

Aus dem Inhalt

Medizin

Heimlich ist out!

Wie man den Bolus besser aus den Bronchien befördert. 5

Aufgemischte Hochdrucktherapie

Evidenzbasierte Studien veranlassen zum Umdenken. 6

Frühkarzinom wegspiegeln?

Was mit der endoskopischen Mukosaresektion möglich ist. ... 7

Knöchel/Armindex messen!

Die pAVK bleibt noch viel zu oft unentdeckt 8

Luft für Patient und Budget

Asthmatherapie nach Leitlinie 10

Insulinspray statt Spritze!

Diabetiker fiebern ihm entgegen. 12

Aufregende Frauentöne

Gertrude Degenhardt lässt Bilder erschallen. 14

Zucker lindert Obst-Durchfall

Früchte-Genuss trotz Fruktosemalabsorption möglich. 16

Oral gegen pulmonale Hypertonie

Endothelinantagonist nimmt Druck vom kleinen Kreislauf. 20

Hausärzte von Keimen

Hürdenlauf für die Innere Medizin

Interview mit Professor Dr. Jürgen Meyer, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

WIESBADEN – Berufs- und gesundheitspolitische Veränderungen stellen das Fachgebiet der Inneren Medizin vor so manche Herausforderung. Wie werden sich Fallpauschalen und kürzere Liegezeiten im Krankenhaus auf den Alltag der Kollegen auswirken? Wie steht man zu Disease-Management-Programmen? Und wie sieht das ärztliche Aufgabenfeld niedergelassener Internisten künftig aus? Mit dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Professor Dr. Jürgen Meyer, sprach MT-Chefredakteurin Dr. Ulrike Hennemann.

Medical Tribune: Die organbezogene Spezialisierung in der Inneren Medizin hat nicht nur gute Seiten. Wie sehen Sie diese Entwicklung?

Prof. Meyer: Nehmen wir das Beispiel Rheinland-Pfalz: In diesem Bundesland gibt es sieben große und 100 kleine Krankenhäuser. Vor allem in den kleinen Häusern, wie man sie etwa in der Eifel findet, kann es nicht nur Kardiologen, Nephrologen oder Gastroenterologen geben. Hier wird auch ein breit ausgebildeter Internist gebraucht. Selbst wenn ein Notfallpatient ein offensichtlich chirurgisches Problem hat, wird bei uns in der Uniklinik Mainz in vielen Fällen der Internist als Konsiliarius gerufen.

Medical Tribune: Die Fachsparten der Inneren Medizin haben sich aber auch im niedergelassenen Bereich ganz schön breit gemacht ...

Prof. Meyer: Auch hier gibt es für mich keinen Zweifel: Wenn man davon ausgeht, dass im Wartezimmer eines niedergelassenen Arztes in der Stadt vor allem internistische Patienten zwischen 50 und 60 Jahren sitzen, die zwei, wenn nicht drei Erkrankungen gleichzeitig haben – dann ist der breit ausgebildete Internist eindeutig der bessere Arzt für sie als der Herzspezialist oder

nicht ernst genug. Das beklagen vor allem die Ärztekammern, auch weil sie befürchten, dass die Qualitätssicherung in der Medizin dann irgendwann aus der ärztlichen Selbstverwaltung genommen und staatlich reguliert wird. Auch die Zertifizierung hat noch nicht den großen Durchbruch gebracht – der Rücklauf ist nicht zufrieden stellend. Ich versuche immer mit gutem Beispiel voranzugehen und sage meinen Mitarbeitern ganz klar, dass ich mich bemühe, jedes Jahr auf meine Punkte zu kommen. Was die niedergelassenen Kollegen betrifft, fände ich es gut, wenn Patienten auf einem Praxisschild nachvollziehen könnten, ob der Arzt seinen Fortbildungspflichten fortlaufend nachkommt. Eine stets aktuelle „TÜV-Plakette“ wäre schließlich eine hervorragende und verdiente Praxiswerbung.

Medical Tribune: Disease-Management-Programme werfen ihre Schatten voraus. Bringt sich auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in dieses Vorhaben ein?

Prof. Meyer: Als die Disease-Management-Programme gesundheitspolitisch beschlossen wurden, habe ich bei der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung die Unterstützung unserer Fachgesell-