

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI  **aktuell**

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de

Nr. 1 • Januar 2008

Inhalt

EBM 2008

Was kommt auf den Hausarzt zu?

Die Deutschen sind Weltmeister bei den Patientenkontakten. Und nun dürfen Hausärzte nach dem zweiten Patientenkontakt nichts mehr abrechnen – eine Folge des neuen EBM.

Seite 2

Krankenhausgesetzgebung

Monistische Finanzierung auf dem Prüfstand

Durch die derzeit diskutierte monistische Krankenhausfinanzierung könnten die Weichen für das gesamte Gesundheitssystem neu gestellt werden.

Seite 3

Morbus Fabry

Eine interdisziplinäre Herausforderung

Patienten mit Morbus Fabry leiden an einem Mangel an dem lysosomalen Enzym α -Galaktosidase A. Dies führt zu nachhaltigen Funktionsschädigungen in mehreren Organsystemen.

Seite 12

Gefälschte Arzneimittel

Milliardenschwere Geschäfte

Laut Schätzungen der WHO haben rund 10 % aller Medikamente andere Inhaltsstoffe als deklariert. In Deutschland sind Medikamente aus Apotheken noch weitgehend sicher. In Entwicklungsländern sieht das oft anders aus.

Seite 16

Impressum

Seite 15

EBM 2008

Die Pauschalierung fordert erste Opfer

Sehr viele Internisten mit einem diabetologischen Schwerpunkt haben in der Vergangenheit die hausärztliche Versorgungsebene gewählt, um finanziell zu überleben. Nur durch die bessere Vergütung im hausärztlichen Bereich waren sie in der Lage, das zuwendungsintensive Fach in der Versorgung abzubilden. Nun zählt die hausärztlich tätige diabetologische Schwerpunktpraxis zu den ersten Opfern des EBM 2008.

Bei den Fachärzten ist die Diabetologie nicht expressis verbis abgebildet, weil der Diabetologe nicht als Facharztbezeichnung oder als Schwerpunkt anerkannt ist. Über zusätzliche Diabetesverträge hat man weitere Leistungen abgebildet, aber auch dies reicht in der Vergütung im fachärztlichen Bereich zum Überleben nicht aus. So blieben den Internisten, die mit diabetologischem Schwerpunkt arbeiten wollten, nur die Wahlmöglichkeit in Richtung hausärztliche Versorgungsebene.

Sinn machte diese Konstruktion auch deshalb, weil es ohne finanzielle Verluste möglich war, innerhalb der hausärztlichen Versorgungsebene Überweisungen auszustellen. So konnte ein Hausarzt in eine diabetologische Schwer-



Internisten mit einem diabetologischen Schwerpunkt werden durch den EBM 2008 benachteiligt.

punktpraxis überweisen, wenn er bei der Versorgung seiner Patienten Hilfe brauchte. Unterstützt wurde diese Regelung durch eine Art Kodex, den sich sehr viele hausärztlich tätigen Diabetologen gegeben haben, indem sie die Patienten nicht hausärztlich weiter behandelten, sondern wieder an ihre Zuweiser zurückgaben.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Neue Facharztvertretung?

BDI auf Distanz zum neuen Verband

Die geplante Neugründung eines Spitzenverbandes der Deutschen Fachärzte mit besonderer Hinwendung zum niedergelassenen Vertragsarzt findet ein gespaltenes Echo. Sehr viele Berufsverbände sind nicht danach organisiert, ob ihre Mitglieder stationär oder ambulant tätig sind oder ob sie selbständig oder im angestellten Verhältnis arbeiten. Sie definieren sich über ihr Fach.

Aus diesem Grund ist der BDI für die Internisten und der BCD für die Chirurgen schon auf Distanz zu dem neuen Verband gegangen (siehe BDI aktuell 12/07). Der Deutsche Facharztverband DFV unterstützt demgegenüber die Verbandsgründung selbstverständlich, ist er doch nahezu ausschließlich im vertragärztlichen Bereich präsent. Ihr Vorsitzender Dr. Scharmann sieht die Defizite der berufspolitischen Vertretung der Fachärzte in den Körperschaften und will sie helfen zu beseitigen.

Man sollte die plötzliche Entwicklung mittel- und langfristig bewerten: Die Versorgungsebenen werden in Zukunft in ihren Grenzen verschwimmen. Das getrennte Budget Hausarzt/Facharzt fällt 2009. Die Politik erlässt ein Gesetz nach dem anderen, um die Grenze zwischen ambulant und stationär aufzuweichen. Das berechtigte Anliegen des neuen Verbandes nach einer starken Interessensvertretung wird sehr kurzlebig sein. Die Zukunft gehört politisch gut aufgestellten Berufsverbänden, die auf möglichst allen Ebenen des Gesundheitswesens präsent sind. Dennoch: Man sollte das eine tun, ohne das andere zu lassen. Etwas mehr Vorbereitungszeit bei der Gründung des Verbandes hätte man sich schon gönnen sollen, die öffentliche Diskussion über den Sinn und Unsinn ist schädlich – vor allem für die Interessen der Fachärzte.

HFS

Berufsperspektive für Ärzte Verdrossenheit der Kollegen nimmt zu

Mehrere aktuelle Studien belegen die Unzufriedenheit der Ärzte in Deutschland mit ihrer beruflichen Situation. Das dürfte mit ein Grund für den wachsenden Nachwuchsmangel sein. Junge Mediziner wandern lieber aus oder suchen eine attraktivere Karriere, als in die ärztliche Versorgung zu gehen. Dabei ist es um das deutsche Gesundheitssystem gar nicht so schlecht bestellt, betrachtet man eine internationale Vergleichsstudie aus dem Hause IQWiG.

Es handelt sich nicht mehr nur um ein Problem der ostdeutschen Länder; der Ärztemangel erfasst inzwischen auch die alten Bundesländer. Neben 34 ostdeutschen gelten auch 30 westdeutsche Bezirke als unterversorgt. Es fehlen nicht nur Hausärzte, sondern auch Augen-, Frauen-, Haut- und Nervenärzte. Der Mangel wird noch gravierender angesichts der demografischen Entwicklung. In Zukunft ist mit steigenden Patientenzahlen zu rechnen. Nach einer aktuellen Erhebung, welche die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Berlin vorgestellt haben, dürfte sich die Lage in den kommenden fünf Jahren weiter verschlechtern, da mehr als 41 000 Mediziner ausscheiden, aber nicht alle von jüngeren Ärzten ersetzt werden.

Lesen Sie weiter auf Seite 8

Sachverständigen-Gutachten 2007

Ärztliche Aufgaben an Hilfskräfte?

Knapp 1000 Seiten stark ist das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Darin empfehlen die Experten unter anderem eine neue Ausrichtung der Heilberufe, was innerhalb der Ärzteschaft starke Besorgnis ausgelöst hat.

Wer macht in Zukunft was? – Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft? – Das sind die Fragestellungen, die dem Prüfauftrag der Bundesregierung zu neuen Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland zugrunde liegen und auf die die sieben „Gesundheits-Weisen“ eine Antwort suchen.

Lesen Sie weiter auf Seite 4

Editorial

Für das gerade begonnene Jahr 2008 stehen die berufspolitischen Zeichen auf Sturm. Sicher wird es nach den Worten des KBV-Vorsitzenden Dr. Köhler ein „Jahr der Tränen“ werden. Der neue EBM mit neuer Struktur und neuen Verteilungsproblemen, jedoch nicht mit mehr Honorar im niedergelassenen Bereich; neue tarifliche Auseinandersetzungen in den Krankenhäusern; weitere Verschlechterungen der ärztlichen Arbeitsbedingungen mit Zunahme von Bürokratie sind jetzt schon vorprogrammiert und werden uns Internisten 2008 intensiv beschäftigen.

Das Herausdrängen der Ärzteschaft aus ihrer zentralen und

endverantwortlichen Funktion hin zu einem „Erfüllungsgehilfen“ der politischen Ideologie einer Ulla Schmidt, Teilen der SPD, des Gesundheitsministeriums und der Krankenkassen geht unvermindert weiter. Der Entwurf eines Präventionsgesetzes, bei dem ärztlicher Sachverstand nur noch in einem Beirat sich unverbindlich äußern darf und der Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zeigen dies leider allzu deutlich.

Wir im Berufsverband Deutscher Internisten werden 2008 den politischen Druck erhöhen. Druck auf die Politik, die Kassen, aber auch auf die Körperschaften. Der Marsch in den bürokratischen Zentralismus unseres Gesundheitssystems muss gestoppt werden. Die zunehmende Verknäp-

fung der Ressourcen durch chronische Einnahmeschwäche der Krankenkassen, demografische Entwicklung und rasanten medizinischen Fortschritt muss öffentlich gemacht und diskutiert werden. Der impliziten Rationierung mit Hilfe von Budgets, Regelleistungsvolumina, Zuzahlungen und Fallpauschalen wird eine explizite Priorisierung über Definitionen von Versorgungsstandards und Kosten-Nutzen-Analysen folgen müssen.

Den Druck erhöhen werden wir aber nur können, wenn wir 2008 weiter geschlossen nach außen auf treten. Unser Berufsverband, der BDI, ist ein großer und starker Verband, der gehört und auf den gehört werden wird. Hier haben wir im letzten Jahr



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

u. a. durch den 1. Deutschen Internistentag Fortschritte gemacht.

Einigkeit macht stark! Zusammen sind wir Internisten auch 2008 eine berufspolitisch einflussreiche Vertretung der Inneren Medizin.

Ich wünsche uns ein erfolgreiches Jahr 2008.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident



Jetzt schon vormerken!

Vom 30. Oktober bis 1. November 2008 findet der

2. DEUTSCHE INTERNISTENTAG

in Berlin statt.



EBM 2008

Was kommt auf den Hausarzt zu?

Nur einige Jahre hatten wir das Vergnügen mit dem jetzigen EBM, schon rollt der nächste auf uns zu. Während der EBM 2000plus betriebswirtschaftlich kalkuliert gewesen sein soll – mit dem „kleinen Schönheitsfehler“, dass seine Grundlage, die 5,11 Cent, nicht eingehalten wurden –, ist der neue EBM von Pauschalen geprägt. Die Pauschalierung wurde als Vorgabe vom BMG gefordert, vom Hausärzteverband propagiert und mit der genauso schönen wie unrealistischen Forderung nach mindestens 75 Euro im Quartal garniert.

Jetzt wundern sich bei Infoveranstaltungen Hausärzte in ganzem Land über ein Pauschalhonorar, bei dem sie spätestens nach dem zweiten Arzt-Patienten-Kontakt nichts mehr abrechnen können. (Der zweite Kontakt kann noch bei entsprechenden Patienten die Morbiditätsziffer 03212 auslösen.) Wir sind in Deutschland Weltmeister in Patientenkontakten. Falls es Kollegen

gab, die aus pekuniären Gründen Patienten mehrfach einbestellt haben, werden sie es in Zukunft wohl sein lassen, denn bezahlt bekommen sie mehrfache Konsultationen in Zukunft nicht mehr. Der BDI hat nie ein Hehl daraus gemacht, dass er Pauschalen ablehnt. Sie sind leistungsfeindlich, denn sie bilden die geleistete Arbeit nicht mehr ab. Wir bekommen jetzt mit dem EBM

2008 sozusagen das Gegenteil eines „betriebswirtschaftlich kalkulierten“ EBM.

• Der EBM 2008 im Detail

Die gute Nachricht zuerst: Ein aufwendiges Lernen von neuen Ziffern, wie beim EBM 2000plus wird uns nicht zugemutet, es gibt nur ganz wenige neue Ziffern.

wenn man bereit wäre, bei diesen Patienten ein zweites Mal die volle Versichertenpauschale zuzulassen. Vielleicht wäre es aber besser, endlich die aufwändige Diabetologie angemessen zu honorieren. Dies hätte außerdem den Vorteil, dass man diese wichtige Versorgungskompetenz auch im fachärztlichen Bereich darstellen könnte. Auch die Krankenkassen müssen an einer Lösung des Problems interessiert sein, hängt doch die diabetologische Versorgung und auch das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes in seiner Effizienz von den diabetologischen Schwerpunktpraxen ab. Krankenkassen werden es sich in Zukunft nicht leisten können bei der Umsetzung des DMP Diabetes im Interesse einer Finanzierung ihre Kosten über den Risikostrukturausgleich zu schwächeln.

HFS

Der Hausarzt wird stärker von seiner Patienten- und Praxisstruktur abhängig sein, ein Gegensteuern durch das Erbringen von mehr Leistungen wird am Honorar kaum etwas ändern. Die wichtigste Ziffer für die Hausärzte wird die nach Alter gestaffelte Versichertenpauschale sein (03110, 03111, 03112), die beim persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden kann. Der bereits oben erwähnte Morbiditätszuschlag 03212 ist mit 495 Punkten bewertet und kann zusätzlich zur Versichertenpauschale bei zwei Arzt-Patienten-Kontakten abgerechnet werden, wenn der Patient unter einer schweren chronischen Krankheit nach der Chronikerregelung des G-BA leidet. Der vom Hausärzteverband geforderte „Qualitätszuschlag“ wird ab 1. Januar 2008 für die psychotherapeutischen Leistungen eingeführt und möglicherweise ab 1. Juli 2008 auf zusätzliche Leistungen erweitert. Der Zuschlag ist unabhängig davon, wie oft die Leistung erbracht wurde. Dann sollen wohl in Qualitätssicherungsvereinbarungen auch Mindestfrequenzen als Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen verabredet werden. Durch die gewollte Inflation an Punkten von 20 % im hausärztlichen Bereich bei gleichbleibendem Budget ist für 2008 ein Punktwertverfall vorprogrammiert. Die jetzt noch abrechenbaren Leistungen wie Ergometrie, Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG oder Sonographie werden also trotz leichter Punktzahlanhebung zum Schnäppchenpreis erbracht werden müssen und sind zum Ausgleich von Verlusten nicht geeignet. Gesprächsleistungen sind in der Pauschale verschwunden und können nicht mehr gesondert berechnet werden. Hausärzte mit Schwerpunkt (Diabetologen, Allergologen, Phlebologen, Rheumatologen, HIV Praxen, ...), die vielfach Patienten von anderen Hausärzten

zugewiesen bekommen, werden durch den neuen EBM besonders schlecht gestellt. Bei Überweisung von Hausarzt zu Hausarzt ist genauso wie bei Vertretungen nur die halbe Pauschale (GOP 03120, 03121, 03122) berechenbar. Dies mag bei Vertretungen durchaus berechtigt sein, bei einer Mitbehandlung durch einen „Schwerpunkthausarzt“ ist dies eine Katastrophe, zumal bei Überweisungen auch die neue „Chronikerziffer“ 03212 nicht ansetzbar ist. Ein erheblicher Rückgang der Fallwerte ist hier zu erwarten. Will man die besonders weitergebildeten, mit speziellen Kenntnissen versehenen Hausärzte „eradizieren“? Interessant in diesem Zusammenhang auch der folgende umgekehrte Fall: Der Patient kommt Anfang des Quartals zum hausärztlichen Diabetologen und bekommt von diesem die Überweisung an seinen Hausarzt. In diesem Fall wäre der Hausarzt des Patienten derjenige, der für seine Arbeit im ganzen Quartal nur noch die halbe Pauschale abrechnen kann. Eine Farce! Eine weitere 180 Grad Drehung wurde bei der zuletzt als förderungswürdig angepriesenen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) vollzogen. Der Zuschlag von 60 Punkten und mehr zum Ordinationskomplex ist wieder verschwunden. Bei nicht fachequivalenten Berufsausübungsgemeinschaften ist dafür die Versichertenpauschale jetzt mehrfach ansetzbar. Dies kommt z. B. einer Gemeinschaft Hausarzt/Facharzt zugute. Hier kann jetzt die Versichertenpauschale zweimal angesetzt werden, wenn der Patient von beiden Ärzten behandelt wurde. Dies ist eine durchaus sinnvolle Regelung, die KVen werden ähnlich wie bisher bei Praxisgemeinschaften eine missbräuchliche Fallzahlvermehrung unterbinden müssen. Am meisten kommt dies aber den großen fachüber-

EBM 2008 (Fortsetzung von Seite 1)

Die Pauschalierung fordert erste Opfer

In weiten Teilen Deutschlands hat sich auf dieser Basis eine flächendeckende Diabetesversorgung eingestellt. Sie spielt sich als quasi-fachärztliche Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgungsebene ab. Facharztpraxen mit diabetologischen Schwerpunkt können nur im Verbund überleben. Ausnahme bilden die Endokrinologen, die aber aufgrund der ebenfalls schwachbrüstigen Vergütungssituation kaum überlebensfähig sind. Damit lässt sich keine Flächendeckung abbilden.

• **Einnahmeverlust für Diabetologen**
Der neue EBM hat jetzt zugeschlagen und von der Ordinationsgebühr bis

hin zur Beratung aus dem EBM 2000 plus alles in der Versichertenpauschale untergebracht. Die Vertragspartner wollten offensichtlich nicht zulassen, dass bei Diabetikern im Falle der Überweisung diese Pauschale zweimal voll anfällt. Man schaltet deshalb die Versichertenpauschale bei der Überweisung innerhalb des hausärztlichen Topfes mit der Vertretungsregel gleich und halbiert damit die abrechenbare Punktzahl. Dies führt in den diabetologischen Schwerpunktpraxen zu einem massiven Einnahmeverlust, der wahrscheinlich nicht verkraftet werden kann. Die Schwierigkeit ließe sich nur lösen,

greifenden Gemeinschaften mit vielen unterschiedlichen Ärzten zugute, die extrem von der neuen Regelung profitieren werden. Traurig ist dies für alle bisher geförderten Kollegen in fachgleicher Gemeinschaft, die wieder einmal einen dieser kurzlebigen Trends im Gesundheitswesen erlebt haben, auf den man sich nicht verlassen darf.

● **Trotz Pauschalierung optimal abrechnen**

Die Möglichkeiten einer individuellen Abrechnung sind durch die Pauschalierung stark eingeschränkt worden. Umso wichtiger wird es sein, die wenigen Möglichkeiten der Optimierung, die der EBM 2008 noch enthält, bei der Abrechnung zu nutzen. Ganz wichtig wird es sein auf einem persönlichen Kontakt zum Patienten einmal im Quartal zu bestehen. Gegenüber EBM 200plus ist jetzt der Unterschied zwischen persönlich gesehen und Versicherten-Pauschale abgerechnet und persönlich nicht gesehen und lediglich zum Beispiel telefonischen Kontakt abgerechnet riesig. Multimorbide Patienten sollten wenn möglich jedes Quartal zweimal gesehen werden, damit man die Ziffer 03212 abrechnen kann. Wann immer möglich, sollten

Originalscheine bevorzugt werden, wenn der Patient von einem anderen Hausarzt kommt. Legt der Patient aber einen Überweisungsschein vor, muss dieser (laut KV Auskunft) auch berücksichtigt werden!

● **Fazit**

Der EBM 2008 wird gewisse Umverteilungen unter Hausärzten mit sich bringen, eine generelle Verbesserung ist bei gleicher, gedeckelter Gesamtvergütung nicht zu erwarten. Es wird auf das Wahljahr 2009 ankommen, wir werden für eine deutliche Anhebung des Gesamthonorars kämpfen müssen. Diesen Kampf werden wir als Berufsverband in Zusammenarbeit mit anderen Verbänden politisch führen, wir alle müssen aber bereit sein, falls man unsere berechtigten Forderungen ignorieren will, einen Sturm zu entfachen und 2009 zu einem denkwürdigen Jahr für die Politiker werden zu lassen. Das Gesamthonorar muss so schnell wie möglich und so deutlich wie möglich erhöht werden. Nur wenn das gelingt, werden wir alle auch mit dem EBM 2008 leben können.

