Aspekt. Der Arbeitgeber habe demnach Rot als Signalfarbe wählen dürfen, da der Arbeitnehmer auch in Produktionsberei-

chen arbeitete, in denen Gabelstapler führen. Rote Kleidung erhöhe die Sichtbarkeit der Beschäftigten und trage somit zur Unfallverhütung bei. Aber auch die Wahrung der „Corporate Identity“ in den Werkshallen sei ein weiterer sachlicher Grund auf Arbeitgeberseite, so das Landesarbeitsgericht.

Der gekündigte Mitarbeiter konnte hingegen keine wichtigen Gründe vorbringen, zumal er die rote Arbeitshose zuvor jahrelang getragen hatte. Sein aktuelles ästhetisches Empfinden in Bezug auf die Hosenfarbe war den Richterinnen und Richtern des Landesarbeitsgerichts zu wenig. Nach zwei Abmahnungen und der beharrlichen Weigerung, der Weisung des Arbeitgebers nachzukommen, überwog letztlich das Beendigungsinteresse des Betriebs – trotz der langen beanstandungsfreien Beschäftigungsdauer. Die Revision wurde nicht zugelassen. (IC)

# FORTBILDUNGEN

## AUGUST

### Webinar

#### Innere Medizin aktuell

Online • Mi, 21.8.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. habil. Ahmed Madisch, Frankfurt a.M.

Anmeldung:



Kostenfrei für BDI-Mitglieder

### Seminarwoche/Kongress

#### Allgemeine Innere Medizin kompakt

Pörtschach am Wörthersee (A) • So-Fr, 25.-30.8.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. Andreas Tromm, Hattingen  
Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Berlin  
Schwerpunktt Themen: Gastroenterologie • Hepatologie • Rheumatologie • Kardiologie • Klinische Pharmakologie • Infektiologie • Pneumologie • Hämatologie • Onkologie • Diabetologie.

Mit den Workshops Ultraschall Refresher Abdomen • Dermatologie für Internisten • Ultraschall Refresher Gefäße

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### Praktischer Kurs

#### Echokardiografie Grundkurs

Pörtschach am Wörthersee (A) • Mo-Fr, 26.-30.8.2024

**Leitung:**  
Dr. med. Wolfgang Kirste, Schwabach  
Dr. med. univ. Mathias Ausserwinkler, Villach

**Montag, 26.8.2024:**

Einführung in die Echokardiografie • Technische Grundlagen der Echokardiografie • Geräteeinstellungen • Anatomie des Herzens • Die klassischen Schnittebenen: Parasternal kurze und lange Achse, apikaler 4-Kammer und 5-Kammerblick, apikale lange Achse; andere Schallfenster (subxiphoidal, suprasternal) • Indikation, Untersuchungsablauf und Befundung • Praktische Übungen

► Online-Veranstaltungen

►+ Hybrid-Veranstaltungen für Präsenz- und Onlineteilnahme

○ Mit diesem Hinweis gekennzeichnete Veranstaltungen kosten für Ärzt:innen in Weiterbildung (AIW) und Mitglied im BDI 29 €

AMBOSS-Vorteil:

Die Teilnehmer:innen der Veranstaltung erhalten einen vierwöchigen kostenlosen Zugang zu allen Angeboten von AMBOSS

Änderungen vorbehalten. Stand 15.5.2024

**Dienstag, 27.8.2024:**

Beurteilung der LV-Funktion • KHK, ischämische Kardiomyopathie, Wandbewegungsstörung • Aortenklappe 1: Anatomie, LVOT, bikuspidale Klappe • Aortenklappe 2: Aortenklappenstenose, Quantifizierung, klinische Einordnung, OP-Indikation • Aortenklappe 3: Aortenklappeninsuffizienz, Quantifizierung, klinische Einordnung, OP-Indikation • Aorta • Praktische Übungen

**Mittwoch, 28.8.2024:**

Mitralklappe 1: Anatomie, Funktion • Mitralklappe 2: Mitralklappenstenose, Quantifizierung, klinische Einordnung, OP-Indikation • Mitralklappe 3: Mitralklappeninsuffizienz, Quantifizierung, klinische Einordnung, OP-Indikation • Linker Vorhof, interatriales Septum und Pulmonalvenen • Praktische Übungen

**Donnerstag, 29.8.2024:**

Rechter Ventrikel: Beurteilung der Funktion • Trikuspidalklappe • Pulmonalklappe, Pulmonalarterie, pulmonale Hypertonie • Diastolische Funktion hypertensive Herzerkrankungen • Praktische Übungen

**Freitag, 30.8.2024:**

Weitere Strukturen: Koronarsinus, SM-Elektroden, Vorhofohr, Perikarderguss • Klappenprothesen: Prothesentypen, TAVI, Mitra Clip • Kardiomyopathien: ARVC, Non-Compaction-CMP, Hypertrophe CMP, dilatative CMP

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### BDI regional

#### Tag der Inneren Medizin Westfalen-Lippe

Dortmund • Sa, 31.8.2024

**Leitung:**

Prof. Dr. med. Frank Lenze, Hamm  
Schwerpunktt Themen: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen • Chronischer Husten • Vorhofflimmern • Diabetes mellitus Typ 2 in der hausärztlichen Praxis • Gesundheitspolitik: Wohin entwickelt sich die medizinische Versorgung?