*Dr. med. Juraj Galan,
stv. Landesvorsitzender BDI Rheinland-Pfalz*

Krankenhausgesetzgebung

Die monistische Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand

Bei der zurzeit diskutierten Weiterentwicklung des DRG-Systems geht es nicht nur um die Vergütung von Krankenhausleistungen. Hier werden insbesondere bei der diskutierten monistischen Finanzierung die Weichen für unser gesamtes Gesundheitswesen neu gestellt. Bleiben wir bei der dualen Finanzierung mit der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausfinanzierung und der Kassen für die laufenden Kosten oder soll eine monistische Regelung eingeführt werden? Soll in Zukunft über die DRGs auch die Investition bezahlt werden? Die Sachverständigen plädieren für eine monistische Finanzierung. Über die DRGs würde alles abgeolten – auch die Investition.

Wie immer steckt bei einer solchen Regelung der Teufel im Detail. Zurzeit steuern die Länder über den Krankenhausplan die Versorgung, weil sie für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zuständig sind. Kurzfristig werden sie diese Zuständigkeit nicht an die Krankenkassen abgeben, denen damit eine Machtfülle im Gesundheitswesen zufiele, die die betroffenen Krankenhäuser in Angst und Schrecken versetzt. Besteht zurzeit noch ein Kontrahierungszwang mit den Kassen, wenn ein Krankenhaus im Bettenbedarfsplan aufgenommen ist, so werden die Krankenhäuser in Zukunft bei der monistischen Finanzierung von Einzelverträgen mit den Kassen abhängig sein. Wie soll dies bei den zahlreichen Krankenkassen ohne Zersplitterung der Versorgungslandschaft umgesetzt werden? Wie soll die flächendeckende Versorgung garantiert werden?

● **Keine Experimente**

Die Krankenkassen waren über den Machtzuwachs bei der Monistik zwar

erfreut, sehen aber die Gefahr, dass die Investitionskosten ihre Mitglieder via Beitragserhöhung zusätzlich belasten. Wie soll so etwas im Gesundheitsfonds von Ulla Schmidt abgebildet werden?

Kein Wunder: Bei allen diesen Fragen ist es einfacher, alles so zu belassen, wie es ist. Keine Experimente! Hinter den Kulissen scheint man sich geeinigt zu haben:

- Der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhäuser bleibt beim jeweiligen Land.
- Die duale Krankenhausfinanzierung bleibt ebenso wie der Kontrahierungszwang.
- Die DRGs werden bundeseinheitlich geregelt, der Basisfallwert als Punktwert der Krankenhäuser wird pro Bundesland festgesetzt – wie seither.

Bis auf kleine Variationen scheint also bei den Krankenhäusern nach 2009 alles beim alten zu bleiben. Monistische Krankenhausfinanzierung ade!

HFS

BQS-Jahresbericht

Transparente Qualitätszahlen – ein Fluch oder Segen?

Der Jahresbericht der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) hat die Ereignisse ihrer Erhebungen im Krankenhaus in einem 203 seitenlangen Bericht zusammengefasst und publiziert. In einzelnen Bereichen wurden die Daten nicht nur global, sondern auch klinikbezogen dargestellt, eine Form, die für die Zukunft teilweise vorgeschrieben ist. Erstellt wurde der Bericht aus insgesamt 2,64 Milliarden Datensätzen aus 1.525 Krankenhäusern. Zu bewerten waren 24 Leistungsbereiche mit 180 Indikatoren. Die BQS sieht hier noch Verbesserungspotential.

Dennoch hat die öffentliche Meinung überwiegend positiv reagiert. Die DKG war über das hohe Quartalsniveau erfreut, die Patientenvertreter sehen das offensichtlich differenzierter – und sprachen nur von einer verbesserten Transparenz in der stationären Versorgung. Bei aller Freude über die Ergebnisse des BQS Berichtes, muss kritisch angemerkt werden, dass man nicht eindeutig differenzieren kann, ob hier tatsächlich Qualitätsverbesserungen dargestellt werden, oder ob es nur erstmals gelungen ist, eine bereits früher hochwertige Versorgung transparent abzubilden. Was ist wirklich Verbesserung der Qualität, was ist nur Transparenz durch Dokumentation?

● **Skurriles Ranking ...**

Für die Krankenhäuser hat die Veröffentlichung der Daten eine hohe Bedeutung. Besonders die Medien warten darauf gespannt, haben sie doch schon in der Vergangenheit mit oft unzureichenden Mitteln ein Ranking der Kliniken versucht. Einzelne haben sich nur an der Untersuchungshäufigkeit orientiert, andere haben Ärzte befragt, bei wem sie sich selbst behandeln lassen würden – alles Verfahren, die einer wissen-

schaftlich fundierten Überprüfung kaum standhalten. Sozusagen in Vorwegnahme der gesetzlichen Verpflichtung, die Daten in Zukunft zu veröffentlichen, hat sich die FAZ in ihrem Lokalteil an das Thema herangewagt. Das Ergebnis zeigt, wie sehr man sich noch auf vermintem Gelände befindet. Auf Nachfrage haben die regionalen Kliniken geantwortet – teils mit unkorrigierten Wunschvorstellungen, teils auch mit ehrlichen Zahlen. Dabei wurden Kliniken mit hohen Untersuchungszahlen mit solchen verglichen, die einen Eingriff nur einmal – erfreulicherweise erfolgreich – vorgenommen hatten. Die FAZ hat den Mut besessen, auf Grund solcher statisch nicht vergleichbarer Zahlen ein Ranking vorzunehmen – teils mit skurrilen Ergebnissen. Entsprechend enttäuscht haben die betroffenen Krankenhäuser reagiert.

... **und seine Konsequenzen**

Als Konsequenz sollte daraus gezogen werden, dass sich die Journalisten diesem Thema in Zukunft sachkundiger nähern sollten, allein schon deshalb, um Patienten nicht falsch zu informieren. Die Krankenhäuser sollten ihre Daten besser aufbereiten, um

sich glaubwürdiger bei solchen Aktionen darzustellen. Unter Umständen wäre es sinnvoll, bei den zuständigen Verbänden und Körperschaften diese Vergleichsdaten nach festgelegten Kriterien zu hinterlegen. Dort könnten die Ergebnisse von der interessierten Öffentlichkeit hinterfragt werden – ohne dass eine solche Verwirrung wie bei der FAZ-Publikation ausgelöst wird.

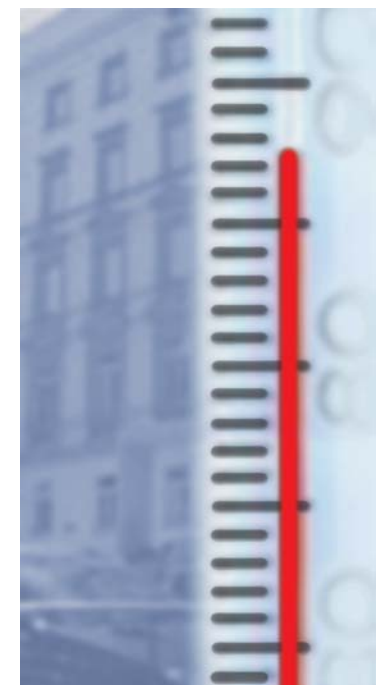


Bild: Archiv

Wie gut ist eine Klinik? Aus den Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) lassen sich auch skurrile Rankings erstellen.

Bei allem Wunsch nach Transparenz beim medizinischen Handeln in den Krankenhäusern muss kritisch angemerkt werden, dass auch bei einer zentralen Datenstelle die Interpretation weiter schwierig bleiben wird. Es fehlt nämlich der Morbiditätsbezug, der nicht erfasst ist. Am risikoärmsten lassen sich immer noch Gesunde behandeln, Schwerkranke verderben nur die Statistik. Ohne Lösung dieser Frage, wird es keine ehrliche Transparenz geben können.

HFS

Kommentar

Zweierlei Maß

Im Jahre 2009 fällt die Trennung der ambulanten Vergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Topf. Diese war eingeführt worden, um die Hausärzte vor dem immer größer werdendem Honorarbedarf der Fachärzte unter einem gemeinsamen KV-Budget zu schützen. Einzelne empfanden bereits damals diese Perfektionierung des Budgetgedankens ordnungspolitisch fragwürdig, wollte man doch die lästigen Budgets ganz loswerden. Die meisten begrüßten die Regelung hat sie doch den Verteilungskampf zwischen Hausärzten und Fachärzten zumindest aus den Kassenärztlichen Vereinigungen herausgehalten. Dass das Thema aber nicht ausgestanden war, wurde an den Aktivitäten vor allem des Hausarztverbandes außerhalb der Körperschaften sichtbar. Hier wurde wei-

ter immer mehr Geld eingefordert, obwohl man befürchten musste, dass dies zu Lasten der fachärztlichen Kollegen geht. Für die Internisten war mit der Einführung der trennenden Budgets eine berufspolitische Schlacht verloren gegangen. Der Internist musste sich endgültig entscheiden: hausärztlich oder fachärztlich. Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurde er mit dem Allgemeinarzt gleichgeschaltet, dies gilt vor allem auch für das Honorar. Die Entscheidung sollte unumkehrbar sein. Dazu passte das SGB V mit seinem § 73. Hier wird die hausärztliche Versorgungsebene geregelt. In Absatz 5 ist eindeutig klargestellt: Wechseln in die fachärztliche Ebene dürfen nur Allgemeinärzte, vorausgesetzt sie erbringen ganz überwiegend fachärztliche Leistungen und verzichten auf die hausärztliche Abrechnung. Dieser Weg

ist dem hausärztlichen Internisten versperrt. Er wird in der angesprochenen gesetzlichen Regelung gar nicht erwähnt. Der EBM hat diese Vorgabe pflichtschuldig übernommen, schon im EBM 2000 plus, weitergeschrieben im EBM 2008. Die Frage ist erlaubt: Machen solche restriktiven Vorgaben überhaupt noch Sinn, wenn am 1. Januar 2009 die Vergütungstrennung aufgehoben wird? Warum sollte man nicht auch den Internisten die Rückkehr in den fachärztlichen Bereich ermöglichen, wenn sie wieder überwiegend fachärztlich arbeiten? Im Klartext: Die derzeitige Regelung ist für die hausärztlichen Internisten diskriminierend. Sie muss zusammen mit den getrennten Budgets für Hausärzte und Fachärzte abgeschafft werden.

HFS

Der Gastkommentar

Todsünde eines Experten: Verbreiten falscher Sicherheit

SARS hatte weltweit Ängste ausgelöst. Bis Juli 2003 hatte es vor allem in Asien etwa 8100 Erkrankte und etwa 770 Tote durch das „Severe Acute Respiratory Syndrome“ gegeben [1]. Auf allen Kontinenten wurden Flüge storniert, Reisen verschoben, manchmal gab es Panik. Für die Herausgeber des „Journal of Epidemiology and Community Health“ war das einschneidende Auftauchen des neuen Erregers Anlass, neun Experten des Feldes zu fragen, ob sie mit einer schnellen Rückkehr der Epidemie rechnen würden [2].

Die Prognosen waren alles andere einstimmig: 3 Experten sagten für den Herbst/Winter 2004 eine erneute Epidemie voraus, 3 hielten eben das für unwahrscheinlich, 2 sagten zwar neue Fälle voraus, legten sich nicht auf die Größe der Epidemie fest und ein Experte verweigerte völlig eine Vorhersage [3]. Am Ende lagen 3 der 9 richtig – seit April 2004 wurden keine SARS-Fälle mehr gemeldet [3].

Die kleine Umfrage kennzeichnet die wichtigste Eigenschaft von Experten: Sie irren sich häufig. Nur wenn man genügend Experten fragt, steigen die Chancen, dass zumindest einer darunter ist, der Recht hat.

Leider weiß man vorher nicht, welcher es ist. Gerade in der Geschichte der Medizin wimmelt es von Experten, die Unrecht behalten haben. Aber: Weil es eben auch immer wieder eine Autorität gibt, die Recht behält, hält sich der Glaube an das Prinzip „Experte“ hartnäckig. Und: Wer einmal als Experte gilt, hat in der Regel ein hohes Interesse, diesen Ruf zu verteidigen. Experten sind hochangesehen, ihre Meinung hat Gewicht, sie haben Einfluss und können gerade in der Medizin auch finanziell enorm von der Expertenrolle profitieren. Viele sind da sehr gerne Experte. (Eine amüsante Typologie findet sich im BMJ [4].)

Auch für Nicht-Experten haben Autoritäten eine angenehme Funktion: Sie nehmen einem das eigene Denken ab. Und dass umso mehr, je souveräner ein Experte auftritt. Ärzte werden während der Ausbildung durch die steile Hierarchie ja vielerorts geradezu darauf selektiert, Experten (dem Chef) ohne Widerspruch zu folgen. In dieser Wirkung lassen sich zu viele Experten auch gerne als „Key Opinion Leader“ (kol) missbrauchen. Das ist in der Sprache der Marketing-Agenturen die Bezeichnung für Experten, die bei der Planung von Werbestrategien schon ganz früh kontaktiert werden

und sich auch dank großzügiger Honorare gerne als Meinungsbildner einspannen lassen [5] (http://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical_marketing).

Allerdings besteht die große Gefahr, dass Experten dieses Kalibers sich für Interessen einsetzen, die nicht primär die Interessen ihrer Patienten sind.

Die Wahrnehmung, dass manche Experten vor allem ihre eigenen Schäfchen ins Trockene bringen, ist einer der Gründe, warum Experten zunehmend an Autorität verlieren. Gleichzeitig nimmt die Menge des Wissens in der Medizin so schnell zu, dass auch der beste Experte nicht mehr den Überblick behalten kann – oder nur für einen immer kleineren Ausschnitt. Zudem sind dank des Internets die Zeiten vorbei, in denen Autoritäten exklusive Hüter des Wissens waren. Der Bereich, auf den nur Experten Zugriff haben, schrumpft gerade in der Medizin sehr schnell.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist Evidenzbasierte Medizin (EbM) die logische Antwort. EbM ist auch eine Reaktion auf Hunderte von kleinen und großen Pannen, in denen sich Experten als unzuverlässig



Prof. Dr. Peter T. Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

herausgestellt haben. Auch in der EbM werden Experten (im Sinne von Spezialisten) benötigt, aber ihre Rolle ist ganz anders: Diese Experten haben aus der Vergangenheit gelernt und sind in der Lage, Fehler zu vermeiden, die sie oder andere

bereits gemacht haben. EbM ist im Kern die Lehre davon, was in der Medizin alles schiefgehen und was man dagegen tun kann. Wer EbM ablehnt, kann ebenso gut im Straßenverkehr eine rote Ampel ignorieren, und sich dann wundern, wenn es Unfälle gibt.

Ein „guter“ Experte in diesem Sinne ist nicht der, der auf alles eine Antwort hat, sondern einer, der sich über die Grenzen des eigenen Wissens im Klaren ist und das auch deutlich sagt. Experten dürfen sich irren. Was sie nicht dürfen, ist, falsche Sicherheit zu verbreiten.

Ein Element der EbM ist gerade die Sicherheit des Wissen abzuschätzen, je nachdem mit welchen Methoden es gewonnen wurde. Ein Experte hat da nur noch so viel Wert, wie die wissenschaftliche Basis auf die er sich beruft. Experten, die sich nur auf ihre subjektive „Erfahrung“ beziehen,

stehen ganz unten auf der Skala der „Ergebnissicherheit“. Experten, die zusätzlich systematisch bewertetes Wissen aus guten Studien einbeziehen, stehen hingegen oben.

Freilich ist es so, dass letztere Experten oft mit vorgefassten und oft weitverbreiteten Meinungen kollidieren. Das macht sie unbequem und manchmal unbeliebt. Experten sind halt in der Regel dann gerne gesehen, wenn sie die eigene Meinung bestätigen. Aber gerade dazu braucht man sie nicht.

Klaus Koch, Peter T. Sawicki

Literatur:

1. World Health Organization. WHO guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS) – Updated recommendations October 2004. 2004.
2. Lee A, Abdulah A, Rezza G, Wong T, Hsu L, Paton N et al. Sporadic contact with unfamiliar source makes epidemic unlikely. J Epidemiol Community Health 2003; 57(10): 770–777.
3. Wong TW. „Will the SARS epidemic recur?“ A retrospective analysis of the experts' opinions. J Epidemiol Community Health 2006; 60(1): 87.
4. Oxman AD, Chalmers I, Liberati A. A field guide to experts. BMJ 2004; 329(7480): 1460–1463.
5. House of Commons. The Influence of the Pharmaceutical Industry – Health: Fourth Report [Online-Text]. Zugriff am: 12. Oct. 2007. Gelesen unter: www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/4211.htm#n157.

Sachverständigen-Gutachten 2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Ärztliche Aufgaben an Hilfskräfte?

Anstelle einer bislang favorisierten Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe und dem Versuch, die Situation allein innerhalb der Berufsgruppe zu optimieren, kann eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die Patienten weitaus vorteilhafter sein, als an den alten Mustern festzuhalten, so die Feststellung. Dies gilt vor allem dann, wenn das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe sich dahingehend wandelt, dass flache, vernetzte Teamstrukturen als sinnvoll und tragfähig angesehen werden. Keinesfalls soll aus Kostengründen teure ärztliche Arbeit auf billigere Hilfskräfte verlagert werden, stellte der Rats-Vorsitzende Prof. Eberhard Wille auf einer Fachtagung von BKK und TK in München klar: „Wir plädieren nicht dafür, dass Krankenschwestern die Organtransplantation vornehmen.“

Vielmehr sollten neue Berufe zwischen Pflegekräften und Ärzten entstehen, die die Ärzte entlasten und ihnen mehr Zeit für ihre eigentliche

Arbeit lassen. Zunehmend häufiger bekundeten Ärzte ihre Unzufriedenheit wegen Arbeitsüberlastung, Einschränkung der professionellen Autonomie und mangelnder, zum Beispiel monetärer Anerkennung. Sie würden oftmals zu Aufgaben herangezogen, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen, so würden z. B. Infusionen oder administrative Arbeiten von Ärzten ausgeführt, obwohl dafür andere Berufsgruppen zur Verfügung stünden.

Um das zu ändern, wollen die Sachverständigen folgende Grundsätze berücksichtigt sehen:

- Die Begründung einer neuen Aufgabenverteilung sollte aus dem Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten hergeleitet werden.
- Die Versorgung und die in Teams kooperierenden Berufsgruppen müssen dabei gleichermaßen den Gesichtspunkt der Qualität und der Kosteneffektivität berücksichtigen. Leistungen sind stets dort zu

erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist.

- Gerade die aktuelle Diskussion um Patientensicherheit offenbart die Abhängigkeit eines modernen Gesundheitssystems von intakter Kommunikation, flachen Teamstrukturen und einer Entkopplung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen.
- Die veränderten Rollen der Gesundheitsberufe müssen flexibel, den lokalen Gegebenheiten angemessen und entwicklungsfähig gestaltet werden, um optimal auf zukünftige, nicht immer vorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten reagieren zu können.
- Die neuen Berufsbilder sollten die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilung zu verbessern, und sollten garantieren, dass Tätigkeiten entsprechend dem eigenen Qualifikationsniveau durchgeführt werden können.

- Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozioökonomischen Status abzumildern.

● Eine Reihe von Defiziten

- Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, kritisieren die Experten, weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf, die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung behoben werden sollten:
- Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen.
 - Hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit.
 - Die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden.
 - Es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung.
 - Die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf

die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor.

● Eine Reihe von Erfordernissen

Die Komplexität der Organisationen des Gesundheitswesens ist hoch und hat in den letzten Jahren noch zugenommen. Vor diesem Hintergrund gilt es nach Auffassung des Rats, angesichts der fortschreitenden Spezialisierung (Arbeitsteilung) vor allem die Integration der Tätigkeiten und Leistungen verschiedener Gesundheitsberufe zu verbessern. Weiterhin stellen demographische Entwicklungen und Veränderungen des Morbiditätsspektrums Herausforderungen für das Versorgungssystem und seine Akteure dar. Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem geraten durch die Zunahme älterer, chronisch erkrankter und zunehmend multimorbider Patienten weiter unter Druck. Auch eine Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer des Systems machen eine Neuordnung von Zuständigkeiten für das umfangreiche Aufgabenspektrum in der Gesundheitsversorgung notwendig. Das zentrale Problem sehen die Experten in einer unzureichend sektorübergreifenden Versorgung und dem Mangel an interdisziplinären

und flexiblen Versorgungsstrukturen. Zunehmende wichtiger wird es, den wachsenden Bedarf an personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft sicherzustellen. Schließlich ergibt sich auch aus Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts, der in großem Umfang Arbeitsstrukturen, Arbeitsinhalte und -formen in der Gesundheitsversorgung prägt, die Notwendigkeit, die Arbeitsverteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen anzupassen.