Anmeldung:



Kostenfrei für BDI-Mitglieder

#### AMBOSS-Vorteil

Bei mit diesem Hinweis gekennzeichneten Veranstaltungen erhalten alle Teilnehmer:innen und Teilnehmer einen vierwöchigen kostenlosen Zugang zur medizinischen Wissensplattform AMBOSS.

## SEPTEMBER

### Webinar

#### Innere Medizin aktuell

Online • Mi, 18.9.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. habil. Ahmed Madisch, Frankfurt a. M.

Anmeldung:



Kostenfrei für BDI-Mitglieder

### Junger BDI

#### Staatsexamen und Karriere

Berlin • Fr-Sa, 20.-21.9.2024

**Leitung:**  
Dr. med. Andreas Jerrentrup, Marburg  
Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak, Mönchengladbach

Prof. Dr. med. Benedikt Braun, Tübingen

Fit und sicher in die dritte Prüfung: Das M3-Abschlusstraining ›Staatsexamen & Karriere‹ bereitet optimal auf die letzte mündlich-praktische Prüfung vor. An zwei Tagen werden die Kenntnisse aus dem Studium vertieft. Alle Referent:innen sind selbst erfahrene Prüfer:innen. Mit Vorträgen, Videositzungen und Falldiskussionen aus dem klinischen Alltag coachen und informieren sie über die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Fallbasierte Sessions und simulierte Prüfungssituationen imitieren den typischen Ablauf.

Anmeldung:



### Intensivkurs

#### Gastroenterologie/ Hepatologie Update

Essen • Fr, 20.9.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. Andreas Tromm, Hattingen  
Prof. Dr. med. Guido Gerken, Velbert  
Schwerpunktt Themen: Aktuelle Leberdiagnostik • Virushepatitis A-E • Autoimmune Hepatitis • NASH und Mikrobiom • Leberzirrhose und Komplikationen • HCC • Akute und chronische Pankreatitis • Pankreas Tumoren – solide, cystische und seltene • Gastrointestinale Blutungen • Achalasie und Barrett • Colonkarzinom • Perspektiven der Endoskopie • CED • Wässrige Durchfälle: Kollagene und mikroskopische Kolitis • Divertikelerkrankung • Antibiotika assoziierte Diarrhoe

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### Intensivkurs

#### Allgemeine Innere Medizin Leitlinien Update

Essen • Sa, 21.9.2024

**Leitung:**

Prof. Dr. med. Ralf Kiesslich, Mainz  
Prof. Dr. med. Joachim Labenz, Siegen  
Prof. Dr. med. Ahmed Madisch, Frankfurt a.M.  
Schwerpunktt Themen: Kardiologie • Gastroenterologie & Hepatologie • Diabetologie, Stoffwechsel & Endokrinologie • Nephrologie & Hypertensiologie • Infektiologie • Pneumologie • Onkologie & Palliativmedizin • Aktuelle Entwicklungen in der Inneren Medizin 2024 – Was muss der Internist wissen?

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### Junger BDI

#### Klinik Survival

Innere Medizin

Online • Fr-Sa, 27.-28.9.2024

**Leitung:**

Dr. med. Cornelius Weiß, MPH, Darmstadt  
Ein „Crashkurs für den Klinikalltag“, der sich an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin (oder Allgemeinmedizin) richtet und bestmöglich auf die Anfangszeit (1.-3. Jahr) in der Klinik vorbereitet.

Anmeldung:



### BDI regional

#### Tag der Inneren Medizin Saarland

Völklingen • Sa, 28.9.2024

**Leitung:**

San.-Rat Dr. med. Dirk Jesinghaus  
Schwerpunktt Themen: Tumoren im Thorax • Nephroprotektion • Bildgebende Verfahren in der Kardiologie • Transidentität • Tumoren mit grenzwertiger spezifischer Therapieindikation • Ein optimierter internistischer Schockraum

Anmeldung:



Kostenfrei für BDI-Mitglieder

#### Weiterführende Informationen

auf [bdi.de/veranstaltungen](https://bdi.de/veranstaltungen)

## O K T O B E R

### Webinar

#### Innere Medizin aktuell

Online • Mi, 9.10.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. habil. Ahmed Madisch,  
Frankfurt a.M.

Anmeldung:



Kostenfrei für BDI-Mitglieder

### Intensivkurs

#### Stoffwechselerkrankungen • Endokrinologie

Update

Rom (I) • Sa, 10.–13.10.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, München  
Prof. Dr. med. Armin Steinmetz, München  
Schwerpunkthemen: Schilddrüsenknoten • entzündliche Schilddrüsenerkrankungen • Diabetes mellitus und assoziierte Erkrankungen • Fettstoffwechsel • Kontinuierliches Glukosemanagement • Arterielle Hypertonie • chronische Niereninsuffizienz • Interdisziplinäre Falldiskussion • Transgendermedizin • Adipositas

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### Praktischer Kurs

#### Echokardiografie kompakt

Bayerisch Gmain • Fr–Sa, 11.10.–12.10.2024

**Leitung:**  
Dr. med. Sebastian Göbel, Bayerisch Gmain  
Einführung in die Echokardiografie: Schnittebenen/Anlotungen/Systolische LV-EF Bestimmungen inkl. GLS Messung • Aortenstenose und Mitralklappeninsuffizienz • Dazwischen „Echofälle und Kasuistiken“

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

**Direkt anmelden**  
auf [bdi.de/veranstaltungen](https://bdi.de/veranstaltungen)

- ▶ Online-Veranstaltungen
- ▶+ Hybrid-Veranstaltungen für Präsenz- und Onlineteilnahme

Änderungen vorbehalten. Stand 20.3.2024

### Praktischer Kurs

#### Ultraschall-Modul – „Thoraxsonografie“ (entspr. der DEGUM Qualitätsrichtlinien)

Nürnberg • Fr–Sa, 11.–12.10.2024

**Leitung:**  
Dr. med. Klaus Kichpfening, Nürnberg  
Ziel und Inhalt des Kurses: Übersicht über das Gebiet der Thoraxsonografie • Pleuraergüsse sicher beurteilen • Pneumothorax sicher erkennen • Eingrenzen der Differentialdiagnose bei Dyspnoe • Pneumonie und Konsolidierungen erkennen



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### BDI regional

#### Tag der Inneren Medizin Schleswig-Holstein

Kiel • Sa, 12.10.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. Thorsten Feldkamp, Rendsburg  
Schwerpunkthemen: Update Kardiologie 2024: Neue Therapiestrategien • Update Nephrologie 2024: Neues zur Hypertonie und Kalium • Update Gastroenterologie 2024: Eine Reise durch den Magen-Darm-Trakt • Blockbuster GLP-1 und Co: Nicht nur Gewichts- und Stoffwechselkontrolle? • Eine gefährliche Melange: Zucker, Herz- und Nierenschwäche Neue Strategien zur Progressionshemmung und Behandlung der Anämie • Aktuelles aus der Gesundheitspolitik • Von der Evidenz in die klinische Praxis • Was sind die wichtigsten Studien/ Leitlinien der letzten Jahre für mich und wie hat dies meine tägliche Praxis verändert als ... • Lipidologie • Allgemeinmediziner • Pulmologie

Anmeldung:



Kostenfrei für BDI-Mitglieder

### Praktischer Kurs

#### Sonografie Aufbaukurs interdisziplinär (entspr. der DEGUM Qualitätsrichtlinien)

Nürnberg • Mi–Sa, 16.–19.10.2024

**Leitung:**  
PD Dr. med. Dane Wildner, Nürnberg  
4-tägiger Aufbaukurs mit 24 Unterrichtseinheiten entsprechend der Richtlinien der DEGUM und der KBV. Theorie online, Praxisteile in Präsenz unterstützt durch eine Lernplattform. Schwerpunkthemen: Abdomen und Retroperitoneum • Nieren und ableitende Harnwege • Schilddrüse und Thorax

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### Junger BDI

#### Rotationskickstarter Pneumologie

Online • Fr–Sa, 18.–19.10.2024

**Leitung:**  
PD Dr. med. Christoph Fisser, Regensburg  
Für die Rotation in die Fachabteilung Pneumologie machen wir dich mit diesem Wochenendseminar fit. Wir diskutieren dabei über praxisrelevante Kernthemen: Grundlegende Aspekte werden in Vorlesungen aufgefrischt. In Seminaren trainierst du dann, sie auf konkrete klinische Situationen anzuwenden.

Anmeldung:



Inklusive AMBOSS-Vorteil

### BDI regional

#### Bayerischer Internistenkongress

München • Fr–Sa, 18.–19.10.2024

**Leitung:**  
Prof. Dr. med. Stefan Kääh, München  
Dr. med. Klaus-Friedrich Bodmann, Weiden

Anmeldung:



## VERBANDS-TERMINE

### J U L I

Verband  
**Mitgliederversammlung**  
Landesverband Bayern  
München • Mi, 17.7.2024

### A U G U S T

Verband  
**Mitgliederversammlung**  
Landesverband Westfalen-Lippe  
Dortmund • Sa, 31.8.2024

**Verbandstermine sind für BDI-Mitglieder kostenfrei.**

## S E P T E M B E R

### Veranstaltung

#### BDI Hauptstadtforum 2024

Morgen noch versorgen – wie kann das gelingen?