Nach Meinung der sieben „Gesundheits-Weisen“ sollen neue Berufe zwischen Pflegekräften und Ärzten entstehen, die die Ärzte entlasten und ihnen mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe lassen.

Bild: MEV

ordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe betonen. So bekundeten alle angehörten Berufsverbände, auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen – zum Teil mit sehr unterschiedlichen Vorstellungen – mit Konsequenzen für ihre Professionentwicklung zu reagieren. Übereinstimmend konstatierten die Vertreter der Berufsverbände den hohen Stellenwert von Aus-, Weiter- und Fortbildung für eine bessere Kooperation. Sie erwähnten auch verschiedene Bereiche, in denen sich die Teamarbeit verbessern könnte: Früherkennung und Versorgung verwahter Kinder, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit bestimmten psychischen Störungen, neue Versorgungskonzepte (z. B. integrierte Versorgung, DMP), Rehabilitation, Versorgung in ländlichen Regionen (mit Ärztemangel), Versorgung von Suchtkranken, Patientenberatung und -schulung, Onkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, Versorgung von Demenzpatienten, Chronikern, mehrfach erkrankten, älteren und pflegebedürftigen Patienten und Versorgung von Patienten mit komplexen sozialen Problemen. Auch wurden multiprofessionell erarbeitete Leitlinien als wichtige Grundlage für eine Verbesserung der Zusammenarbeit genannt. Die Notwendigkeit zur Reform der (rechtlichen) Rahmenbedingungen einer Zusammenarbeit reicht von der Einschätzung, dass es prinzipiell keiner Veränderungen bedarf, bis hin zu weit reichenden und mehrere rechtliche Regelungssysteme betreffenden Vorschlägen.

In diesem Zusammenhang stellten verschiedene nicht-ärztliche Berufsverbände die ihrer Ansicht nach zu dominante Rolle der Ärzte in der Krankenversorgung zur Diskussion und machten Veränderungsvorschläge, die ihnen eine unabhängige Rolle bei der Ausübung des (Heil-)Berufes zuweisen. Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen wird neben der gängigen Form der Delegation (unter ärztlicher Anordnung und Aufsicht) auch eine völlig eigenständige Ausführung bestimmter Tätigkeiten diskutiert. Als Voraussetzung für eine Übertragung werden entsprechende Kompetenzen beim Delegationsempfänger angesehen.

Die Abkoppelung der Leistungserbringung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe von der ärztlichen Verordnung im SGB V wird teilweise befürwortet, teilweise abgelehnt. Befürworter nennen im Einzelnen folgende Leistungen: Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke, Einweisungsrechte für bestimmte Patientengruppen, Verzicht auf die ärztliche Überweisung zugunsten eines direkten Zugangs

von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern. Ablehner verweisen auf den hohen Standard, den die Krankenversorgung in Deutschland aufweist, weil viele Tätigkeiten durch hoch qualifizierte Ärzte ausgeführt werden, und auf die Gefahr der Leistungsausweitung, wenn weitere Versorgerberufe Leistungen verordnen dürfen.

Die vom Rat befragten Landesministerien reagierten vornehmlich aufgrund der regionalen Besonderheiten. So unterstützen vor allem Bundesländer mit geringer Bevölkerungsdichte die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch arztentlastende und gemeindenahere Projekte wie z. B. das Projekt „AgnES“; andererseits begleiten Bundesländer mit hoher Bevölkerungsdichte Projekte mit neuen Kompetenzprofilen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. So entstanden bereits neue Berufsbilder, z. B. das des operationstechnischen Assistenten. Darüber hinaus werden Modelle zur Akademisierung, z. B. der Pflegeberufe, gefördert. Insgesamt kann der Rat feststellen, dass es zahlreiche Initiativen der einzelnen Gesundheitsberufe und der zuständigen Landesministerien zur Verbesserung der Arbeitsteilung gibt. Die empirische Evidenz dafür, dass geplante und umgesetzte Modelle einer veränderten Arbeitsteilung zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen, fehlt allerdings noch. Wegen der Brisanz der Veränderung der Aufgabenverteilung empfehlen die Sachverständigen, mit kleinen Schritten zu beginnen: Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten

Der „neue“ Sachverständigenrat bis 2009

Am 12. Oktober 2007 hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin offiziell den neuen Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ernannt. Ausgeschieden sind Prof. Dr. med. Gisela Fischer, Hochschullehrerin für Allgemeinmedizin in Hannover, und Prof. Dr. med. Peter C. Scriba, langjähriger Leiter der Inneren Klinik der LMU München.

Dies sind die Mitglieder des neuen Sachverständigenrats:

Vorsitzender:

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Universität Mannheim

Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Aufsichtsrat des Klinikums der Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Abt. Nephrologie, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeier, Abt. Medizinsoziologie, Freie Universität Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin

Der neue Sachverständigenrat hat von der Politik die Aufgabe erhalten, bis zum Frühjahr 2009 Empfehlungen abzugeben, wie eine generationengerechte Gesundheitsversorgung in unserer Gesellschaft des längeren Lebens aussehen muss.

Auf Veränderungen im Gesundheitssystem wird bereits durch moderne Formen der Kooperation reagiert. Diese Formen sollten zukünftig sinnvoll weiterentwickelt und ausgeweitet werden:

- das ambulante multiprofessionelle Team, das die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe hat und alle Berufsgruppen umfasst, die für die Versorgung in der Fläche notwendig sind,
- das transsektorale Case Management, das die Fallführung in den drei Sektoren ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat und neue Funktionen, vor allem hinsichtlich der an den Patienten orientierten Abstimmung der Behandlung beim Übergang zwischen den Sektoren und das Erreichen eines gemeinsamen Behandlungserfolges in den Mittelpunkt stellt, und
- das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus, das innovationsnahe Verfahren entwickelt und verwendet und dabei auf Spezialisierung sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen zurückgreift, da sonst die Innovation nicht umsetzbar wäre.

• Berufsverbände betonen Notwendigkeit einer Neuordnung

Zur Erkundung der Situation haben sich die Sachverständigen bei den unterschiedlichen Berufsgruppen und in der Politik auf Landesebene umgehört. Dabei konnten sie registrieren, dass nicht zuletzt die Berufsgruppen selbst die Notwendigkeit einer Neu-

Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt

im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.

KS

Konkurrenz für die KV

Die Revolution in Nordhessen

Mit dem § 73c im SGB V hat die Bundesregierung für die Krankenkassen eine Möglichkeit geschaffen, die ambulante Versorgung auch außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung sicherzustellen. An solchen Verträgen sind Hausärzte und Fachärzte beteiligt, sodass man die ambulanten Versorgungsebenen darstellen kann. Der VdAK Bundesverband möchte dies nun in Nordhessen realisieren.

Der VdAK Bundesverband nutzt die neuen rechtlichen Möglichkeiten jetzt konsequent aus und möchte die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, nämlich die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, anderen Trägern übergeben. Er hat die Absicht, dies in der Stadt Kassel, dem Kreis Kassel und dem Schwalm-Eder-Kreis umzusetzen.

Die Kassenärztliche Vereinigung bekommt Konkurrenz. Wie es sich gehört, wird ein 73c-Vertrag ausgeschrieben. Die Ausschreibung ist offensichtlich so vorbereitet, dass sie auf ein bereits in Kassel existierendes Medizinisches Versorgungszentrum ausgerichtet ist. Wie bei freien Verträgen üblich, kommen die Details der Finanzierung und der Inhalte in der Regel nicht an die Öffentlichkeit. So

wird darüber gerätselt, wie zum Beispiel die Notdienstversorgung abgewickelt wird, welche Kopfpauschalen dem neuen Träger zur Verfügung gestellt werden und ob es den Krankenkassen gelingt, die bei solchen Verträgen üblichen Einsparungen zu realisieren. All dies steht in den Sternen. Die Aufregung ist in den betroffenen Regionen bei den Ärzten natürlich sehr groß. Die Meinungen sind geteilt. Offensichtlich sind tatsächlich einige Vertragsärzte bereit, sich dem Vertrag des VdAK anzuschließen und bei der Sicherstellung mitzumachen. Andere haben eine Genossenschaft gegründet, ohne dass klar ist, ob sie hier die Kassenärztliche Vereinigung unterstützen oder ob sie nicht selbst an dem Vertrag beteiligt werden wollen.

• Ein Vorgang mit Präzedenzcharakter

Die Gemengenlage ist undurchsichtig. Offensichtlich ist der VdAK konsequent bereit, einen entsprechenden Vertrag zu unterzeichnen und das Ganze ab dem 1. Januar 2008 auf den Weg zu bringen. Auch wenn man den Vorgang mit Gelassenheit beobachtet, weil man glaubt, dass es kaum gelingen wird über ein einzelnes Medizinisches Versorgungszentrum und einige wenige Vertragsärzte eine flächendeckende Sicherstellung für einen Teil der VdAK-Versicherten abzubilden, so hat der Vorgang doch Präzedenzcharakter. Der VdAK will offensichtlich ausloten, ob es Partner in der Vertragärzteschaft gibt, mit denen man einen Sicherstellungsvertrag außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung schließen kann. Krankenkassen und betroffene Ärzte, aber auch Versicherte werden ihre Erfahrungen positiv wie negativ bei diesem Projekt machen.

Aber eines ist sicher. Gleichgültig wie das Experiment Kassel ausgeht, es wird nicht der letzte Versuch sein, über 73c-Verträge die Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung in Frage zu stellen.

HFS

BDI-Vorstandswahlen 2008

Satzungsgemäß finden im Jahr 2008 Neuwahlen zum Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. statt.

Traditionell wird der neue Vorstand am Rande des Internistenkongresses in Wiesbaden in der BDI-Mitgliederversammlung am

Sonntag, dem 30. März 2008

durch die anwesenden, stimmberechtigten Mitglieder gewählt.

Von den 14 möglichen Vorstandsmitgliedern

- werden zehn durch die Mitgliederversammlung gewählt,
 - wird ein Mitglied durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. benannt,
 - wird ein Mitglied gemeinsam durch die Vorsitzenden der BDI-Sektionen und der BDI-Arbeitsgemeinschaften in den Vorstand entsandt,
 - wird ein Mitglied durch die Vorsitzenden der Landesvertretungen abgeordnet
- und
- wird ein Mitglied aus der Mitte der außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung, Medizinstudenten) in den Vorstand gewählt.

Wahlen werden durch Akklamation – oder auf Antrag eines Mitglieds geheim mit Stimmzetteln – durchgeführt. Die Mitglieder des Vorstandes werden in einem Wahlgang gewählt. Jedes wahlberechtigte Vereinsmitglied ist berechtigt, von den zur Wahl stehenden Kandidatinnen und Kandidaten zehn oder weniger zu wählen.

Als gewählt gelten die Personen, welche die meisten Stimmen auf sich vereinigt haben.

Wahlvorschläge für die durch die Mitgliederversammlung zu wählenden Vorstandsmitglieder müssen schriftlich vier Wochen vor der Wahl bei der BDI-Geschäftsstelle (Wiesbaden) eingegangen und von mindestens zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben sein. Ordentliches Mitglied ist jedes Mitglied, welches anerkannte/r Fachärztin/arzt für Innere Medizin ist (niedergelassener Arzt; Oberarzt, Angestellter, Beamter u.ä.).

Die Geschäftsstelle des BDI e.V. möchte daher interessierte Kandidatinnen und Kandidaten für eine Vorstandsmitgliedschaft bitten, ihren Wahlvorschlag frühzeitig vor der Mitgliederversammlung am 30. März 2008 einzureichen, also bis spätestens 3. März 2008. Maßgeblich ist der Posteingang bei der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden.

Zu beachten ist, dass die ordentliche Mitgliedschaft der den Wahlvorschlag unterstützenden Mitglieder selbstverständlich durch die Geschäftsstelle überprüft wird. So sind z. B. ordentliche Mitglieder,

die ihren Austritt aus dem Verband bereits erklärt haben, jedoch erst zum Ende des Jahres 2008 ausscheiden, gem. § 10 Abs. 2 der Satzung des BDI e.V. nicht mehr legitimiert, eine Kandidatur bzw. einen Wahlvorschlag mit ihrer Unterschrift rechtsgültig zu unterstützen. Soweit der Wahlvorschlag nicht gemäß der Satzung von zehn ordentlichen Mitgliedern unterschrieben ist, da z. B., wie dargestellt, ein Mitglied bereits den Austritt erklärt hat, wäre dieser insoweit ungültig. Die ordnungsgemäße Unterzeichnung durch ein ordentliches Mitglied kann bis zu vier Wochen vor der Wahl nachgeholt werden. Später ist der mögliche Kandidat von der Wahl 2008 zum Vorstand des BDI ausgeschlossen.

Wir möchten die berufspolitisch interessierten Mitglieder, die sich für eine Kandidatur zur Wahl als Mitglied des Vorstandes des BDI e.V. entschieden haben, bitten, die oben genannten satzungsgemäßen Voraussetzungen zu beachten und frühzeitig ihren Wahlvorschlag einzureichen.

Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des BDI e.V. stehen wie immer für alle entsprechenden Auskünfte zur Verfügung.



RA Helge Rühl
Geschäftsführer des BDI e.V.

BDI e. V. Wahl zum Vorstand 2008



Für die Wahl in den BDI-Vorstand wird vorgeschlagen:

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Mitgliedsnummer

Zustimmungserklärung

Ich stimme meiner Kandidatur als Mitglied des BDI-Vorstandes zu.

Unterschrift

Unterstützerstimmen für den Wahlvorschlag:

Nr.	Vor- und Zuname (Druckschrift)	Vor- und Zuname (Unterschrift)	PLZ/Ort	Mitglieds-Nr.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

per Fax:
0611/181 33-50

oder per Post an den

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden

Arztrecht

Bundesgerichtshof entscheidet über Abrechnung ärztlicher Leistungen zum 2,3-fachen des Gebührensatzes

Der Beklagte befand sich in ambulanter privatärztlicher Behandlung des Klägers, eines Augenarztes. Dieser rechnete seine Leistungen, darunter eine Operation des linken Auges wegen Grauen Stars, mit insgesamt 4.074,56 DM ab. Abgesehen von vier näher begründeten Gebührenpositionen, die mit dem Faktor 3,5 abgerechnet wurden, und drei Zuschlägen, die nur mit dem Einfachen des Gebührensatzes berechnungsfähig sind, enthielt die Rechnung für die persönlich-ärztlichen Leistungen ausschließlich den Faktor 2,3 und für die medizinisch-technischen Leistungen den Faktor 1,8. Das sind die Höchstsätze der jeweiligen Spanne, innerhalb deren der Arzt seine Leistungen in der Regel abzurechnen hat. Der Beklagte verweigerte die Bezahlung der Rechnung, weil er sie für überhöht hielt. Das Verfahren erreichte letztlich den Bundesgerichtshof (BGH).

Der für das ärztliche Gebührenrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundes-

gerichtshofs gab der Revision des klagenden Arztes gegen die Urteile der Vorinstanzen statt. Allgemein bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr für persönlich-ärztliche Leistungen nach dem Ein- bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 Satz 1 der GOÄ). Für medizinisch-technische Leistungen gilt ein Gebührenrahmen zwischen dem Einfachen und dem Zweieinhalbfachen. Innerhalb des Gebührenrahmens hat der Arzt die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ). Weiter ist in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ bestimmt, dass „in der Regel“ eine Gebühr nur „zwischen“ dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. Die Überschreitung des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Kriterien sich im Einzelfall von üblicher-

weise vorliegenden Umständen unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen worden ist.

Im Streitfall ging es hauptsächlich um die Frage, ob ärztliche Leistungen, die nach Schwierigkeit und zeitlichem Aufwand als durchschnittlich zu bewerten sind, mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne (2,3- bzw. 1,8) abgerechnet werden dürfen. In der bisherigen Rechtsprechung und Literatur wird weitgehend die Auffassung vertreten, die Regelspanne solle für die große Mehrzahl der Behandlungsfälle gelten und den Durchschnittsfall mit Abweichungen nach oben und unten, also auch schwierigere und zeitaufwändigere Behandlungen, erfassen. Hieraus wird vielfach der Schluss gezogen, eine im Durchschnitt liegende ärztliche Leistung sei mit einem Mittelwert innerhalb der Regelspanne, also mit dem 1,65- oder dem 1,4-fachen, zu entgelten oder mit

einem etwas darüber liegenden Wert von 1,8 bzw. 1,6. Diese Auffassung hatte unter anderem das Berufungsgericht vertreten. In der Abrechnungspraxis von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen ist dagegen festzustellen, dass ärztliche Leistungen weit überwiegend zu den Höchstsätzen der Regelspanne abgerechnet werden.

Der BGH hat insoweit entschieden, ein Arzt verletze das ihm vom Verordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem Verordnungsgeber sei die Abrechnungspraxis seit vielen Jahren bekannt und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne für die Abrechnungspraxis deutlicher abzugrenzen und dem Arzt für Liquidationen bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. Möchte der Arzt für eine Leistung das 2,3-fache des Gebührensatzes überschreiten, ist er nach § 12 Abs. 3 GOÄ verpflichtet, dies für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen und auf Verlangen die Begründung näher zu erläutern. Ohne eine nähere Begründungspflicht im Bereich der Regelspanne ist es jedoch nicht

praktikabel und vom Verordnungsgeber offenbar nicht gewollt, dass Zahlungspflichtige und Abrechnungsstellen den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor ermitteln oder anderweitig festlegen. Insbesondere hat der Verordnungsgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne, wie ihn Teile der Rechtsprechung und Literatur für richtig halten, nicht vorgesehen. Hiervon bleibt selbstverständlich unberührt, dass der Arzt seine Leistungen nicht schematisch mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen darf, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss.

BGH – Urteil vom 8. November 2007 – III ZR 54/07
AG Hamburg – Urteil vom 5. Oktober 2005 – 6 C 375/04 ./ LG Hamburg – Urteil vom 7. Februar 2007 – 318 S 145/05

Mitgeteilt durch:
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Steuerrecht
Helge Rühl
hruehl@uls-frie.de
Ulsenheimer Friederich
Rechtsanwälte
www.uls-frie.de

Mitgliederversammlung

der außerordentlichen Mitglieder
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 11:00 Uhr
im Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstr. 10–12, 65185 Wiesbaden, Tel.: 0611/1620

Tagesordnung:

1. Begrüßung durch den Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack
2. Erläuterung des Wahlverfahrens durch RA Helge Rühl, Geschäftsführer
3. Aussprache
4. Wahl eines außerordentlichen Mitgliedes zur Entsendung in den BDI-Vorstand
5. Verschiedenes

Die Satzung des BDI e.V. sieht in § 4 Ziff. 4 und § 14 Ziff. 4 vor, dass die außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin / Internisten und Medizinstudenten) aus ihrer Mitte ein Mitglied wählen und in den Vorstand des BDI entsenden können.

Herr Dr. Tillman Bert, Weimar, der seit April 2004 für Sie im Vorstand des BDI e.V. vertreten war und zwischenzeitlich Facharzt für Innere Medizin geworden ist, kann somit für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung stehen, sodass eine Neuwahl erforderlich wird.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 30. März 2008, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 11

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) zum Geschäftsjahr 2007 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Neuwahlen des Vorstands
6. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Berufsperspektive für Ärzte (Fortsetzung von Seite 1)

Verdrossenheit der Kollegen nimmt zu

„Wir laufen in einen eklatanten Ärztemangel hinein“, warnt der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler. Immer mehr Studenten wechselten während des Studiums das Fach oder wählten nach der Approbation lukrativere Berufe in der Wirtschaft. Außerdem arbeiteten zurzeit etwa 16 000 Ärzte im Ausland. Etwa ein Viertel der Medizinabsolventen gehe auf diese Weise der kurativen Medizin in Deutschland verloren. Der Zuzug von ausländischen Ärzten, vor allem aus Osteuropa, reiche nicht aus, um die Lücke zu schließen. Die Politik müsse daher die Arbeitsbedingungen der Ärzte in Deutschland verbessern: „Das heißt: angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen, weniger Zeit und Kraft verschlingende Bürokratie und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“ Die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst hätten schon Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern. Doch insbesondere in ländlichen Gebieten werde es immer schwieriger, eine allgemeinmedizinische Praxis zu verkaufen, sagte Köhler. „Jeder potentielle Nachfolger stellt sich die Frage, ob die demografische Entwicklung mit häufig überalterter Bevölkerungsstruktur, fehlenden Kollegen zur Bedienung des Notdienstes und einer mangelhaften Infrastruktur dauerhaft den Lebensunterhalt seiner Familie sichern kann.“

• Doch nicht so schlecht?

In einem gewissen Kontrast dazu stehen die Ergebnisse einer jüngst vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgestellte internationale Studie. Sie zeigt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland sehr gut ist. Verglichen wurde die medizinische Versorgung in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland.

Ulla Schmidts Staatssekretär Dr. Theo Schröder klopfte sich jedenfalls selbstzufrieden auf die Schulter und meinte: „Die Resultate der Studie zeigen, dass die Weichen für die Zukunft im deutschen Gesundheitswesen richtig gestellt sind. Die Reformen wirken sich auf die Patientinnen und Patienten in vielen Bereichen positiv aus. Aber die Studie zeigt auch – es gibt Mängel. Etwa die nicht ausreichende Information der Patientinnen und Patienten oder die beklagte schlechte Planung bei der Entlassung aus den Kliniken. Diese Mängel weiter zu beseitigen, wird durch eine konsequentere Anwendung der Reformmaßnahmen in Zukunft erreicht werden können. Wir dürfen nicht nachlassen, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Gesundheitswesen weiter auszubauen.“

„So einfach geht das also nach Ansicht der Politik. Zufrieden können auf jeden Fall die deutschen Patientinnen und Patienten sein. Anders als in den meisten anderen Ländern haben sie einen unkomplizierten Zugang zu medizinischen Leistungen. Ambulante und stationäre Behandlungen sind schnell und einfach zu bekommen – unabhängig von Einkommen, Versicherungsstatus oder Wohnort. Selbst außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten wie in der Nacht, am Wochenende oder während der Ferienzeit, ist die medizinische Hilfe in Deutschland sehr gut organisiert. Nur ein Viertel der deutschen Befragten berichtete, dass es schwierig war, einen Arzt außerhalb der üblichen Zeiten zu erreichen. In Neuseeland waren es 28 %, in Großbritannien 38 %, in Kanada 53 %, in Australien 59 % und in den USA sogar 61 %. Auch die Versorgung chronisch kranker Menschen ist in Deutschland besser als in den anderen Ländern. So werden zum Beispiel präventive Maßnahmen wie etwa Untersuchungen der Cholesterinwerte oder Messungen von Blutdruck regelmäßiger und häufiger vorgenommen. Trotz dieser, im internationalen Vergleich, guten Gesundheitsversorgung in Deutschland sagt fast ein Drittel der deutschen Patientinnen und Patienten laut Studie, dass das Gesundheitssystem schlecht sei und von Grund auf verändert werden müsste. „Das ist nicht ganz einfach nachzuvollziehen, dass Länder, die nachweislich eine schlechter organisierte Versorgung haben, von den Patienten dort dennoch eine bessere Note erhalten, als das in Deutschland der Fall ist. Unser Gesundheitssystem ist besser als sein Ruf. Die anderen Staaten haben es bereits erkannt und sprechen vom Learning from Germany. Es ist an der Zeit, dass wir Deutschen uns unserer Stärken bewusst werden“, meinte der Staatssekretär.“

• Ein Arbeitstag hat 10 Stunden

Vielleicht sollte sich das Ministerium einmal intensiver mit der Burnout-Studie des NAV-Virchowbundes befassen. Dessen Brendan-Schmittmann-Stiftung hat sich schon seit mehreren Jahren mit der Befindlichkeit der Vertragsärzte befasst. Soeben wurden in Berlin die aktuellen Untersuchungsergebnisse vorgestellt, die sich auf schriftliche Befragungen von mehr als 6000 Vertragsärzten aus den Jahren 1996, 2002, 2004 und 2007 beziehen. Sie zeigen, dass nach einem leichten Rückgang der täglichen Arbeitszeit in der Zeitspanne von 1996 bis 2004 nun in der aktuellen Auswertung eine Ausweitung der ärztlichen Arbeitszeit konstatiert werden muss. Damit wird die Aussage gestützt, dass die werktägliche Arbeitszeit der Vertragsärzte sich

über den Zeitraum von 1996 bis 2007 nicht relevant verändert hat. Nach wie vor arbeiten sie in ihrer Mehrheit deutlich 10 und mehr Stunden pro Werktag. Dabei haben von den befragten Vertragsärzten 35,13 % „in den letzten drei Jahren ihre Praxisöffnungszeiten eingeschränkt“. Im Durchschnitt betrug die Einschränkung der Praxisöffnungszeiten 15,17 %. Für viele der Vertragsärzte ist der umfängliche Arbeitstag ein Problem physischer Belastung. So fühlen sich 60,76 % der Befragten „am Ende eines Arbeitstages völlig erledigt“. Eine Einschätzung, die im Vergleich zu den anderen drei Untersuchungsintervallen tendenziell eher zugenommen hat (2007: 60,76 %; 2004: 53,24 %; 2002: 58,00 %; 1996: 56,76 %).



Klinikärzte fühlen sich häufig ausgebrannt und körperlich erschöpft. Die Hälfte der befragten Ärzte beurteilt ihre „Work-Life-Balance“ als schlecht.

Fast ein Drittel der befragten Vertragsärzte gibt an, täglich über 60 Patienten zu behandeln; im Durchschnitt sind es 55,93 Patienten. Männliche Vertragsärzte, niedergelassene Ärzte aus den neuen Bundesländern und Hausärzte behandeln eine etwas größte Anzahl von Patienten als

Vertragsärztinnen, Ärzte aus den alten Bundesländern oder Fachärzte. Im Laufe der letzten elf Jahre hat sich, so lassen die Umfrage-Ergebnisse schließen, im Hinblick auf die zu leistende Arbeit und der daraus resultierenden Arbeitszeit nichts verändert. Sie ist gleichermaßen umfangreich und wird von vielen Ärzten als unangemessen empfunden. Die Studie spricht daher von einer Stabilität, die nicht zuletzt auf Kosten der Patienten und deren Versorgung geht und die alle Qualität sichernde und Qualität fördernde Maßnahmen nicht verhindern werden können.

• Besonders unzufrieden:

Klinikärzte

Auf dem Rheinischen Ärztetag Mitte September in Düsseldorf wurde eine

Umfrage aus dem Institut für freie Berufe an der Universität Erlangen vorgestellt, die zu ähnlichen Ergebnissen wie die anderen zitierten Studien kommt. Sie fußt auf Angaben von 1308 Ärztinnen und Ärzten aus sechs Kammerbezirken in West und Ost, deren Approbation nicht länger als sieben Jahre zurückliegt.

Neue Weiterbildungsordnung

Facharzt für Allgemeinmedizin ist in Berlin wieder ein eigenständiges Gebiet

Die Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt in der Musterweiterbildungsordnung hat auch eine Diskussion über den Facharzt für Allgemeinmedizin ausgelöst. So hat die Ärztekammer in Berlin am 3. November den Internisten ohne Schwerpunkt aus der Musterweiterbildungsordnung übernommen, sich aber am 15. November gleichzeitig für die Wiederaufnahme des Facharztes für Allgemeinmedizin entschieden.

Bereits in der Vergangenheit ist oft klargestellt worden, dass man die Allgemeinmedizin nicht alleine über die Innere Medizin definieren darf. Es gibt eine Reihe von Tätigkeitsmerkmalen des Allgemeinarztes, die von der Inneren Medizin nicht abgebildet werden. Dazu gehören chirurgische

Eingriffe und ggf. auch Präventionsleistungen in der Frauenheilkunde. Für die flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist ein so aufgestellter Allgemeinarzt durchaus wertvoller als ein hausärztlich tätiger Internist, der diese Aufgaben nicht wahrnehmen kann und will. Insofern

Ausgebrannt, körperlich erschöpft, dem beruflichen Stress und den familiären Verpflichtungen nicht gewachsen – so fühlen sich viele junge Ärztinnen und Ärzte schon nach wenigen Berufsjahren. Bei Krankenhausärzten ist Burnout überdurchschnittlich häufig, unter nicht kurativ tätigen Ärzten eher seltener. Dabei spielt die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben eine besondere Rolle. Diese „Work-Life-Balance“ beurteilt die Hälfte der Befragten für sich persönlich als „eher schlecht“ (33,7 %) oder „schlecht“ (16,3 %).

Vor diesem Hintergrund wird leicht verständlich, dass 29 % der Befragten nicht nochmals Medizin studieren würden. „Wer das ärztliche Ethos und die hohe Leistungsbereitschaft der jungen Kollegen weiter ausnutzt, ruiniert die Zukunft der heute noch guten Patientenversorgung in Deutschland“, kommentierte Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, die Umfrageergebnisse. Allerdings darf man nicht übersehen, dass laut dieser Erhebung ein großer Teil der Ärztinnen und Ärzte nach den ersten Berufsjahren durchaus zufrieden im Beruf ist. Dabei ist die Berufszufriedenheit der ambulant angestellten Ärzte mit einem Anteil von 80 % am größten, an zweiter Stelle folgen die Ärzte, die sich schon niedergelassen haben (68 %). Besonders unzufrieden sind die Klinikärzte.

„Es ist etwas nicht in Ordnung – trotz der großen Zahl von Stellenangeboten für Ärzte“, sagte Kammerpräsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe zur Eröffnung des Rheinischen Ärztetages, der den Berufsperspektiven junger Ärzte und Medizinstudierenden gewidmet war. „Ärzte wollen keine Handlanger anderer sein, sondern als echte Freiberufler im Sinne ihrer Patienten arbeiten.“

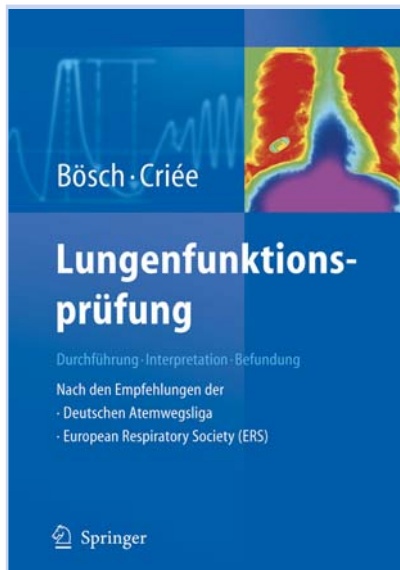
KS

ist es nur logisch, dass die Weiterbildungsinhalte für den Facharzt für Allgemeinmedizin wieder weiter aufgefächert werden.

Im Übrigen ist es kein Wunder, dass der erste Beschluss für den Facharzt für Allgemeinmedizin aus Berlin kommt. Man wird erwarten können, dass insbesondere die neuen Bundesländer diesem Beispiel folgen werden. Der Allgemeinarzt hat in den neuen Bundesländern aufgrund seiner Geschichte in der ehemaligen DDR eine ganz andere Bedeutung als in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland. Diese neue Regelung wird dem Fach Allgemeinmedizin Auftrieb geben.

Setzt sich die Entwicklung fort, so haben in Zukunft beide profitiert: Der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und der Facharzt für Allgemeinmedizin

HFS



D. Bösch, C.-P. Criée
Lungenfunktionsprüfung
 Durchführung – Interpretation – Befundung
 Springer Verlag, Heidelberg 2007
 157 Seiten, 81 Abbildungen
 49,95€

Ein Arbeitsbuch

Dieses Buch zur Lungenfunktionsprüfung ist für klinisch und praktisch orientierte Kollegen gedacht. Es beginnt mit einem nicht übermäßig komplizierten, physikalisch-theoretischen Vorspann, der nicht abschreckt, sondern als freundliche Einladung zum Weiterlesen verstanden werden kann. Die Gliederung ist bewusst übersichtlich und einfach gehalten. Zu Beginn stehen ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis sowie ein Abkürzungsver-

zeichnis, das die wesentlichen (und nicht sämtliche) Abkürzungen beinhaltet. Es folgt eine knappe Einleitung über die zu untersuchende Physiologie und die zur Verfügung stehenden funktionsanalytischen Methoden. Diese wirkt etwas gedrückt – eine ganze Seite wäre einer Einleitung würdig gewesen. Rein inhaltlich ist die Einleitung für ein Arbeitsbuch wie dieses aber ausreichend. Es folgt ein ordentlicher allgemeiner Teil (Abschnitt 1) über die zu messenden Parameter in auch optisch ansprechender Form (hellblau, blau, grau, weiß – keine sich gegenseitig störenden Farbeinflüsse). Es folgen im speziellen Teil (Abschnitt 3 bis 6) sehr gut aufgebaute Kapitel mit den aktuell gängigen und aussagekräftigen Analysemethoden. Im Mittelpunkt dieses zentralen Teiles steht vernünftigerweise der Mensch, das heißt: Fallbeispiele, Fallbeispiele und noch mal Fallbeispiele. Genau das zeichnet ein Arbeitsbuch aus.

Im allgemeinen Teil vermisst ich einen nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen den Untersuchungsgängen und den zu erhebenden Messgrößen. Ich hätte mir auch eine elegantere Zuordnung der theoretischen Messgrößen zu den im speziellen Teil folgenden, praktischen Beispielen gewünscht. Insgesamt ist das Buch praxisrelevant und mit einem für die Klinik völlig ausreichenden Tiefgang. Die Inhalte sind kurz und verständlich, gleichzeitig bemühen sich die Autoren

jederzeit auf dem aktuellen Stand der Erkenntnisse zu sein. So wird beispielsweise die inspiratorische Kapazität (IC) und ihr Verhältnis zur TLC als prädiktiver COPD-Marker gewürdigt – eine Empfehlung, die seitens der Fachgesellschaften keine zwei Jahr alt ist. Schön sind auch die mit Ausrufezeichen versehenen Zusammenfassungen und die folgenden Anmerkungen der Autoren, abgesetzt in blauer Schrift. Die Graphiken sind zweifarbig und stehen entweder als klinische Dokumentationen in einem direkten Kontext zu einem vorangegangenen Fallbeispiel oder sie fungieren als Übersichtsgraphik und sind in ihrer klaren Einfachheit Einstiegshilfe in ein Kapitel oder seine Zusammenfassung. Die Tabellen sind einfach, aussagekräftig und wirkungsvoll. Sie stehen zumeist am Ende eines Kapitels und sind eine Visualisierungshilfe für Grenzwerte und Schweregradeinteilungen.

Fazit: Das vorliegende Buch ist ein echtes Arbeitsbuch und orientiert sich in seiner Aktualität an den Empfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften. Für einen Pneumologen in der Ausbildung ist es ebenso empfehlenswert, wie für den erfahrenen Internisten mit der Zusatzbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde/Allergologie.

Dr. med. Axel Mädlich

Dr. Mädlich ist Facharzt für Innere Medizin und angehender Lungenfacharzt. Er lebt in Kühlungsborn.

Neuer EBM

Trotz Pauschalen bleibt Abrechnungs-Know-how wichtig – Gebühren-Handbuch hilft bei Umsetzung

Es ist beschlossene Sache: Der neue EBM kommt zum 1. Januar 2008 – und trotz der je nach Zugehörigkeit zur haus- oder fachärztlichen Ebene unterschiedlich weit gehenden Pauschalierung braucht der Internist weiterhin detailliertes Abrechnungs-Know-how. Das Hausarzt-Kapitel des neuen EBM 2008 wird völlig umgekrempelt. Zwar sind Pauschalen Trumpf. Doch es gibt weiterhin Sonderregelungen zum Beispiel für den Vertretungs- und Überweisungsfall oder für Patientenkontakte zur Zeit sowie diverse Abrechnungsaus-schlüsse zwischen verschiedenen Pauschalen und Zuschlägen. Etliche Leistungen bleiben zudem auch für Hausärzte einzeln abrechenbar und es ändert sich bei den allgemein zugänglichen Leistungen wie den Notfalldiensten vieles. Fachärzte rechnen nach ersten wenigen Grund- und Zusatzpauschalen ab und behalten vorerst einen größeren Anteil an Einzelleistungsvergütung. Klar, dass hier Abrechnungs-Know-how wichtig ist. Die allgemeinen Bestimmungen des EBM sind noch komplizierter geworden. Dies liegt unter anderem daran, dass die Abrechnungsbestimmungen an die durch das Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) geschaffenen Möglichkeiten – wie die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft, die Zweigpraxis, die auch fachfremde Anstellung von Kollegen und die Niederlassung mit halber Zulassung z. B. neben der Klinik-tätigkeit – angepasst wurden.

So gibt es neue die Abrechnungs-möglichkeiten regulierende orgaben wie den Arztfall oder den Betriebs-stättenfall. Punktgenau mit dem neuen EBM steht auch das neue Gebühren-Handbuch aus dem Verlag der Medical Tribune als erstklas-sige Umsetzungshilfe zur Verfü-gung. Die Stärke dieses EBM-Kommentars liegt unter anderem darin, dass die Fachautoren die kompli-zierten Legenden und Präambeln in sofort erfassbare Piktogramme „übersetzen“. Auch die Privatgebüh-renordnung GOÄ ist enthalten. Hier hat sich am Regelwerk zwar nichts geändert. Doch die Kommentierun-gen wurden überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Bei der EBM-Reform 2005 vertrau-ten über 25 000 Kollegen auf den seit 20 Jahren bewährten Kommen-tar. Autoren sind seit 20 Jahren neben verschiedenen wechselnden Co-Autoren die Wiesbadener Fach-anwälte für Medizinrecht Stefanie Pranschke-Schade und Maximilian Guido Broglie. Das neue Gebühren-Handbuch wird im Dezember 2007 ausgeliefert. Es kann bestellt werden bei der Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Abo-Service, Postfach 42 40, 65032 Wiesbaden Per Fax: 06 11/97 46-228 E-Mail: abo-service@medical-tribune.de; Internet: www.arzt.medical-tribune.de Das Buch (ISBN-Nr.: 978-3-938748-11-4) kostet 62,- € zzgl. 5,- € Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.