Berlin • Fr, 13.9.2024



Sitzung  
**Junges Forum**  
(inkl. Wahlen und Get-Together)

Berlin • Fr, 13.9.2024

Sitzung  
**Vorsitzende und stellv. Vorsitzende der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften**

Berlin • Fr, 13.9.2024

Sitzung  
**Vorsitzende und stellv. Vorsitzende der Landesverbände**

Berlin • Fr, 13.9.2024

Sitzung  
**Delegiertenversammlung**

Berlin • Sa, 14.9.2024

Verband  
**Mitgliederversammlung**  
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern  
Rostock • Fr, 20.9.2024

Verband  
**Mitgliederversammlung**  
Arbeitsgemeinschaft Radiologie, Nuklearmedizin und MRT  
Online • Mi, 25.9.2024

Verband  
**Mitgliederversammlung**  
Sektion Nephrologie  
Online • Sa, 28.9.2024

Verband  
**Mitgliederversammlung**  
Landesverband Bremen  
Bremen • Mi, 23.10.2024

## SCHIRMHERRSCHAFTEN

### SEPTEMBER

Verband **Mitgliederversammlung**  
Landesverband Saarland  
Online • Mi, 30.10.2024

### OKTOBER

Verband **Mitgliederversammlung**  
Landesverband Schleswig-Holstein  
Kiel • Sa, 12.10.2024

Verband **Mitgliederversammlung**  
Sektion Hämatologie und Internistische Onkologie  
Basel (CH) • So, 13.10.2024

Verband **Mitgliederversammlung**  
Landesverband Berlin  
Berlin • Mi, 16.10.2024

Schirmherrschaft **Innovationen in der Inneren Medizin**  
Was sollte jeder Internist wissen? – Fachübergreifende Neuigkeiten prägnant zusammengefasst  
Leipzig • Sa, 14.9.2024

Schirmherrschaft **ZEIT-ANATOMISCHER PRÄPARIERKURS**  
In 6 Schritten zum wirksamen Selbstmanagement von und mit Prof. Dr. Alexander Ghanem  
Hamburg • Mi, 25.9.2024

#### Annoncieren

Ihre **Kleinanzeige** mit max. 800 Zeichen Länge (inkl. Leerzeichen) schicken Sie bitte per E-Mail an Frau Michaela Kirkegaard: MKirkegaard@bdi.de  
Kontakt für Rückfragen Tel.: 0611. 181 33 – 27  
Erscheinungstermin Septemбераusgabe (9/2024): 28.8.2024  
Annahmeschluss für Kleinanzeigen: 14.8.2024

### NOVEMBER

Schirmherrschaft **32. Jahrestagung der Gesellschaft für Innere Medizin Sachsen-Anhalt e.V. (IMSA)**  
Innere Medizin über die Fächergrenzen hinweg  
Dessau-Roßlau • Fr, 15.11.2024

Schirmherrschaft **198. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (RWGIM)**  
INNERE MEDIZIN KOMPAKT – WAS IST NEU IN 2024?  
Gelsenkirchen • Fr-Sa, 15.-16.11.2024

## ANZEIGEN

### PRAXISABGABE / PRAXISPARTNER

**Abgabe eines Kassenarztsitzes (hausärztlich tätiger Internist) in Hessen zum 30.6.2024.** Integriert in eine fachübergreifende BAG mit Kardiologie. Sehr erfahrenes Praxisteam. Einarbeitungszeit möglich.  
Tel.: 01577 - 3485594.

### STELLEN-ANGEBOTE

**FA Allg/Innere Med. (m,w,d) mit Interesse an der WB Diabetologie (nicht Bedingung) in Teil-o. Vollzeit gesucht** • Top-Gehalt • Verlässliche Arbeits- u. Urlaubszeiten • Ausgewogene Work-life-balance in etablierter gut gehender GM-Praxis mit diabetologischem SP in NRW / E-Mail: thomasmerners@aol.com

**FA/FÄ für Innere und Rheumatologie (TZ/VZ) & eine WB-Stelle Innere/Rheumatologie (TZ) in Bad Homburg gesucht** • moderne helle Praxisräume • volle Ausstattung inkl. eigenes Labor, DXA, Sonographie u.a. • sehr gute Arbeitsbedingungen und übertarifliche Bezahlung • es besteht auch mittelfristig die Möglichkeit zum Einstieg als Praxispartner/in • Kontaktaufnahme: info@internist-rheumatologe.de; www.internist-rheumatologe.de

### FERIEN-WOHNUNGEN

**2 Ferienwohnungen gehobenen Standards (66 bzw. 42 qm, Dachterrasse bzw. Balkon mit Ostseeblick) unmittelbar an einem 18-Loch-Golfplatz gelegen, Nähe Wismar, zu vermieten.** Näheres unter www.ostsee-und-golf.de; Anfrage unter ostsee-ferienwohnung@web.de oder Tel. 0179 2035212

**BDI** Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten

# SOMMERZEIT

Sonne, Strand und Urlaubsstimmung: Der Sommer ist da!