K. Seitz, A. Schuler, G. Rettenmaier
Klinische Sonographie und sonogra-phische Differenzialdiagnose
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007
 1300 Seiten, 3000 Abb., 2 Bände
 299,95 €

Sonographie XXL

„Klinische Sonographie und sonogra-phische Differenzialdiagnose“ von Seitz et. al. erscheint erst 16 Jahre nach der Erstauflage in einer zweiten, komplett neu bearbeiteten Auflage – ein Zeichen, dass das Werk schon damals zukunftsweisend angelegt worden war. Wer die zwei schweren Bände mit insgesamt über 1300 Seiten in Händen hält, freut sich zuerst über die hochwertige Ausstattung der Bücher, die das Blättern für den

Bücherliebhaber zum fast sinnlichen Vergnügen macht. Dabei stellt man eine wahrhaft opulente Bebilderung bester Qualität fest – es gibt wohl kaum ein sonographisches Phänomen, das hier nicht zur Darstellung kommt. Die Texte finden sich – optisch sehr klar in kurze, gut lesbare Abschnitte gegliedert – mit den Bildbeispielen zu einem logischen Ganzen aus einem Guss zusammen. Sprachlich gefällt die kurze, prägnante und fast überall sehr gut verständliche und damit schnell erfassbare Aus-drucksweise, die trotz der hohen Anzahl verschiedener Autoren in fast allen Kapiteln durchgehalten wird, ergänzt durch verlagsüblich klar und übersichtlich gestaltete Tabellen, Dia-gramme und Schemazeichnungen. Das Werk ist in große Organkapitel – also anatomisch – gegliedert; die jeweiligen Unterkapitel sind überwie-gend nach Krankheitsentitäten geord-net. Sonderkapitel gibt es z. B. über transplantierte Organe, Tumorstaging und sonographisch gezielte Punktionen. Die Gelenk- und Weichteilsone-graphie wird – der internistischen Perspektive entsprechend – eher gestreift, Gefäßdiagnostik nur im Bauch und den Extremitäten abgehan-delt, die zerebralen Gefäße bleiben ausgespart. Ansonsten fehlt bis hin zur Endosone-graphie und zum endobronchialen Ultraschall wirklich nichts, was in den

Zuständigkeitsbereich des Werkes fal-len könnte. Dank gut strukturierten Aufbaus und wegweisender graphischer Gestaltung findet man trotz des immensen Umfangs relativ schnell, was man sucht. Eine Besonderheit ist der „Critical Comment“ am Ende jedes Unter-kapitels, der eine kommentierende Zusammenfassung gibt und damit den Blickwinkel des Leser nochmals erweitert. Einzige Anregung meiner-seits wäre eine CD mit bildschirmfü-lgenden Originalbilddateien beizulegen – obwohl die Abbildungen drucktech-nisch optimal sind, kennt jeder Klini-ker das Manko selbst guter Prints und wird sich einen Befund im Zweifelsfall lieber noch einmal „live“ am Bild-schirm ansehen.

Fazit: Ein umfassendes Bild- und Stan-dardwerk der Sonographie, das jedem sonographierenden Arzt als ideales Nachschlagewerk dienen wird, dem fortgeschrittenen Anwender auch als Lehrbuch zur „Meisterschule“ – bei hohem, aber angemessenem Preis.

Dr. Peter Pommer



Dr. Pommer ist Inter-nist, Pneumologe und stellv. Leiter des Gesundheitszentrums Oberammergau, einer Rehaklinik für Kardiologie und Pneumologie.

Neu im Buchregal

Robert A. Meyers (Hrsg.)
Immunology - From Cell Biology to Disease
 Wiley-VCH, Weinheim 2007
 435 Seiten, 189,- €

Andrea Frodl
Management-Lexikon für Mediziner
 Schattauer Verlag, Stuttgart 2007
 429 Seiten, 69,- €

G. Ollenschläger et al. (Hrsg.)
Kompodium evidenzbasierte Medizin – Clinical Evidence Concise
 Verlag Hans Huber, Bern 2007
 1319 Seiten, 59,95 €



DRG-System

Was ist 2008 neu?

(Teil 2: OPS Katalog)

Wie bereits in den letzten Jahren erfolgten auch für das Jahr 2008 zum Teil umfangreiche Änderungen im DRG-System. In BDI aktuell 12/07 konnten Sie bereits mehr über die Neuerungen bei den Deutschen Kodierrichtlinien und dem ICD erfahren. Im zweiten Teil des Artikels lesen Sie nun alles Wissenswerte über die Änderungen im OPS-Katalog.

Der erweiterte nicht amtliche OPS-Katalog soll nach Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit und des DIMDI zukünftig abgeschafft werden. Für das Jahr 2008 wurden das Kapitel 1 und das Kapitel 8 überarbeitet, die Überarbeitung des Kapitels 3 soll erst für den OPS 2009 erfolgen. Von den 459 nicht amtlichen OPS-Kodes aus dem Jahr 2007 bleiben im Kapitel 3 Bildgebende Diagnostik insgesamt 226 erhalten, nur einer im Kapitel 1 Diagnostische Maßnahmen (OPS-Kode 1-772 Sturzrisikoassessment und Sturzevaluation) und im Kapitel 8 Nichtoperative Maßnahmen 10 Kodes. Die nicht amtlichen Kodes waren bisher nicht DRG-relevant. Eine detaillierte Aufstellung der in den amtlichen Katalog übernommenen Kodes findet sich in der Einleitung des Katalogs OPS 2008.

Insgesamt erfuhr der OPS-Katalog 2008 umfangreiche Änderungen. Das Kapitel 6 Medikamente wurde aus Kapazitätsgründen neu eingeführt. Im Bereich der kardiologischen Maßnahmen kam es ebenfalls zu umfangreichen Ergänzungen, um die Verschlüsselung von Lokalisations- und Materialangaben zu ermöglichen. Für das Jahr 2008 kommt es damit zu einer Zunahme der für das DRG-System gültigen Kodes. Aufgrund der umfangreichen Änderungen wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

Kapitel 1 Diagnostische Maßnahmen

Wie auch im Kapitel 8 wurden die nicht amtlichen Kodes entweder ersatzlos gestrichen oder aber in den amtlichen Katalog aufgenommen. Dazu wurden Inklusiva und Exklusiva geschaffen sowie zusätzliche Kodes bzw. die nicht amtlichen Kodes in bereits vorhandene Schlüssel überführt. Als Beispiel ist der OPS-Kode 1-334 Urodynamische Untersuchung als bereits 2007 bestehender Schlüssel zu nennen, der jetzt neu unter dem Inklusivum Uroflowmetrie, Druck- und Flussmessung, Video-Urodynamik, Langzeit-Urodynamik die gestrichenen 6 nicht amtlichen Kodes beinhaltet. Der nicht amtliche Code 1-209 Komplexe Diagnostik bei Spina bifida, 1-76 Metabolische Funktionsuntersuchung, 1-77 Geriatrische Funktionsuntersuchung und 1-90 Psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung wurde vollständig, zum Teil mit Ergänzungen und weiter differenzierten Schlüsseln, in den amtlichen Katalog übernommen.

Kapitel 3 Bildgebende Diagnostik

In diesem Kapitel blieben insgesamt 226 nicht amtliche Kodes unverändert stehen.

Unter dem OPS-Kode 3-05 Endosonographie wurde neu eingefügt der Code 3-05g Endosonographie des Herzens, worunter an fünfter Stelle differenziert der Intravaskuläre Ultraschall der Koronargefäße, die Intrakoronare Flussmessung und die Intrakardiale Echokardiographie verschlüsselt werden können. Neu auch unter 3-224 Computertomographie des Herzens mit Kontrastmitteln die Möglichkeit der differenzierten Verschlüsselung der Untersuchung in Ruhe, unter physischer Belastung oder unter pharmakologischer Belastung. Analog wurde unter 3-824 Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel verfahren.

Kapitel 5 Operationen

Im Kapitel 5 Operationen wurden umfangreiche Änderungen und Ergänzungen durchgeführt, deren detaillierte Darstellung den Rahmen des Artikels sprengen würde. Die wichtigsten Punkte werden zusammengefasst.

Unter dem Code 5-10 Operationen an den Augenmuskeln wurden die Schlüssel zur differenzierten Darstellung der Lokalisation, bisher im nicht amtlichen Katalog enthalten, ersatzlos gestrichen.

Unter 5-77a Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepitheesen wurden neu nach der Lokalisation differenzierte Kodes bei der Prozedur 5-77a.0 Einführung der Implantate eingefügt, aber als nicht amtliche Kodes unter den Prozeduren Entfernung der Implantate bzw. Freilegung der Implantate gestrichen.

Unter dem Code 5-29 Operationen am Pharynx wurden neue Kodes eingeführt, um die Partielle Resektion des Pharynx (Pharynxteilresektion) OPS-Kode 5-295 bzw. die Radikale Resektion des Pharynx (Pharyngektomie) OPS-Kode 5-296, von der alleinigen Pharyngoplastik ohne Resektion des Pharynx 5-293 abgrenzen zu können. Unter den neuen Schlüsseln kann die Art der Resektion und der Zugang weiter differenziert werden.

Die operativen Prozeduren am Larynx und Pharynx werden durch den Hinweis ergänzt, dass eine durchgeführte Neck dissection gesondert zu kodieren ist (5-403).

Auch unter 5-303 Laryngektomie besteht jetzt neu die Möglichkeit, die Art der Rekonstruktion zu verschlüsseln.

Unter dem Code 5-322 atypische Lungenresektion können unter den jeweils durchgeführten Maßnahmen, die an 5. Stelle zu verschlüsseln sind, neu an 6. Stelle die Anzahl der Läsionen und der Umfang der Lymphadenektomie verschlüsselt werden.

Umfangreiche Änderungen erfolgten auch im Abschnitt 5-37 Rhythmuschi-

urgie und andere Operationen an Herz und Perikard.

Unter 5-376 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch konnte bisher an 5. Stelle die Art des herzunterstützenden Systems verschlüsselt werden. Neu ist die zusätzliche Kodierungsmöglichkeit an 6. Stelle für Implantation bzw. Entfernung bzw. Wechsel. Der Code 5-377.e Verwendung von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser wurde gestrichen und zum Teil in den neuen Code 5-377.f Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Messfunktion überführt. Die Messfunktion für das Lungenwasser und für die nichtinvasive Messung des rechtsventrikulären Druckes kann zusätzlich verschlüsselt werden.

Unter dem Code 5-378 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators wurde der Hinweis eingefügt, dass Sondenentfernungen mit Laser und Sondenentfernungen mit sonstiger technischer Unterstützung gesondert zu kodieren sind (5-378.a ff).

Der OPS-Kode 5-380 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen wird an der 5. Stelle entsprechend der Region für den proximalen Anschluss und neu an der 6. Stelle mit dem jeweiligen Code für die Gefäßprothese kodiert. Die Liste der Lokalisationsangaben unter 5-38 Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen gilt damit nicht mehr für den Code 5-380. Der Grund dafür sind Textmodifizierungen der Kodes.

Die Kodes 5-399.9 Anwendung eines Nahtsystems bzw. 5-399.a Verschluss eines Stichkanals mit Kollagen wurden gestrichen und in den neuen Code 8-83b.c überführt.

Die Operationen am Lymphgewebe 5-40 erhielten umfangreiche Ergänzungen und Hinweise. Neu ist, dass bei den jeweiligen Eingriffen nicht nur die Lokalisation mediastinal sondern jetzt auch peribronchial gesondert verschlüsselt werden kann. Der Hinweis, dass zu den mediastinalen Lymphknoten die tracheobronchialen, subkarinalen, paratrachealen, paraösophagealen sowie die Lymphknoten im Ligamentum pulmonale gehören wie auch der Hinweis, dass zu den peribronchialen Lymphknoten die intersegmentalen, intralobären, interlobären und hilären Lymphknoten gehören, wurde eingefügt. Neu kann auch die Art des Zugangs verschlüsselt werden, offen chirurgisch bzw. thorakoskopisch.

Unter dem Code 5-410 Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation wurde neu der Code

5-410.2 Art der In-vitro-Aufbereitung aufgenommen. Dieser Code ist ein Zusatzcode, der von der Klinik für den ihr entstandenen Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung zu verschlüsseln ist. An der 6. Stelle kann die Positivanreicherung bzw. Depletion oder sonstige kodiert werden.

Unter 5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark wurde konsequenterweise der Hinweis aufgenommen, dass die In-vitro-Aufbereitung der Stammzellen nur von der Klinik gesondert zu kodieren ist, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung entstanden ist (5-410.2 ff.). Unter den Codes 5-411 an 5. Stelle 0, 2, 3, 4 oder 5 wurde die an 6. Stelle mögliche Verschlüsselung mit dem Text „In-vitro-Aufbereitung“ gestrichen und durch einen neuen Code „Nach In-vitro-Aufbereitung“ ersetzt. Somit wird bei der Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark und peripheren Blut zur Transplantation der Aufwand der In-vitro-Aufbereitung verschlüsselt, bei der Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark nur ob diese vorliegt oder nicht. Analog dazu wurde unter 8-805 Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen ebenfalls der Hinweis aufgenommen, dass die In-vitro-Aufbereitung der Stammzellen von der Klinik gesondert zu kodieren ist, bei der der Aufwand für die In-vitro-Aufbereitung entstanden ist (5-410.2 ff.). Konsequenterweise wurde auch unter 8-805 5. Stelle 0, 2, 3, 4, 5 bzw. 6, die Möglichkeit „Mit In-vitro-Aufbereitung“ an der 6. Stelle zu verschlüsseln gestrichen und durch einen neuen Code „Nach In-vitro-Aufbereitung“ ersetzt.

Bei den abdominalen OPs (5-41 Operationen an Milz und Knochenmark, 5-43 Inzision, Exzision und Resektion am Magen, 5-44 erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen, 5-45 Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm, 5-46 andere Operationen an Dünn- und Dickdarm, 5-52 Operationen am Pankreas, 5-53 Verschluss abdominaler Hernien, 5-56 Operationen am Ureter) kann jetzt neu differenziert verschlüsselt werden, ob der Eingriff offen chirurgisch oder laparoskopisch erfolgte, oder ob ein Umsteigen von laparoskopisch nach offen chirurgisch notwendig wurde. Bei einzelnen Kodes wurden OP-Techniken als zusätzliche Kodierungsmöglichkeit aufgenommen. Unter 5-501 lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion) wird neu der Hinweis aufgenommen, dass das bildgebende Verfahren im Code enthalten ist. Bei den Operationen an Gallenblase und Gallenwegen (5-51) wurde bei einzelnen Schlüsseln das Inklusivum: Einlage einer Gallengangs-/T-Drainage (bei Gallengangsrevision) eingefügt.

Die OPS-Kodes 5-78 Operationen an anderen Knochen und 5-79 Reposition von Fraktur und Luxation sollten mit dem Hinweis versehen werden, dass bei Kombinationen von Osteosynthe-

sematerialien während eines Eingriffes im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) alle Komponenten einzeln zu kodieren sind. Damit hätten im stationären Bereich die Kodes, die Materialkombinationen abbilden, nicht mehr gegolten. Da diese Kodes jedoch bei ambulanten OP's bzw. bei ambulanten Leistungen, die nach dem EBM abgerechnet werden, ebenfalls genutzt werden und eine Überarbeitung des EBM bis zum Januar 2008 nicht realisierbar war, sollten die genannten Kodes nicht gestrichen werden.

Erfreulicherweise hat man sich dazu entschlossen, dieses Verfahren für 2008 nicht anzuwenden. Somit bleibt die Gestaltung und Darstellung der Codes 5-78 und 5-79 im Jahr 2008 unverändert zu 2007.

Unter 5-808 Arthrodesen kann jetzt zusätzlich die Art der OP bzw. die Lokalisation verschlüsselt werden. Die OPS-Kodes unter 5-82 endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz können jetzt weiter differenziert werden nach Art und Anzahl der Prothese, nach Art des Eingriffes und nach der Lokalisation.

Unter 5-828.0 Implantation eines Knochenersatzes wurde neu der Hinweis aufgenommen, dass hier der erste Operationsschritt im Rahmen der Implantation einer Endo-Exo-Prothese zu kodieren ist. Das Einbringen des Konnektors für eine Endo-Exo-Prothese (zweiter Operationsschritt) ist unter 5-869.3 zu kodieren. Konsequenterweise wurde unter 5-869.3 der Hinweis angebracht, dass hier der zweite Operationsschritt im Rahmen der Implantation einer Endo-Exo-Prothese zu kodieren ist, der erste Operationsschritt unter 5-828.0

Die weitere Differenzierung des Codes 5-838 andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (z. B. bei Skoliose) bzw. 5-839 andere Operationen an der Wirbelsäule mit der 6. Stelle bzw. mit neu hinzugefügten Schlüsseln erlaubt zukünftig die differenzierte Verschlüsselung der Art der OP, der Lokalisation, der Ausdehnung der OP bzw. die Anzahl der verwendeten Klammern oder Implantate.

Der Code 5-860 bzw. 5-861 Replantation obere bzw. untere Extremität wurde jeweils mit dem umfangreichen Hinweis versehen, dass der Code nur dann anzugeben ist, wenn mindestens die folgenden Verfahren durchgeführt wurden: Eine Osteosynthese/Arthrodesen, zwei Gefäßnahte, davon mindestens eine Arteriennaht, eine Nervennaht, eine Sehennaht, und dass alle durchgeführten eben genannten Maßnahmen im Code enthalten sind. Die Deckung eines Weichteildefektes bzw. die Transplantation von Gefäßen, Nerven oder Knochen ist gesondert zu kodieren.

Der Code 5-893 großflächige chirurgische Wundtoilette..., mit Anwendung biochirurgischer Verfahren wurde einschließlich dem Inklusivum: Anwendung von Fliegenmaden aus dem nicht amtlichen Katalog herausgenommen und ist ab 2008 somit ein amtlicher Code.

Kapitel 6 Medikamente

Der OPS-Katalog enthält 2008 neu das Kapitel 6 Medikamente. Aufgrund der jährlich notwendig werdenden Anpassungen und Ergänzungen und der Anzahl der differenzierten Codes für die Dosisangaben waren im Kapitel 8 Nichtoperative therapeutische Maßnahmen keine weiteren Anpassungen innerhalb der genannten Klassifikation mehr möglich. Die Codes 8-012 bis 8-014 wurden gestrichen und modifiziert im Kapitel 6 neu angelegt. Unter 6-001.6 *Rituximab, parenteral* wurde die Möglichkeit der dosisabhängigen Kodierung weiter differenziert. Unter 6-003.0 *Posaconazol, oral*, 6-003.4 *Diboterin alfa, Implantation am Knochen*, 6-003.5 *Epotermin alfa, Implantation am Knochen* besteht neu die Möglichkeit dosisabhängig differenziert zu kodieren. Komplett neu aufgenommen unter 6-003 *Applikation von Medikamenten Liste 3*, wurden die Medikamente Sunitinib oral, Sorafenib oral, Ranibizumab intravitreal und Pegatanib intravitreal, Nelarabin parenteral, Natalizumab parenteral, Lenalidomid oral, Eculizumab parenteral, Clofarabin parenteral, Anidulafungin parenteral, Abatacept parenteral, nicht pegylierte Asparaginase parenteral, pegylierte Asparaginase parenteral und Dextrazoxan, parenteral, zu kodieren an der 5. Stelle mit einem Buchstaben. Neu hinzugekommen ist die auch Behandlung mit *Botulinumtoxin 6-003.8 (exklusive kosmetische Behandlung)* und die *Surfactantgabe bei Neugeborenen (6-003.9)* inklusiv *Surfactantgabe bei schweren neonatologischen Atemstörungen*. Die beiden Codes waren bisher nicht amtliche Codes aus dem Kapitel 8.

Kapitel 8 Nichtoperative therapeutische Maßnahmen

Im Kapitel 8 verblieben 10 nicht amtliche Codes, die übrigen wurden gestrichen bzw. in neue Codes übergeführt oder als amtliche Codes etabliert. Unter 8-800 erhielt die Verschlüsselung der Anzahl der *Thrombozytenkonzentrate* an 5. Stelle den Buchstaben a und wurde neu und übersichtlich konfiguriert. 8-810.u *Human-Immunglobulin, polyvalent* wurde gestrichen und unter 8-810.v ebenfalls neu konfiguriert. Unter 8-812 *Transfusion von anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen* kann jetzt unter 8-812.3 *Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral* bzw. 8-812.4 *Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral* kodiert werden. Unter dem OPS-Code 8-12 *Manipulationen am Verdauungstrakt* können jetzt durch neu geschaffene Schlüssel die Anlage und der Wechsel einer *duodenalen oder jejunalen Ernährungs-sonde* bzw. *das endoskopische Einlegen und Entfernen eines Magenballons* verschlüsselt werden. Die Überprüfung der Sondenlage durch ein bildgebendes Verfahren ist im Code 8-125 *Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungs-sonde* enthalten sowie eine gleichzeitig durchgeführte diagnostische Ösophagogastrode-

noskopie im Code 8-127 *endoskopisches Einlegen und Entfernen eines Magenballons*.

Unter dem Schlüssel 8-390 *Lagerungsbehandlung* wurde das Exklusivum: Lagerung auf einer Antidekubitusmatratze aufgenommen. In 8-390.0 *Lagerung im Spezialbett* ist neu die Lagerung im Rotations- oder Sandwichbett bzw. im programmierbaren elektrischen Schweregewichtigenbett enthalten. Neu geschaffen wurden die Schlüssel 8-390.5 *Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe* und 8-390.6 *Lagerung im Spezialweichlagerungsbett für Schwerstbrandverletzte*. Im Abschnitt 8-52 *Strahlentherapie* wurden neue Schlüssel eingeführt um die Art der Bestrahlung, die Anzahl der Bestrahlungsfelder und die Einstellung (bild- oder nicht bildgestützt) verschlüsseln zu können. Die Codes 8-528 *Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie* bzw. 8-529 *Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie* wurden gestrafft.

Die Beispiellisten der Codes 8-542 *nicht komplexe Chemotherapie*, 8-543 *mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* und 8-544 *hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* wurden aktualisiert. Die jeweils aktuelle Version findet sich weiterhin im Internet unter www.dimdi.de, Klassifikationen, Prozeduren, OPS.

Im Abschnitt 8-835 *ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* wurden die Codes 8-835.5 *Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren* und 8-835.6 *Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, rein anatomischer Mappingverfahren* mit Lokalisationsangaben in den Code 8-835.7 *Ablation mit Hilfe dreidimensionaler Mappingverfahren* überführt. Neu ist auch die Möglichkeit der Kodierung der Lokalisation bei den übrigen Ablationsverfahren. Der Abschnitt 8-83b *Zusatzinformationen zu Materialien* wurde umgestaltet. Neu ist 2008 der Hinweis bei 8-83b.0 *Art der medikamentenfreisetzung Stents*, dass diese Zusatzinformation für jeden implantierten Stent anzugeben ist. Der bereits bestehenden Liste wurde der *Pimecrolimus-freisetzende Stent mit biologisch abbaubarem Polymer* hinzugefügt. Die Listen der verwendeten Materialien wurden auch unter 8-83b.1 *Art der Partikel zur selektiven Embolisierung*, 8-83b.2 *Art der Flüssigkeiten zur selektiven Embolisierung*, 8-83b.3 *Art der Metallspiralen zur selektiven Embolisierung* erweitert. Unter dem Schlüssel 8-83b.b kann die Art der verwendeten Ballons der Prozedur *Angioplastie 8-837.0* neu verschlüsselt werden. Ein entsprechender Hinweis wurde unter dem genannten Code aufgeführt.

Der im Kapitel 5 gestrichene Code 5-399.9 bzw. 5-399.a *Anwendung eines Nahtsystems bzw. Verschluss eines Stichkanals mit Kollagen* wurde in den Code 8-83b.c *Verwendung eines Gefäßverschlussystems* mit dem Hinweis übergeführt, dass die Verwendung eines Verschlussystems bei diagnostischen oder interventionellen Einsatz

eines Kathetersystems gesondert zu kodieren ist.

Ab 2008 können Drahtsysteme gesondert kodiert werden und finden sich unter 8-83b.a *Verwendung von Drahtsystem zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse*. Unter 8-836 *perkutan-transluminale Gefäßintervention* wurde ein entsprechender Hinweis angebracht. Die Verwendung *flexibler intrakranieller Aspirationsmikrokathetersysteme* kann ebenfalls neu unter 8-83b.d kodiert werden. Der entsprechende Hinweis findet sich unter 8-836.8 *Thrombektomie* im Abschnitt perkutan-transluminale Gefäßinterventionen.

Unter 8-837 *perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen* wurde neu der Code 8-837.w *Einlegen eines beschichteten Stents*, differenziert nach Menge der Stents, aufgenommen.

In Abgrenzung zur 8-83 *Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße* mit den Codes 8-836 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention*, 8-837 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen*, 8-838 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufs*, 8-839 *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz- und Blutgefäße* bzw. 8-83c *Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention* wurde jetzt neu der Code 8-84 *Perkutan-transluminale Stentimplantation* mit den eben genannten Codes als Exklusiva angelegt. Ein weiteres Exklusivum ist die *endovaskuläre Implantation von Stentprothesen (5-38a)*. Mit den bis zur 6. Stelle differenzierten Codes können neu die Art und Anzahl der Stents und deren Lokalisation verschlüsselt werden. Konsequenterweise wurden deshalb die Codes für die Verschlüsselung der Art und Lokalisation der Stents unter 8-83c *Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention* und unter 8-836 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention* gestrichen.

Bedauerlicherweise wurden die genannten Exklusiva unter 8-84 *Perkutan-transluminale Stentimplantation* umformuliert. Das Wort „Gefäßintervention“ wurde durch „Stentimplantation“ ersetzt, sodass primär die Verwirrung vollständig ist. Die Codes für die koronare bzw. pulmonale Gefäßintervention beinhalten aber auch weiterhin das Stenting an diesen Organen. Unter 8-83a *Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System* kann bis zur 6. Stelle des Codes die *Dauer einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung* verschlüsselt werden.

Die Textformulierung des Codes 8-90 wurde von *Allgemeinanästhesie in Anästhesie* geändert. Es folgt der Hinweis, dass eine Analgesiedierung beim Erwachsenen nicht zu kodieren ist. Entsprechend wurde das Exklusivum: Analgesiedierung unter 8-900 *intravenöse Anästhesie* eingefügt. Neu wurde der Code 8-903 *Analgesiedierung für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres* geschaffen.

Der Code 8-925 *Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring* kann neu bis zur 6. Stelle nach Zeitdauer und

nach der Art des Monitorings bzw. Anzahl der Elektroden verschlüsselt werden.

Unter 8-97 *multimodale Komplexbehandlung* wurde der Code 8-97d *multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* mit Hinweisen (Mindestmerkmale) und der Kodierungsmöglichkeit nach Dauer der Behandlungstage neu eingefügt.

Der Code 8-981 *neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* wurde durch das Exklusivum: andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.) ergänzt.

Das Mindestmerkmal des Codes 8-983 *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung* wurde modifiziert. Es wird weiterhin ein Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung gefordert, allerdings statt wie bisher ein Facharzt für Rheumatologie neu ein Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie oder ein Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie.

Der OPS-Code 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)* erfuhr dahingehend eine Modifikation, dass die unter den Mindestmerkmalen aufgeführte 2. Liste jetzt nur mehr eine Beispielliste ist („dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen zum Beispiel:“).

Neu eingeführt wurde der Code *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (8-98c)*. Dieser Code gilt für kleine Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage und schwerer als 2 500 g sind bis unterhalb des vollendeten 14. Lebensjahres. Bei den Mindestmerkmalen wird Wert auf die Behandlung durch eine auf intensivpflichtige Kinder spezialisierte Einheit unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische Intensivmedizin) gelegt, wobei bei diesem Komplexcode auch die Stellvertretung geregelt ist. Die Übergangsregelung bis zum Jahresende 2009 wurde festgelegt. Des Weiteren wird eine kontinuierliche 24-stündige Überwachung (Monitoring von mindestens folgenden Parametern: Herzfrequenz, EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Urinausscheidung) und eine akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen, gefordert. Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Dienstleistungen bzw. Konsiliardienste in der eigenen Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger maximal 30-minütiger Einsatzbereitschaft müssen in folgenden Bereichen zur Verfügung stehen: Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Kinderradiologie mit Computertomographie, Neuropädiatrie, Labor- und Mikrobiologie. Ergänzt werden die Mindestmerkmale durch den

Anspruch einer 24-Stunden Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabor Diagnostik. Der Code ist weiter differenziert nach der Dauer der Behandlung. Neu eingeführt wurde der Code 8-99 *Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen* mit dem Schlüssel 8-990 *Anwendung eines Navigationssystems*. Die Schlüssel finden sich unter dem Abschnitt *Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen (8-99...8-99)* mit dem Hinweis, dass die folgenden Positionen ausschließlich zur Kodierung für Zusatzinformationen zu nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen zu benutzen sind, sofern diese nicht schon im Code selbst enthalten sind. Sie dürfen nicht selbstständig benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig.

Kapitel 9 Ergänzende Maßnahmen

Unter dem Code 9-412 *Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst* wurden Mindestmerkmale eingeführt. Gefordert wird eine Behandlung im Liaisondienst durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebiets- und Bereichsbezeichnung Innere Medizin bzw. andere Fachärzte und Psychotherapie, sowie eine biographisch und verhaltensanalytisch fundierte Anamnese und die Anwendung folgender Verfahren in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, psychoedukative Verfahren, Entspannung- oder imaginative Verfahren, psychologische Testdiagnostik, sozialpädagogische Beratung, Ergotherapie, Musik- oder Kunsttherapie, supportive teambezogene Intervention, Balintgruppen/Supervision). Der Code ist differenziert nach der Zeitdauer der Anwendung.

Neu eingeführt wurde der Abschnitt *Andere ergänzende Maßnahmen (9-99...9-99)* mit dem Code 9-99 *Obduktion*, worunter der Code 9-990 *Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung* aufgeführt ist mit dem Hinweis, dass hier nur Obduktionen zu dokumentieren sind, die nicht von einem Gericht oder einem Gesundheitsamt oder einer Versicherung angefordert wurden.

Dr. med. Christine Kopf-Schiller,
Dr. med. Martin Zeuner,
Dr. med. Michael Kulzer

Dr. Christine Kopf-Schiller ist im MDK Bayern im Ressort Gesundheitssystemforschung, Kommunikation, Öffentlichkeit – Team für Sonderaufgaben – tätig. Dr. Martin Zeuner leitet das Ressort Gesundheitssystemforschung, Kommunikation, Öffentlichkeit (GKÖ) beim MDK Bayern. Dr. Michael Kulzer ist Oberarzt in der Kardiologie und DRG-Beauftragter im Krankenhaus München Harlaching.

Morbus Fabry

Eine interdisziplinäre Herausforderung

Morbus Fabry (M. Fabry) ist eine X-chromosomal vererbte lysosomale Speichererkrankung. Bedingt durch eine Mutation des α -Galaktosidase-A-Gens (GAL) auf dem langen Arm des X-Chromosoms (Xq22) haben betroffene Patienten einen Mangel an dem lysosomalen Enzym α -Galaktosidase A. Das am Abbau von zellmembranständigen Glykosphingolipiden beteiligte Enzym katalysiert die Aufspaltung von Globotriaosylceramid (Gb3) in Galaktose sowie Laktosylceramid. Der Mangel an α -Galaktosidase A führt zu einer sukzessiven Akkumulation von Gb3 in multiplen Zellen, mit der Folge einer nachhaltigen Parenchym- und Funktionsschädigung der betroffenen Organsysteme.

Bislang ging man von einer Inzidenz des M. Fabry von 1:40000 bis 1:117 000 Lebendgeburten aus [12, 38]. Neuere Daten sprechen aber für ein häufigeres Auftreten, seit in einer Screeningstudie bei männlichen Neugeborenen eine Inzidenz der Erkrankung von 1:3100 ermittelt wurde [59]. Das Spektrum klinischer Symptome ist vielfältig und reicht von den im Kindes- und Jugendalter oft diagnostizierten Akroparästhesien, Hypohidrosis, Angiokeratomen und Hornhauttrübungen bis hin zu schweren pathologischen Veränderungen in Nieren, Herz, ZNS sowie anderen Organen im Erwachsenenalter (Tab. 1, Abb. 1).

M. Fabry Patienten leiden unter einer erhöhten Morbidität und Mortalität, und haben unbehindert eine verminderte Lebenserwartung (M: ca. 20 Jahre, F: ca. 15 Jahre) [36, 37]. Die Diagnose wird in erster Linie aufgrund der klinischen Symptome gestellt und durch einen laborchemischen Nachweis einer verminderten α -Galaktosidase-A-Aktivität im Blut sowie durch eine genetische Mutationsanalyse gesichert. Durch die Einführung einer Enzymersatztherapie (EET) ist seit 2001 eine kausale Behandlung des M. Fabry möglich. Nach heutigen Erkenntnissen bewirkt die EET eine Stabilisierung bzw. zum Teil sogar eine Verbesserung von Symptomen und Lebensqualität und hat zugleich das Potential, die Mortalität zu verringern. Um Organschäden zu verhindern bzw. zu mildern, ist eine frühe Diagnose und Behandlung erstrebenswert. Die 1898 erstmals von dem deutschen Dermatologen Johannes Fabry und dem britischen Dermatologen William Anderson unabhängig voneinander beschriebene Erkrankung wird auch als Anderson-Fabry-Erkrankung bezeichnet [1, 17].

Klinisches Erscheinungsbild

Die Diagnose ist durch die Vielfalt und Variabilität der potentiell betroffenen Organe und die relativ unspezifische Ausprägung der Symptome erschwert. Der Schweregrad klinischer Symptome variiert von Patient zu Patient und zum Teil sogar innerhalb derselben Familie. Bei Frauen manifestieren sich die Symptome verglichen mit Männern in der Regel zeitlich verzögert (Abb. 1).

● Hautveränderungen

Die Gb3-Ablagerungen in den Zellen verursachen als Angiokeratoma corporis diffusum bezeichnete, charakteristische violett-erhabene Hauteffloreszenzen (Abb. 2a). Diese häufig bereits im Kindesalter zur Diagnose führenden Effloreszenzen treten bei 83 % der Männer und 80 % der Frauen auf (Tab. 1, Abb. 1 und 2) [30, 41]. Die Angiokeratome werden aus kleinen Gefäßen in der oberen Dermis gebildet und sind durch Druck mit dem Glasspatel nicht zu verdrängen. Typischerweise manifestieren sich die Hautveränderungen symmetrisch unter Einbeziehung des Genitalbereiches zwischen Bauchnabel und Knie („Badehosenbereich“). Gelegentlich sind auch die Mundschleimhaut und die Konjunktiven betroffen.

● Akroparästhesien

Quälende, brennende Schmerzen an Händen und Füßen, die bis in die proximalen Extremitäten ausstrahlen können, sind ebenfalls charakteristische Frühsymptome des M. Fabry. Sie treten episodisch (schubweise) oder chronisch auf und können durch körperliche Anstrengung, Ermüdung, emotionalen Stress sowie schnelle Veränderungen von Temperatur- und Luftfeuchtigkeit ausgelöst werden [33]. Die schmerzhaften Krisen dauern einige Minuten bis mehrere Tage. Da

der Schmerz häufig mit leichtem Fieber einhergeht und im Labor eine Akut-Phase-Reaktion nachzuweisen ist, werden diese oft als Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis fehlgedeutet [56]. Mit zunehmendem Alter nehmen sowohl die Häufigkeit als auch die Schwere der Episoden ab [36, 37].

● Schweißsekretionsanomalien

M.-Fabry-Patienten berichten nahezu regelmäßig über An- oder Hypohidrosis, wobei die Prävalenz bei Männern höher ist als bei Frauen (70–93 % vs. 17–25 %) [45–47]. Eine Hyperhidrosis ist dagegen viel seltener und bei Frauen häufiger als bei Männern (14,5 % vs. 4,1 %) [31].

● Augen und Ohren

Corneale Gb3-Ablagerungen verursachen bei vielen Fabry-Patienten Augenveränderungen (Abb. 3). Diese als Cornea verticillata bezeichneten Veränderungen sind nur mit einer Spaltlampe erkennbar. Differentialdiagnostisch muss bedacht werden, dass Veränderungen nach lang andauernder Chloroquin- oder Amiodarontherapie von der Hornhautdystrophie bei M. Fabry nicht zu unterscheiden sind. Zusätzlich können vaskuläre Veränderungen der Konjunktiven und der Retina, sogenannte Tortuositas vasorum, sowie eine Linsentrübung im Sinne eines Katarakt auftreten [55, 60, 58].

Viele Fabry-Patienten leiden unter Hörverlust und Tinnitus, was die Lebensqualität sehr einschränken kann [36, 22]. Der Verlauf des Hörverlustes ist im Prinzip ähnlich wie bei der altersgleichen Normalbevölkerung, setzt jedoch bei M. Fabry viel früher ein und schreitet schneller voran. Eine Beobachtungsstudie fand eine Beteiligung aller Frequenzbereiche. Die Analyse von Worterkennung

und akustischen Reflexen legten eine hauptsächlich cochleare Beteiligung nahe. Ursache sind vermutlich ausgeprägte mikrovaskuläre Gb3-Ablagerungen, in den audiovestibulären Ganglien mit der Folge einer fortschreitenden peripheren Neuropathie.

kurzgefasst

Typische und häufige Fabry-Symptome in der Frühphase der Erkrankung sind Angiokeratome, Akroparästhesien, sowie Hypohidrosis. Fast pathognomonisch ist der Nachweis einer Cornea verticillata. Bei Frauen manifestieren sich die Symptome – verglichen mit Männern – in der Regel zeitlich verzögert

● Herz

Die mit steigendem Alter zunehmenden systemischen Gb3-Ablagerungen können eine kardiovaskuläre Schädigung verursachen. Eine initial oft beobachtete linksventrikuläre Hypertrophie kann im weiteren Verlauf zu einer Klappenbeteiligung (Mitralsuffizienz) und schließlich zu Reizleitungsstörungen führen [6, 21]. Mit Fortschreiten der Erkrankung können Patienten durch Angina pectoris, myokardiale Ischämien oder Infarkte sowie in der Folge durch Zunahme der Herzinsuffizienz weiter beeinträchtigt werden. Oft tritt eine arterielle Hypertonie hinzu, welche sich bei einer Beteiligung der Nierenparenchymgefäße manifestiert. Es sind aber auch bei beginnender Nephropathie tief normale Blutdruckwerte zu beobachten, was eine Therapie mit ACE-Hemmern oft erschwert. Obwohl die pathophysiologischen Mechanismen der myokardialen Störungen unklar sind, verliert das Myokard bedingt durch die progressive Fibrose der kontraktilen Zellen seine Architektur [27].

● Neurologische Manifestationen

Neurologische Manifestationen betreffen das periphere und zentrale Nervensystem (ZNS). Sie werden durch Zerebrovaskulopathien verursacht, die mit einer erhöhten Inzidenz von Schlaganfällen einhergehen [49]. Das Spektrum neurologischer Symptome ist breit und reicht von Schwindel, Übelkeit und Erbrechen, Nystagmus, Diplopie, Dysarthrie, unspezifische Kopfschmerzen, Ataxie und Hemiataxie, Dysmetrie [51] bis hin zu sehr selten vorkommenden zerebralen Blutungen [40]. Über das Auftreten von Psychosen und Demenz wurden ebenfalls berichtet [32, 39]. Mit Hilfe von

MRI-Techniken lassen sich in bestimmten Gehirnarealen von Fabry-Patienten so genannte „white matter lesions“ lokalisieren [20]. Im peripheren Nervensystem sind von den Gb3-Ablagerungen hauptsächlich kleine A- und C-Fasern betroffen, die vermutlich kausal für die neuropathischen Schmerzen (Akroparästhesien) sowie mit der Hypohidrose verbunden sind.

kurzgefasst

Eine initial oft beobachtete linksventrikuläre Hypertrophie kann im weiteren Verlauf zu einer Klappenbeteiligung (Mitralsuffizienz) und schließlich zu Reizleitungs- und Rhythmusstörungen führen. Mit fortschreitender Erkrankung können Patienten durch Angina pectoris sowie Infarkte schwere kardiale Komplikationen entwickeln. Neurologische Manifestationen betreffen das periphere und zentrale Nervensystem (ZNS) und gehen mit einer erhöhten Inzidenz von Schlaganfällen einher.