Sparen Sie als BDI-Mitglied dank unseres Kooperationspartners corporate benefits bei über 1.500 Marken!

Canon  
Expedia  
koffer.com  
Delner  
airbnb  
Center Parcs  
campstar  
BURNHARD

Jetzt im App-Store herunterladen  
» corporate benefits oder

scannen & anmelden

[bdi.rahmenvereinbarungen.de](http://bdi.rahmenvereinbarungen.de)

- Vorteilsportal über QR-Code aufrufen.
- Einmalige Registrierung mittels **E-Mail-Adresse** und dem **Registrierungscode**. Diesen finden Sie auf [bdi.de](http://bdi.de) im passwortgeschützten Mitgliederbereich unter „BDI-Vorteilsshop“.
- Sofort attraktive Angebote wahrnehmen.

# Stellenangebote

Das Kepler Universitätsklinikum ist mit rund 7.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Österreichs zweitgrößtes Krankenhaus. Durch ein exzellentes Zusammenspiel von medizinischer Spitzenversorgung, kompetenter Pflege sowie zukunftsorientierter Forschung und Lehre entwickeln wir eine wegweisende medizinische Infrastruktur in Oberösterreich.

**Kepler  
Universitäts  
Klinikum**



Wir suchen

## Fachärztin/Facharzt für die Universitätsklinik für Innere Medi- zin mit dem Schwerpunkt Hepatologie

JobID: 7239

Voll- und Teilzeit, Dauerverwendung

Wir bieten:

- eine anspruchsvolle fachärztliche Tätigkeit in einem abwechslungsreichen Umfeld an einem attraktiven Arbeitsort mit Entwicklungsmöglichkeit
- ein high-end Endoskopiezentrum: Gastroskopie, Colonoskopie, ERCP, Endosonographie, HVPg Messung, etc.
- moderne Sonographie Einheit mit Elastographie und Interventionsraum
- Aufgrund der exzellenten Vernetzungen der Abteilungen bieten sich hervorragende fachliche Weiterbildungsmöglichkeiten, welche durch Angebote zur persönlichen Weiterbildung durch die hauseigene Personalentwicklung ergänzt werden.
- Einbindung in eine aktive und erfolgreiche Klinik
- Bei akademischem Profil und Eignung unterstützen wir eine längerfristige Perspektive, inkl. individuelle Förderung in der Entfaltung fachlicher Interessen und Schwerpunkte, u.a. mittels Advanced Clinical Scientist Programm der Johannes Kepler Universität Linz
- ein weites Feld an Forschungsmöglichkeiten und wissenschaftlichen Arbeiten an einer jungen medizinischen Fakultät
- Neben dem breiten klinischen Betätigungsfeld sind die Mitarbeiter/innen unserer Klinik auch in den Bereichen medizinische Simulation, studentische Lehre (Johannes Kepler Universität Linz) und Forschung tätig

**Aufgabeninhalte:**

- leitende Tätigkeit in der Hepatologischen Ambulanz, Stationsbetreuung
- Mitarbeit im internen und externen Fortbildungsbereich, Lehre, Forschung
- Unterstützung bei universitärer Lehre
- Beteiligung an der Ausbildung von Ausbildungsärztinnen/-ärzten sowie Ärztinnen/Ärzte der Basisausbildung und Studenten des KPJ
- Mitarbeit an wissenschaftlichen Studien
- Beteiligung an medizinischen und wissenschaftlichen Projekten, internationale Kooperationsprojekten, attraktives Forschungsumfeld der neuen medizinischen Fakultät
- Mitarbeit an interdisziplinären Projekten, Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen

**Voraussetzungen:**

- abgeschlossene Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Innere Medizin mit Additivfach Hepatologie bzw. dem Wunsch, das Additivfach zu absolvieren
- ausländische BewerberInnen müssen die besonderen Erfordernisse der Ärztekammer ([www.aekooe.at](http://www.aekooe.at)) erfüllen
- Kompetenz in der Gesprächsführung
- Teamfähigkeit, Flexibilität, Verantwortungsbewusstsein
- Engagement, Belastbarkeit, Selbstständigkeit
- Bereitschaft zu Mehrleistungen
- Bereitschaft zur Erbringung von unregelmäßigen Turnusdiensten und fachärztlichen Bereitschafts-/Nacht-/Wochenenddiensten
- nachgewiesene wissenschaftliche Tätigkeit erwünscht

**Einstufung:**

Wir bieten für diese Position ein Bruttomonatsgehalt von mindestens EUR 6.772,40 (Grundlage FA/06) auf Vollzeitbasis, abhängig der anrechenbaren Vordienstzeiten, zuzüglich etwaiger Zulagen.

**Besetzungstermin:** ab sofort

**Rückfragen und nähere Auskünfte:**

Univ. Prof. Dr. Alexander Moschen, Klinik für Nephrologie, Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie, Gastroenterologie/Hepatologie (Interne 2), T: +43 (0)5 7680 83 6120.  
Christiane Pirklbauer, Sachbearbeiterin Personalrekrutierung, T: +43 (0)5 7680 83 6569.

Bitte bewerben Sie sich bis 31.05.2024 online und fügen Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen der online-Bewerbung bei. Laden Sie bitte dazu Ihren Lebenslauf, Ihre Ausbildungsnachweise und Zeugnisse sowie alle relevanten Dokumente hoch.



**Oberarzt M/W/D  
Rheumatologie  
Bad Bramstedt /  
UKE Hamburg**

Sie haben Lust auf innovative Konzepte und Strukturveränderung? Wir stellen uns gerade neu auf! Der Aufbau einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit mit einem Schwerpunktversorger in der Region und der Ausbau der bereits bestehenden, engen Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in Bezug auf Forschung, Lehre, Aus- und Weiterbildung sowie der stationären und ambulanten Patientenversorgung ist das Ziel. Wir bieten einem ambitionierten Facharzt (m/w/d) die Chance zum Aufstieg in unserer renommierten und auf rheumatische Erkrankungen spezialisierten Fachklinik. Wir wünschen uns einen begeisterungsfähigen Kollegen (m/w/d), der mit uns zusammen Spezialprechstunden und Studienambulanz aufbaut, gemeinsame klinische Studien des UKE im Klinikum Bad Bramstedt begleitet und rheumatologische Forschungsprojekte zusammen mit dem UKE initiiert und voranbringt.

**Kollagenosen, Vaskulitiden und autoinflammatorische Erkrankungen** sind unsere Behandlungsschwerpunkte. Unsere große ASV-Ambulanz sorgt für ein **breites rheumatologisches Patientenspektrum**. Eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit ist bei uns selbstverständlich. Die Einrichtung eines **GBA-Rheumazentrums** ist unser Ziel, das wir mit Ihnen gemeinsam erreichen wollen.

**SPANNENDE AUFGABE:**

- Sie haben durch unsere Verzahnung mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf die Möglichkeit zu intensiver klinischer Forschung
- Mit Hingabe behandeln Sie ihre Patientinnen und Patienten und bauen auf diese Weise unser Renommee aus
- Mit Leidenschaft bilden Sie Assistenzärzte zu Fachärztinnen für die internistische Rheumatologie aus und begleiten unsere internistischen Fachärzte bei ihrer Spezialisierung zu Rheumatologen
- Mit Organisationstalent sorgen Sie für effiziente Abläufe und den Wissens-, und Erfahrungstransfer innerhalb des Ärzteteams

**BESONDERES PROFIL:**

- Facharzt bzw. -ärztin als Internist und Rheumatologe
- Freude an Forschung und Studienambulanz
- Begeisterung für innovative Konzepte
- Engagement beim Aufbau neuer Strukturen und Kooperationen

**STARKES ANGEBOT:**

- Attraktive, ggf. außertarifliche Vergütung
- Zusätzliche Betriebliche Altersversorgung mit Wahlmöglichkeiten
- 32 Tage Urlaub und gegen Gehaltsverzicht auch mehr
- In Hamburg leben und vor den Toren der Stadt arbeiten
- In der Freizeit Nord- oder Ostsee genießen

Für weitere Informationen steht unsere Chefärztin Frau Prof. Dr. Kötter unter der Rufnummer **04192 / 90 25 76** oder unter der E-Mail-Adresse [ina.koetter@klinikumbb.de](mailto:ina.koetter@klinikumbb.de) gerne zur Verfügung.

Klinikum Bad Bramstedt GmbH  
Oskar-Alexander-Straße 26  
24576 Bad Bramstedt  
[karriere@klinikumbb.de](mailto:karriere@klinikumbb.de)



**Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz**  
Im Verband von AGAPLESION



## Facharzt (m/w/d) oder Oberarzt (m/w/d) mit Schwerpunkt Kardiologie, VOLLZEIT

📍 Zeisigwaldstraße 101, 09130 Chemnitz  
🕒 Mit Leitungsfunktion 📅 15.05.24

In der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie werden jährlich ca. 2.600 stationäre Patient:innen mit Erkrankungen aus nahezu dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin von einem kompetenten und engagierten Team von Fachärzt:innen verschiedener Schwerpunkte und Arzt:innen in der Weiterbildung betreut.

Für die Weiterentwicklung der Klinik suchen wir einen engagierten Facharzt (m/w/d) oder Oberarzt (m/w/d) für Kardiologie, der mit Teamgeist und mit der Unterstützung von Chefarzt und Geschäftsführung den Bereich der konservativen Kardiologie zu einem weiteren Schwerpunkt der Klinik ausbaut. Es werden umfänglich kardiologische Verfahren (Echo, TEE, Ergo, Schrittmacher und ggf. in Kooperation Linksherzkatheter) angeboten.

Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz gehören der AGAPLESION gAG an und sind akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig und Dresden. Der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie, Herr Dr. med. Albrecht Ohse, hält die volle Weiterbildung Innere Medizin sowie Gastroenterologie vor. Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz sind ein Haus der Grund- Regelversorgung mit den Fachabteilungen der Urologie, der Viszeralchirurgie, der Orthopädie, der Inneren Medizin/ Rheumatologie und der Klinik für Anästhesie, es werden insgesamt 300 Betten vorgehalten und jährlich mehr als 14.000 Patient:innen stationär behandelt.

Ergänzend hierzu ermöglicht die enge Verzahnung zum ambulanten Bereich, unserem MVZ am Standort, für unsere Patient:innen eine Versorgung aus einer Hand.

**Wir wünschen uns:**

- Facharzt (m/w/d) oder Oberarzt (m/w/d) für Innere Medizin/Kardiologie mit fundierten Kenntnissen in der Echokardiographie
- eine aufgeschlossene Persönlichkeit mit Teamgeist, Organisationsgeschick, menschlich-sozialer Kompetenz und Freude am ärztlichen Beruf
- Identifikation mit den Zielen eines christlichen Krankenhausträgers

**Das Tätigkeitsfeld umfasst:**

- eine vielseitige und verantwortungsvolle Tätigkeit rund um die ärztliche Versorgung
- stationärer Patient:innen insbesondere mit kardiologischen Erkrankungen
- die enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen angrenzenden Berufsgruppen sowie den Leitungsgremien des Hauses und externen Kolleg:innen
- das Engagement im Bereich der Fort- und Weiterbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter:innen
- die Anleitung, Weiterentwicklung und Supervision des ärztlichen Teams und Ausbildung der Arzt:innen in Weiterbildung
- Teilnahme am Rufbereitschaftsdienstsystem (7 Fachärzt:innen)

**Wir bieten Ihnen:**

- einen unbefristeten Dienstvertrag in Vollzeit
- bei Eignung Option auf die Position des leitenden Oberarztes (m/w/d)
- die Möglichkeit im Rahmen einer Kooperation kardiologisch ambulant und invasiv tätig zu werden
- eine kollegiale und familiäre Arbeitsatmosphäre mit flachen Hierarchien
- eine leistungsgerechte Vergütung und Poolbeteiligung
- Unterstützung bei der Wohnungssuche/Kinderbetreuung
- umfangreiche Angebote für Mitarbeiter:innen
- betriebliche Altersvorsorge
- vielfältige Gesundheitskurse rund um Bewegung, Ernährung und Entspannung
- Corporate Benefits mit attraktiven Preisnachlässen, Dienstradleasing und E-Bike-Pool

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung und Befähigung bevorzugt berücksichtigt.

Bei konkreten Fragen zur Ausschreibung wenden Sie sich gern direkt an unseren Chefarzt Herrn Dr. med. Albrecht Ohse unter [albrecht.ohse@ediaco.de](mailto:albrecht.ohse@ediaco.de) oder an sein Sekretariat unter der Telefonnummer 0371/4301400.

Für Rückfragen zum Bewerbungsverfahren steht Ihnen Frau Nieher unter 0371/24357815 gern zur Verfügung.



## Präventivmedizin bei den Besten Fachärzte für Innere Medizin o. Kardiologie (m/w/d) ab 1.10.2024 in Rüdesheim am Rhein

Prevention First ist der führende Anbieter von wissenschaftlich evaluierten Check-up-Untersuchungen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Nähere Infos unter [www.preventionfirst.de](http://www.preventionfirst.de). Wir expandieren und suchen Fachärzte für Innere Medizin oder Kardiologie (m/w/d) für unser Zentrum in **Rüdesheim am Rhein (ab 1.10.2024)**

Sie teilen unsere Begeisterung für die Themen Gesundheitsförderung und Prävention, bringen ein breites interistisches Fachwissen mit und haben Interesse an Sport- und Ernährungsmedizin. Sie sehen für sich eine Zukunft in der Präventivmedizin und können sich mittelfristig auch vorstellen, in unserem Unternehmen Verantwortung zu übernehmen.

**Unsere Anforderungen:**

Sie untersuchen und beraten Angestellte unserer Firmenkunden sowie Privatpatienten im Rahmen von Check-up-Untersuchungen. Neben der Beherrschung der gängigen Ultraschallverfahren (Abdomen, Echokardiographie, Farbduplex-Sonographie der Carotiden) sind besonders Ihr Einfühlungsvermögen und Ihre kommunikativen Fähigkeiten im individuellen, präventiven Coaching gefragt.