● Niere

Von den bereits im Kindes und Jugendalter auftretenden renalen Manifestationen sind sehr viele Frauen und praktisch alle Männer betroffen [62]. Interessanterweise scheint es sogar eine rein renale Form des M. Fabry zu geben [9]. Die intrazellulären Glykolipidablagerungen, führen in der Niere zu einer Parenchymschädigung mit nachfolgender Niereninsuffizienz. Bereits im Alter von 4–16 Jahren kann man die klassischen renalen Symptome, wie z.B. eine Mikroalbuminurie, Hyperfiltration sowie Gb3 im Urin nachweisen [13]. Eine Mikrohämaturie ist nicht immer nachweisbar. Mit fortschreitendem Alter nimmt die Nierenfunktion zunehmend ab, meist begleitet von einer progredienten Proteinurie, und führt unbehindert im Alter von 30 bis 50 Jahren zu einem terminalen Nierenversagen [57]. Histologisch (lichtmikroskopisch und elektronenmikroskopisch) findet man im Nierenbiopsat intrazelluläre Gb3-Anreicherungen hauptsächlich in endothelialen und epithelialen Glomeruluszellen (Abb. 4a, b). Podozyten sowie distale Tubuluszellen scheinen die höchste Konzentration von Gb3 aufzuweisen; beträchtliche Mengen wurden aber auch in vaskulären Endothelien, in glatten Muskelzellen, in mesangialen Zellen, in phagozytischen Zellen des renalen Kortex sowie in interstitiellen Fibroblasten

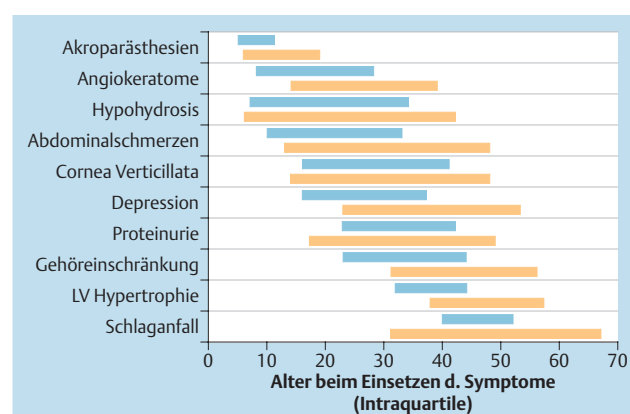


Abb. 1 Auftreten klinischer Symptome bei M. Fabry bezogen auf das Patientenalter. Blaue Balken: Frauen (n=84), Rote Balken: Männer (n=78). Quelle: [10].



Abb. 2 Angiokeratoma corporis diffusum, erhabene violett-farbene Haut-effloreszenzen, die oft an typischer Lokalisation (Extremitäten, Genitalbereich, periumbilikal) zu finden sind, bilden ein typisches klinisches Bild bei M. Fabry (mit freundlicher Genehmigung von Dr. med. T. Jansen, Universitäts-Hautklinik, Essen).

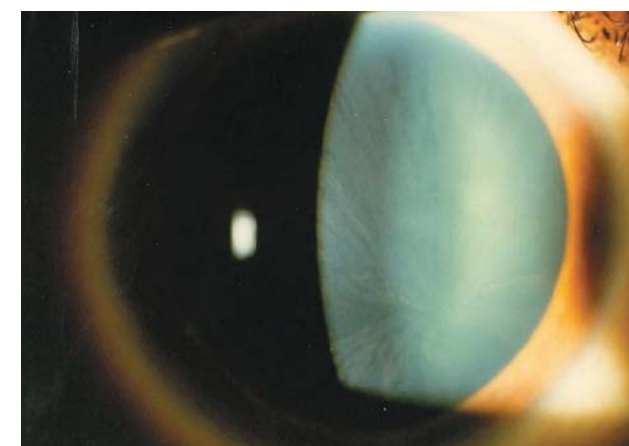


Abb. 3 Spaltlampenuntersuchung. Typische Augenveränderungen ist der Nachweis von cornea verticillata, wirbelförmige Gb3-Ablagerungen in der Hornhaut (mit freundlicher Genehmigung von Dr. med. A. Sodi, Universitätsaugenklinik Florenz, Italien).

gefunden [63]. Die podozytären Ablagerungen von Gb3 führen mit Fortschreiten der Erkrankung zu einer Fusion der Podozyten-Fussfortsätze und damit zu einer nachhaltigen Schädigung der glomerulären Filtrationsbarriere.

● Gastrointestinale Störungen

Gastrointestinale Beschwerden, wie z.B. Durchfall, Bauchschmerzen und Völlegefühl werden ebenfalls berichtet. Vermutlich werden diese Störungen durch Gb3-Anreicherungen in den intrinsischen Nervenzellen des Magen/Darmtraktes verursacht [44, 24]. In der Regel ist die Gastro- bzw. Koloskopie unauffällig. Eine gastrointestinale Symptomatik ging in einer Querschnittsstudie mit 25 Jungen mit M. Fabry nicht mit Beeinträchtigungen von Wachstum oder BMI einher [47].

● Neuropsychiatrische und psychosoziale Aspekte

M.-Fabry-Patienten haben ein erhöhtes Risiko für neuropsychiatrische Symptome wie Depressionen und neuropsychologische Störungen, welche durch die chronischen Schmerzattacken verstärkt werden können. Vermutlich führen die Shingolipid-Ablagerungen im Gefäßendothel des Gehirns zu regionalen zerebralen Ischämien, die wiederum neuropsychiatrische Symptome induzieren [43]. Auch Probleme im psychosozialen Bereich sind für die Patienten belastend. Kinder leiden oft darunter, dass sie aufgrund der klinischen Symptome nicht am Schulsport teilnehmen können und beim Spielen unter Gleichaltrigen benachteiligt sind. Werden die Beschwerden der Kinder von Medizinern sowie vom sozialen Umfeld nicht ernst genommen, wirkt sich dies zusätzlich seelisch belastend aus.

kurzgefasst

Die Nierenbeteiligung bei M. Fabry wird sehr häufig beobachtet und kann in die terminale Niereninsuffizienz führen. Im Verlauf der Erkrankung sind die klassischen Symptome wie Mikroalbuminurie, Mikrohämaturie, Hyperfiltration, Proteinurie in unterschiedlicher Ausprägung zu diagnostizieren. Häufige gastrointestinale Beschwerden sind Diarrhoe, Abdominalschmerzen und Völlegefühl.

Diagnostik

Aufgrund des relativ niedrigen Bekanntheitsgrades wird die M. Fabry Erkrankung oft übersehen bzw. erst sehr spät diagnostiziert. Das Intervall vom Auftreten erster Symptome bis zur Diagnosestellung beträgt im deutschsprachigen Raum etwa 15 Jahre [10]. Die Verdachtsdiagnose erfolgt in erster Linie aufgrund der klinischen Symptomatik. Durch histologische, biochemische und/oder molekulargenetische Untersuchungen lässt sich die Diagnose sichern. Wenngleich neurologische Symptome als erste Zeichen der Erkrankung in Erscheinung treten, wird die Diagnose in der Regel meist von Dermatologen, Ophthalmologen und Nephrologen gestellt.

● Klinische Diagnostik

Eine umfangreiche Anamnese ist unerlässlich und sollte dem progressiven Verlauf der Krankheit und der betroffenen Organsysteme Rechnung tragen [4]. Die klinische Untersuchung sollte die o.g. Organsysteme umfassen, was eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen erfordert. Differentialdiagnostisch ist die Erkrankung von Symptomen anderer Ätiologie nicht immer sicher zu unterscheiden. Die wichtigsten Differentialdiagnosen fasst Tab. 2 zusammen.

● Biochemische Diagnostik

Der Nachweis einer erniedrigten α -Galaktosidase-A-Aktivität ist in Leukozyten und Plasma, aber auch in Gewebeproben, Tränenflüssigkeit oder kultivierten Haut-Fibroblasten möglich. Während männliche Patienten typischerweise eine kaum noch nachweisbare Restaktivität besitzen, haben heterozygote Frauen meistens einen α -Galaktosidase-A-Wert im Bereich von 0 bis normal [11]. Bei Frauen ist deshalb zur Bestätigung der Diagnose ein molekulargenetischer Nachweis der Mutation notwendig (Mutationsanalyse). Zusätzlich können die Gb3-Konzentrationen im Blut oder Urin herangezogen werden. Pränatal kann bei männlichen Föten die Aktivität der α -Galaktosidase A aus Chorionzotten ab der 10. Schwangerschaftswoche oder aus kultivierten Amnionzellen bestimmt werden.

● Histologische Diagnostik

Bei Zweifeln hinsichtlich der Diagnose gibt eine Gewebebiopsie in vielen Fällen weiteren Aufschluss. Eine einfache Haut- oder Organbiopsie (z. B. der Nieren bei Abklärung einer unklaren Proteinurie) reicht aus, um Gb3-Ablagerungen im Gewebe nachzuweisen. Zusätzlich empfiehlt sich eine elektronenmikroskopische Untersuchung des Biopsats.

● Molekularbiologische Diagnostik

Die Diagnose gilt als gesichert, wenn eine Mutation im GLA-Gen nachgewiesen wurde. Als grobe Screening-Methode kann schon eine DHPLC (denaturing high-performance liquid chromatographie) zum Erfolg führen, jedoch muss die Mutation durch eine anschließende Gensequenzierung in der betroffenen Region identifiziert werden.

● Genetik und Vererbung

Da das α -Galaktosidase-A-Gen auf dem langen Arm des X-Chromosoms lokalisiert ist, folgt die Erkrankung einem X-chromosomal erblichen Gbgang. Während alle Söhne eines betroffenen männlichen Patienten nicht betroffen sind, sind alle Töchter obligate Trägerinnen. Ist die Mutter betroffen, wird das mutante Gen mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 % an Ihre Kinder übertragen. Eine genetische Beratung der Familie von M.-Fabry-Patienten ist unbedingt zu empfehlen. Weibliche Träger haben ein defektes und ein normales X-Chromosom. Vermutlich ist eines der beiden X-Chromosome in jeder Zelle inaktiviert,

Tab. 1 Klinische Organmanifestationen und Symptome im zeitlichen Verlauf.

Manifestation	klin. Erscheinungsbild	Manifestationsalter
Haut (Angiokeratome)	punktförmige Angiektasien, v. a. abdominal, Oberschenkel	Kindheit, Jugendalter
Akroparästhesien	Episoden v. quälenden Schmerzen in distalen Extremitäten	Kindheit, Jugendalter
Augen	Cornea verticillata, Katarakt	Kindheit, Jugendalter
An-/Hypohidrosis		Kindheit, Jugendalter
Herz	Linksventrikuläre Hypertrophie, Mitralinsuffizienz, KHK	Erwachsenenalter
Gefäßsystem	art. Hypertonie, TIA	Erwachsenenalter
Niere	milde Proteinurie bis terminale Niereninsuffizienz	Jugend- bis Erwachsenenalter
ZNS	Ischämien, Hämorrhagie, Persönlichkeitsveränderung	Erwachsenenalter
Darm	Diarrhö, Malabsorption	Kindheit, Jugendalter

während das andere exprimiert wird [34]. Über das Auftreten bzw. das Ausmaß der Erkrankung entscheidet vermutlich die Anzahl aktivierter defekter X-Chromosomen. Bei Männern tritt im Allgemeinen das klassische Bild eines M. Fabry auf, jedoch mit individuellem Phänotyp.

kurzgefasst

Aufgrund der Heterogenität und der unterschiedlichen Schweregrade der Symptome ist die Diagnose oft schwierig zu stellen. Neben verschiedenen Labor- und klinischen Untersuchungen führt die Histologie von Gewebebiopsien, sowie die Messung der verminderten Enzymaktivität zur Diagnose. Durch eine Mutationsanalyse wird diese i. d. R. gesichert.

Therapie

Seit 2001 steht der Enzymersatz (EET) als kausale Therapie zur Verfügung. Die gentechnologisch hergestellte α -Galaktosidase A wird alle zwei Wochen als intravenöse Infusion verabreicht. Gegenwärtig sind zwei Enzympräparate in Europa verfügbar: – **Agalsidase alfa** (Replagal®) der Firma Shire Human Genetic Therapies. Die empfohlene Dosierung für das aus humanen Fibroblasten gewonnene Agalsidase alfa beträgt 0,2 mg/kg Körpergewicht, die Infusionsdauer liegt bei 40–60 Minuten [18]. – **Agalsidase beta** (Fabrazyme®) der Firma Genzyme enthält das aus ovariellen Hamsterzellen gewonnene Agalsidase beta und wird in einer Dosierung von 1,0 mg/kg Körpergewicht verabreicht. Die Infusionsdauer beträgt ca. 4 Stunden [19]. Das infundierte Enzym wird durch die Lysosomen der Gefäßendothelien und Parenchymzellen aufgenommen, vermutlich über einen zellmembranständigen Mannose-6-phosphat-Rezeptor [7]. Primäres Ziel der Enzymersatztherapie ist die Verminderung der Symptome und die Prävention von Spätfolgen. Klinische Phase-I/II-Studien zeigten, dass die Infusion von gentechnologisch hergestellter α -Galaktosidase A gut toleriert wird und sich Gb3-Ablagerungen im Gewebe deutlich reduzieren [16, 50]. Über die Wirksamkeit beider Präparate liegen inzwischen eine Reihe von Arbeiten vor, welche aufgrund der großen Bedeutung für Patienten als auch für den behandelnden Arzt im Folgenden ausführlicher vorgestellt werden:

Agalsidase alfa:

Plazebo-kontrollierte Studien zeigen eine signifikante Reduktion der neuropathischen Schmerzen, eine Stabilisierung der Kreatinin-Clearance, eine Reduktion der renalen Gb3 Ablagerungen, eine verbesserte renale Gb3 Clearance, eine Verbesserung der kardialen Leitfähigkeit im Reizleitungssystem (verringerte QRS-Dauer), eine Reduktion der linksventrikulären Herzwanddicke bereits nach 6monatiger Behandlungszeit sowie eine Verbesserung der Lebensqualität [28, 35, 52]. In einer offenen Folgestudie über 4,5 Jahre ohne Plazebovergleich zeigte sich eine weiterhin stabile Nierenfunktion, eine Verbesserung konnte nicht nachgewiesen werden [53]. Daneben beschreiben offene Studien bei behandelten Frauen und bei behandelten

Tab. 2 Differentialdiagnosen bei Morbus Fabry

Symptome	Differentialdiagnosen
Angiokeratome	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Morbus Schindler ▶ Fukosidose ▶ GM1-Gangliosidose, Arspatyglucosaminurie ▶ Sialidose ▶ Petechien ▶ Hereditäre hämorrhagische Telangiektasie ▶ Fordyce-Angiokeratome ▶ Mibelli-Angiokeratome ▶ Angiokeratoma circumscriptum naeviformis ▶ Solitäre oder multiple Angiokeratome
Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Polyneuropathie bei Diabetes mellitus ▶ Polyneuropathie anderer Genese
Nieren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proteinurie aufgrund Glomerulopathien ▶ Mikrohämaturie anderer Genese ▶ Systemische Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Nierenbeteiligung
Herz	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kardiomyopathie anderer Genese ▶ KHK/Angina pectoris aufgrund einer generalisierten Arteriosklerose ▶ Dilatative Kardiomyopathie aufgrund langjähriger Hypertonie ▶ Herzrhythmusstörungen anderer Genese
Augen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cornea verticillata aufgrund einer Langzeittherapie mit Chloroquin oder Amiodaron ▶ Tortuositas vasorum anderer Genese ▶ Katarakta seniles
ZNS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apoplex aufgrund einer generalisierten Arteriosklerose ▶ Apoplex aufgrund anderer Genese ▶ Multiple Sklerose ▶ TIA anderer Genese

Agalsidase alfa signifikant verbesserten [42]. Für Agalsidase alfa liegen inzwischen longitudinale Langzeitdaten aus einer groß angelegten, offenen Beobachtungsstudie vor (Fabry Outcome Survey – FOS), die einen Behandlungszeitraum von mittlerweile 5 Jahren abdeckt. Analysen aus FOS weisen ebenfalls darauf hin, dass unter Therapie mit Agalsidase alfa eine Stabilisierung und in Teilen auch Verbesserung der klinischen Symptomatik erzielt wird [5, 25, 29, 54].

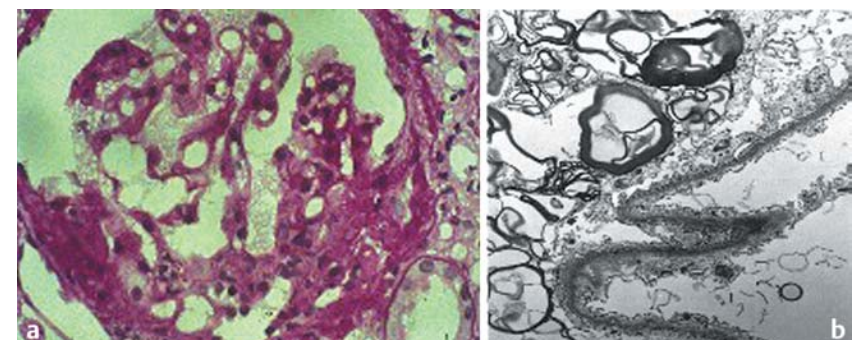


Abb. 4 Charakteristische histologische (a) und elektronenmikroskopische (b) renale Veränderungen bei M. Fabry: vergrößerte und vakuolisierende viszerale und epitheliale Zellen im Bereich des Glomerulum (a, Eosinfärbung) sowie Nachweis von laminären Einschlüssen von sog. „Zebrakörperchen“ (b) (mit freundlicher Genehmigung von Prof. R. Rohrbach, Pathologisches Institut, Universität Freiburg). HE-Färbung, 1:60 Vergrößerung. Elektronenmikroskopie: x 320

Kindern ähnliche Ergebnisse [2, 48]. Kritisch angemerkt werden muss, dass für die aktuell empfohlene Dosisangabe von 0,2 mg/kg im Abstand von 14 Tagen bislang keine Dosisfindungsstudien am Menschen publiziert wurden. In diesem Zusammenhang konnte kürzlich gezeigt werden, dass eine Subgruppe von Patienten, die über 2 und mehr Jahre mit der Standarddosierung von 0,2 mg/kg Agalsidase alfa, alle zwei Wochen, behandelt wurden und deren Nierenfunktion sich trotzdem verschlechterte, von einem verkürzten Infusionsintervall (wöchentliche Infusion mit 0,2 mg/kg) profitieren können [66]. Eine interessante Arbeit von Moore et al. konnte erstmals erhöhte zerebrovaskuläre Blutflussgeschwindigkeiten nachweisen, welche sich unter der Behandlung mit

Agalsidase beta: auch hier wurde in einer plazebo-kontrollierten pivotalen Studie die Wirksamkeit des Medikamentes durch eine signifikante Reduktion der mikrovaskulären endothelialen Gb3-Ablagerungen in der Niere, im Herz und in der Haut nach 20 Wochen ERT nachgewiesen [15]. Die offene Folgestudie über 30 bzw. 36 Monate bestätigte eine dauerhafte Gb3 Clearance und Gb3 Reduktion im kapillären Endothel, sowie eine Stabilisierung der Nierenfunktion [65]. Auch über die Abnahme der linksventrikulären Masse am Herzen [61, 64] sowie eine Verbesserung der peripheren Nervenfunktion wurde berichtet [23]. Wie bei den Untersuchungsergebnissen mit agalsidase alfa zeigt sich auch unter der Behandlung mit Agalsidase beta nicht immer der

erhoffte Behandlungserfolg [14, 26]. Die erst kürzlich publizierten Ergebnisse einer plazebo-kontrollierten Phase-IV Studie mit Agalsidase beta verfehlte zwar den definierten primären Endpunkt im Vergleich zu Plazebo in der intention-to-treat Analyse (erstes Auftreten eines renalen, kardialen oder cerebrovaskulären Ereignisses oder Todesfall), war aber in der per-protocol Population signifikant. Weitere Analysen zeigten eine Tendenz zur verlangsamt Progression der Erkrankung unter Therapie bei Patienten mit weitgehend erhaltener Nierenfunktion (GFR > 55 ml/min) [3]. Eine weitere offene Studie bei 16 Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR 71 ± 17 ml/min/1.73 m²) zeigte eine Verschlechterung der Nierenfunktion auf 60 ± 23 ml/min/1.73m² [8]. Allerdings veränderte sich die posteriore Herzwanddicke (PWT) dagegen nicht und blieb stabil. Wie die Studie weiterhin zeigt, scheinen Patienten ohne eingeschränkte Nierenfunktion (n=9) interessanterweise von der Behandlung mit Agalsidase beta besser zu profitieren, da sich die Nierenfunktion in dieser Gruppe stabilisierte und sich die PWT sogar leicht verbesserte. Die beiden Enzymersatztherapien sind sicher und gut verträglich. Bei der Verabreichung von Agalsidase alfa traten bei 13,7 % der Patienten infusionsbedingte Reaktionen auf. IgG-Antikörper wurden bei etwa 24 % der männlichen Patienten entdeckt. IgE-Antikörper wurden bisher nicht gefunden [18]. Infusionsbedingte Reaktionen durch Agalsidase beta waren mild bis moderat und beklagten ca. 50 % der Patienten. Bei fast allen Patienten wird eine IgG-Antikörperreaktion erwartet. Bei einer begrenzten Patientenzahl wurden IgE-Antikörper nachgewiesen [19].