**Ihre Vorteile:**

Viel Zeit für Ihre Patienten, ein attraktives Arbeitszeitmodell ohne Nacht- und Wochenenddienste, eine partnerschaftliche Teamstruktur unter fairer, transparenter Führung, sehr gute externe und interne Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung, ein eigener Fitness-Raum in der Praxis, Dienstfahrradregelung und eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Für Ihre Fragen steht Ihnen unser Geschäftsführer Dr. med. Johannes Scholl unter 06722 / 406 700 gerne zur Verfügung. Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte per E-Mail an:

Dr. med. Johannes Scholl  
Geschäftsführer  
Dr. Scholl Prevention First GmbH  
Europastraße 10  
65385 Rüdesheim am Rhein  
[scholl@preventionfirst.de](mailto:scholl@preventionfirst.de)



Wir suchen Verstärkung! Kommen Sie in unser Team.

## Arzt (m/w/d) in Weiterbildung Innere Medizin

**Benefits**

- Tarifgerechte Bezahlung
- Moderne Arbeitsmöglichkeiten
- Kostenlose Mitarbeiterparkplätze
- Persönliche & fachliche Weiterbildungsangebote
- Kantine mit bezuschusstem Essen in Bio-Qualität
- Attraktive Altersvorsorge

**Tätigkeiten**

- Versorgung der stationären Patient/innen
- Indizieren der krankheitsspezifischen Diagnostik und Therapie
- Reguläre Teilnahme an den Diensten

**Anforderungen**

- Strukturiertes Zeitmanagement und Arbeitseinteilung
- Hohe fachliche Kompetenz kombiniert mit Einfühlvermögen für die Patient/innen
- Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung
- Offenheit für integrativmedizinische Ansätze

**Über die Filderklinik**

Als Pionier der integrativen Medizin geht es uns ums Ganze: Wir erweitern die Möglichkeiten einer hochwertigen, wissenschaftlich orientierten Medizin um ganzheitliche Therapien. Die Abteilung für Innere Medizin ist aufgeteilt in einen Bereich für **Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie** sowie in das **Zentrum Integrative Onkologie und Palliativmedizin**. Ferner verfügt sie über 6 Intensivbetten auf der interdisziplinären Intensivstation.

Jetzt ganz einfach bewerben  
per Mail: [recruiting@filderklinik.de](mailto:recruiting@filderklinik.de)

weitere Informationen auf unserer Website  
[www.filderklinik.de/karriere](http://www.filderklinik.de/karriere)  
oder QR-Code scannen



# 2024

## BDI Hauptstadtforum

### Morgen noch versorgen – wie kann das gelingen?

Berlin • 12.–13.9.2024

#### Do, 12.9.2024

18:30

→ **Pre-Opening** (Einladung erforderlich)

Begrüßung

Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin, BDI

Keynote: „Älter werden in dieser Zeit“

Franz Müntefering, Bundesminister a.D.

#### Fr, 13.9.2024

10:15–10:30

→ **Eröffnung**

Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin, BDI

10:30–11:30

→ **Ambulante Versorgung**

Ist der Vertragsarzt ein Auslaufmodell?

Dr. Norbert Smetak, 1. Vizepräsident, BDI •

Dr. Jana Husemann, 1. Vorsitzende, Hausärzterverband Hamburg •

Franz Knieps, Vorstandsvorsitzender, BKK-Dachverband •

Dr. Andreas Köhler, Ehrenpräsident, SpiFa

Pause

11:45–12:45

→ **Altersmedizin**

Zwischen Patientenautonomie und medizinischen Möglichkeiten

PD Dr. Kevin Schulte, 2. Vizepräsident, BDI •

Prof. Dr. Michael Denkinger, President-elect, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie • Antje Kapinsky, Abteilungsleiterin Politik / Selbstverwaltung, vdek – Verband der Ersatzkassen • Kordula Schulz-Asche (Bündnis90/Die Grünen), MdB, Sprecherin für Alten- und Pflegepolitik, Bundestagsfraktion Bündnis90/Die Grünen

Mittagspause

JETZT  
anmelden!

13:45–14:45

→ **Masterplan Versorgung 2030**

Was kann das Gesundheitssystem der Zukunft leisten?

Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin, BDI •

Dr. Andreas Philippi (SPD), Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung • Tino Sorge (CDU), MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion •

Dr. Ingrid Wüning Tschol, Leiterin, Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen (RBIG)

Pause

15:00–16:00

→ **Künstliche Intelligenz**

BDI meets Big Tech:

Qualität und Nutzen von KI in der Medizin

Jakob Voran, Stellv. Sprecher des Jungen Forums, BDI •

Dr. Markus Vogel, MBA, Chief Medical Information Officer, Microsoft Deutschland • Götz Gottschalk, MBA, Head of Health, YouTube DE (Google) • Prof. Dr. Kai Wehkamp, MPH, LOHMANN konzept



Anmeldung