Neben der EET hat bei Beginn der klinischen Symptomatik als auch begleitend zur EET die symptomatische Therapie ebenfalls große Bedeutung, welche entsprechend den betroffenen Organen anzupassen ist und sich im wesentlichen nicht von der Behandlung anderer Grunderkrankungen unterscheidet. Hervorzuheben sei hier eine suffiziente Schmerztherapie (vorzugsweise mit Paracetamol p.o.) speziell zur Behandlung der Akroparästhesien sowie die nephroprotektive Therapie mit ACE-Hemmern und/oder AT1-Antagonisten bei Nierenbeteiligung (Proteinurie) und Hypertonie.

Die Literatur zum Artikel finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell.

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2271-2277). Alle Rechte vorbehalten.

kurzgefasst

Die Wirksamkeit der EET mit Agalsidase alfa oder Agalsidase beta wurde bezüglich GB3-Clearance, Reduktion der linksventrikulären Masse und Stabilisierung der Nierenfunktion, besonders bei weniger schwer betroffenen Patienten, in plazebo-kontrollierten Studien belegt. Offene Studien und retrospektive klinische Verlaufsbeobachtungen für Agalsidase alfa scheinen die therapeutische Wirkung der EET zu bestätigen.

Fazit

M. Fabry ist eine Multisystemerkrankung mit einer sehr heterogenen klinischen Symptomatik. Durch die Erkrankung wird die Lebensqualität der Patienten deutlich eingeschränkt und zugleich die Morbidität und Mortalität erhöht. Die Einführung der Enzymersatztherapie bedeutet einen enormen Fortschritt für die Behandlung von Patienten. Nach aktueller Datenlage verbessern sich unter einer EET die Anzeichen und Symptome sowie die Lebensqualität. Zugleich scheint die EET das Potential zu besitzen, die Morbidität und Mortalität zu verringern. Die bislang vorliegenden Ergebnisse aus klinischen Studien und klinischen Langzeitbeobachtungen deuten darauf hin, dass sich eine EET bei bereits schwer betroffenen Patienten weniger positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung scheint die Chance zu erhöhen, die Symptome zu stabilisieren bzw. zu verbessern und den langfristigen Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Weitere klinische Therapiestudien, um diese Annahme zu belegen, sind wünschenswert.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- Die Diagnose M. Fabry ist durch die variable und differentialdiagnostisch mit anderen Erkrankungen oft nicht zu unterscheidenden Ausprägung der Symptomatik sehr schwierig.
- Eine gut organisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen ist notwendig, um eine schnelle und sichere Diagnose zu stellen.
- Die seit 2001 zur Verfügung stehende Enzymersatztherapie scheint eine vielversprechende, kausale Behandlungsoption darzustellen.

Dr. med. Markus Cybulla

Prof. Dr. med. Hartmut Neumann

Dr. Markus Cybulla und Prof. Dr. Hartmut Neumann sind an der Medizinischen Klinik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Abteilung IV (Nephrologie), tätig.

Autorenerklärung: M.C. und H.P.H. N. erhalten „Research Grants“, „Speakerhonoraria“ und „travel grants“, der Firma Shire Human Genetic Therapies (Replagal®).

Akute Rückenschmerzen

Therapie zur schnelleren Schmerzfreiheit

Bei akuten lumbalen Rückenschmerzen wird als Erstlinientherapie die Gabe von Paracetamol plus körperliche Aktivität empfohlen. Bettruhe sollte vermieden werden. Ob durch die zusätzliche Einnahme von Diclofenac und/oder eine zusätzliche Physiotherapie schnellere Schmerzfreiheit zu erzielen ist, untersuchten nun M.J. Hancock et al. Lancet 2007; 370: 1638-1643

An der randomisierten Kontrollstudie nahmen 240 Patienten mit akuten lumbalen Rückenschmerzen (< 6 Wochen, mit oder ohne Ausstrahlung in die Beine) teil, die über moderate Schmerzen/Einschränkungen klagten und vor der akuten Schmerzphase mindestens 4 Wochen beschwerde-

Diclofenac plus Manipulation und Gruppe 4 nur Scheinbehandlungen. Kontrolluntersuchungen fanden nach 1, 2, 4 und 12 Wochen statt. Primärer Endpunkt war die Dauer bis zur Schmerzfreiheit.

Patienten, die zusätzlich Diclofenac und/oder eine manipulative Therapie

erhielten, waren nicht schneller schmerzfrei als diejenigen, die nur mit Paracetamol und körperlicher Aktivität behandelt wurden. Es gab keine gravierenden Unterschiede hinsichtlich der Dauer bis zum ersten schmerzfreien Tag oder der Dauer bis zum ersten von 7 konsekutiven schmerzfreien Tagen. Im Schnitt vergingen bei Patienten, die Diclo-

fenac erhielten, 13 Tage bis zum ersten schmerzfreien Tag gegenüber 16 Tagen unter Plazebo. Patienten mit manipulativer Therapie bzw. Plazebo-manipulation benötigten jeweils 15 Tage bis zur Schmerzfreiheit. Auch bezüglich der sekundären Endpunkte Schmerz, Funktion, Einschränkung und globaler Therapieeffekt führte die Zusatztherapie zu keinen weiteren Verbesserungen. Jeweils 11 Patienten in der Diclofenac- bzw. Plazebo-Gruppe berichteten über Nebenwirkungen. Ein Patient erlitt unter Diclofenac eine

Hypersensitivitätsreaktion und brach die Therapie ab.

Fazit

Patienten mit akuten lumbalen Rückenschmerzen, denen Paracetamol und Bewegung verordnet wird, erzielen durch eine Zusatzbehandlung mit Diclofenac und/oder Manipulationsbehandlung keine schnellere Schmerzfreiheit, so die Autoren.

Kommentar zur Studie

Die entscheidende Botschaft der Studie ist, dass akute lumbale Rückenschmerzen in den meisten Fällen mit Paracetamol und Bewegung ausreichend therapierbar sind, betont B.W. Koes in seinem Kommentar. Wie die Ergebnisse der sorgfältig durchgeführten Studie zeigten, kann das Ziel der Schmerzfreiheit bei einer konsequent durchgeführten Basistherapie mit Paracetamol und Aufforderung zu körperlicher Aktivität nicht schneller erreicht werden, wenn zusätzlich mit Diclofenac und/oder manipulativer Therapie behandelt werde. Dies habe weitreichende Konsequenzen auch im Hinblick auf andere akute muskuloskeletale Erkrankungen, die oft mit NSAID behandelt würden. Zudem werde zu klären sein, so Koes, inwieweit die Erkenntnisse auf die Behandlung von subakuten oder chronischen lumbalen Rückenschmerzen übertragbar seien. Lancet 2007; 370: 1595-1596

Renate Ronge

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2611). Alle Rechte vorbehalten.

wurde eine insgesamt höhere Rate von HIV-Tests festgestellt, jedoch auch eine höhere Diskrepanz zwischen geplantem und durchgeführtem HIV-Screening

Fazit

In den USA sind sowohl in der Gesamtbevölkerung wie in der Risikopopulation weiterhin niedrige HIV-Testraten festzustellen, was zu einer hohen Anzahl unentdeckter HIV-Infektionen mit entsprechenden epidemiologischen Folgen führt. Obwohl im Vergleich eine höhere Testhäufigkeit in der Risikopopulation feststellbar ist, sollte der Zugang zu und die Nutzung von HIV-Tests verbessert werden, so die Autoren.

Dr. med. Monika Blasko

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2487). Alle Rechte vorbehalten.

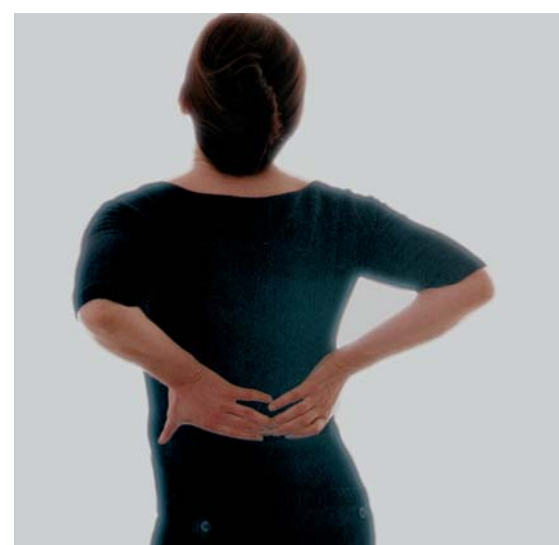


Bild: DAK/Wrigger

Akute lumbale Rückenschmerzen sind in den meisten Fällen mit Paracetamol und Bewegung ausreichend therapierbar.

frei gewesen waren. Ausgeschlossen wurden Patienten mit neurologischen Ausfällen. Alle Teilnehmer bekamen von ihrem Hausarzt Paracetamol (4x1g/d, max. 4 Wochen) verschrieben und erhielten den Rat, körperlich aktiv zu bleiben. Danach wurden die Patienten auf 4 Gruppen randomisiert: Gruppe 1 erhielt zusätzlich Diclofenac (2x50 mg/d) plus Plazebo-manipulation (mit verstelltem Ultraschallgerät), Gruppe 2 Plazebo plus Physiotherapie (max. 12 Manipulationsbehandlungen über 4 Wochen durch Physiotherapeuten), Gruppe 3

HIV-Prävention

HIV-Testraten in den USA

Die Hauptstrategie einer erfolgreichen Humanen Immundefizienz-Virus (HIV)-Prävention besteht in vermehrtem HIV-Screening von Personen, die nicht den „klassischen“ Risikogruppen angehören. J. Ostermann et al. untersuchten kürzlich longitudinale Trends sowie die Diskrepanz zwischen geplanten und tatsächlich durchgeführten HIV-Tests in den USA. Arch Intern Med 2007; 167: 2128-2135

Die Arbeitsgruppe wertete Daten von 146 868 befragten Teilnehmern des „National Health Interview Surveys“ zwischen 18 und 64 Jahren aus. Eine Querschnittsanalyse der longitudinalen Trends bezüglich HIV-Testung wurde durchgeführt. Unterschiede zwischen geplanten und tatsächlich durchgeführten Tests wurden mittels des der Ökonomie entlehnten „difference in difference“ Modells berechnet. Berücksichtigt wurden weiterhin demographische Daten, wahrscheinliches HIV-Infektionsrisiko, Alkoholmissbrauch, Depression und Gesund-

heitsverhalten bzw. Zugang zu Gesundheitsstrukturen. Während des Studienzeitraumes (2000-2005) blieb die Rate an durchgeführten HIV-Tests in etwa gleich mit 37 % über den gesamten Lebenszeitraum und 10 % im vorangehenden Jahr. Die Testhäufigkeit bei Frauen und Personen anderer als weißer Hautfarbe war im Verhältnis höher. Obwohl bei Risikopersonen eine höhere HIV-Testrate festgestellt wurde, lag sie im Vorjahr der Erhebung unter 25 %. Bei Personen mit hohem Infektionsrisiko, Alkoholmissbrauch oder Depressionen

Suizid

Untergewicht als Risikofaktor bei Männern?

Übergewicht und Depression sind häufige Krankheiten in der westlichen Welt. Über die Zusammenhänge beider Krankheitsbilder wird kontrovers diskutiert. Kenneth J. Mukamal et al. untersuchten nun in einer Studie, ob es einen Zusammenhang zwischen Body Mass Index (BMI) und Suizidrisiko bei Männern gibt. Arch Intern Med 2007; 167: 468–475

An der prospektiven „Health Professionals Follow-up Study“ (HPFS) nahmen 51 529 Männer aus verschiedenen medizinischen Berufsgruppen teil. Alle Probanden erhielten Fragebögen, in denen sie über Größe, Gewicht, körperliche Aktivität, Krankheiten, Medikamente und ihre Lebensqualität

Auskunft geben sollten. In 2-jährigen Abständen wurden verkürzte Folgebögen verschickt, in denen insbesondere nach Gewicht und Lebensqualität gefragt wurde. Starb ein Proband, erfasste die Arbeitsgruppe die Todesursache. Die Studie lief im Zeitraum von 1986 bis 2002.

Nach Ausschluss onkologisch Erkrankter und Probanden, deren Fragebögen Lücken aufwiesen, wurden die Daten von 46 755 Männern analysiert. Der BMI der Probanden wurde in 6 Gruppen aufgeteilt: < 21, 21–22,9, 23–24,9, 25–27,4, 27,5–29,9 und ≥ 30 . Insgesamt suizidierten sich 131 Männer im Beobachtungszeitraum. Dabei entfielen auf die Gruppe mit dem niedrigsten BMI 52 Suizide pro 100 000 Personenjahre. In der Gruppe mit einem BMI von 21–22,9 lag diese Zahl bei 28. In den weiteren Gruppen sank der Index bis auf 13 in der Gruppe mit einem BMI von ≥ 30 . Damit errechnet sich eine Erhöhung des Risiko für Suizid um 0,89 pro eine um eins niedrigere Einheit BMI. Diese Zahlen blieben auch nach der statistischen Bereinigung um weitere bekannte Risikofaktoren wie Krank-

heiten oder Gebrauch von Antidepressiva konstant.

Fazit

Männer mit einem niedrigen Body Mass Index neigen in einem höheren Maße zu Suizid als normalgewichtige und übergewichtige Männer. Ob die erhöhte Zufuhr von Kohlenhydraten eine Rolle spielt, die antidepressiv wirken, jedoch hyperkalorisch sind, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht beantworten.

Dr. med Christoph Feldmann

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 916). Alle Rechte vorbehalten.

Fibromyalgie

Training und Schulung lindern Beschwerden

Die Ursachen und Pathomechanismen der Fibromyalgie sind nach wie vor unklar, die medikamentösen Behandlungserfolge eher dürftig. Zunehmend werden daher Ansätze mit körperlichem Training und Patientenschulungen empfohlen. D. S. Rooks et al. verglichen nun verschiedene Programme miteinander. Arch Intern Med 2007; 167: 2192–2200

An der Studie nahmen 207 Frauen mit Fibromyalgie teil. Sie wurden randomisiert auf vier Gruppen verteilt, in denen sie für die Dauer von 16 Wochen unterschiedliche Trainings- bzw. Schulungsprogramme erhielten. In Gruppe 1 bestand das Programm aus Aerobic und Beweglichkeitsübungen, in Gruppe 2 kam zusätzlich ein Krafttraining dazu. Gruppe 3 erhielt ein standardisiertes Schulungsprogramm, den Fibromyalgie Selbsthilfekurs der amerikanischen „Arthritis Foundation“. Ziel ist es hierbei, Alltagsaufgaben bewältigen zu lernen und körperliche Übungen

in den Tagesablauf zu integrieren. In Gruppe 4 wurde dieser Kurs mit dem Übungsprogramm der Gruppe 2 kombiniert. Primärer Endpunkt der Studie war die Veränderung der Körperfunktion, die anhand validierter Fragebögen bzw. Tests überprüft wurde. Von den ursprünglich 207 Patientinnen beendeten 135 (65 %) das Übungsprogramm. Die typische Teilnehmerin war etwa 50 Jahre alt, übergewichtig, verheiratet, hatte 2–3 Begleiterkrankungen und litt seit rund 6 Jahren an Fibromyalgie. Die größten Gesamtfortschritte erzielten

die Teilnehmerinnen der Gruppe 4, gefolgt von denen der Gruppe 1 und der Gruppe 2 (mittlere Veränderungen des Scores im Fragebogen –12,7; –8,2; –6,6 und in Gruppe 3 –0,3).

Dabei verbesserte sich die Körperfunktion in Gruppe 4 und Gruppe 1 in ähnlicher Weise. Bezüglich der Schmerzsymptomatik schnitt ebenfalls Gruppe 4 am besten ab, gefolgt von Gruppe 1 und Gruppe 2. Diese Effekte waren auch nach 6 Monaten noch nachweisbar.

Fazit

Gezielte körperliche Aktivität kann bei Patientinnen mit Fibromyalgie Körperfunktion und Symptome verbessern. Mit einem strukturierten Schulungsprogramm lassen sich diese Erfolge noch steigern, so die Autoren.

Dr. med. Johannes Weiß

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 2612). Alle Rechte vorbehalten.

Kurzmeldungen

Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen in den USA

Zur Planung von Prävention und Management der schwerwiegenden Folgen und Therapien chronischer Nierenerkrankungen ist eine Abschätzung der Prävalenz und Inzidenz von Bedeutung. Im Rahmen des „National Health and Nutrition Examination Surveys“ (NHANES) untersuchten J. Coresh et al. nun die Prävalenz von chronischen Nierenerkrankungen in den USA für die Zeiträume 1988–1994 (n = 15 488) und 1999–2004 (n = 13 233). Messparameter zur Bestimmung der chronischen Nierenerkrankungen waren eine persistierende Albuminurie sowie eine Abnahme der glomerulären Filtrationsrate (GFR), geschätzt anhand der Serum-Kreatininwerte. In den beobachteten Zeiträumen konnte sowohl ein Anstieg der Albuminurie als auch der verminderten GFR beobachtet werden. Weiterhin stieg die Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen (Stadium 1 bis 4) von 10 % im Zeitraum 1988–1994 (95 %-Konfidenz-Intervall [KI] 9,2 %–10,9 %) auf 13,1% (95 % KI 12,0 %–14,1 %) von 1999 bis 2004. Die Zunahme der chronischen Nierenerkrankungen lässt sich teilweise auf steigende Zahlen von Diabetes-Erkrankungen und Hypertonie zurückführen. Die Autoren vermuten weiterhin, dass die Anzahl der Nierenerkrankungen in Zukunft noch zunimmt. Um (JAMA 2007; 298: 2038–2047)

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
AED + Monitoring Kombisystem
statt 4460 € nur 1599 € + MWST.
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de

Sonoring
1/5 Seite Eckfeld (111mm breit x
210mm hoch)

Impressum

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. herausgegeben und erscheint im Georg Thieme Verlag KG. Die Zeitung erscheint monatlich mit Doppelnummer im August/September.

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

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

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC) • Layout-Entwurf (Mantelteil): Michael Zimmermann • Herstellung, Layout und Layoutentwurf (Kongresse & Services): Andrea Hartmann • Redaktion und Layout (Kongresse & Services): Sabine Kloos • Druck: L.N. Schaffrath, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe: Dr. Monika Blasko, Dr. Markus Cybulla, Roland Fath, Dr. Christoph Feldmann, Dr. Juraj Galan, Klaus Koch, Dr. Christine Kopf-Schiller, Dr. Michael Kulzer, Dr. Axel Mädlich, Prof. Dr. Hartmut Neumann, Dr. Peter Pommer, Renate Ronge, Helge Rühl, Prof. Dr. Peter Sawicki, Klaus Schmidt (KS), Daniela Umbreit, Dr. Johannes Weiß, Dr. Martin Zeuner

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharma Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmamedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6.

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

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

Gefälschte Arzneimittel

Milliardenschwere Geschäfte

Es ist ein milliardenschweres Geschäft, dessen tatsächliche Ausmaße und Auswirkungen aber nur schwer zu fassen sind: der Handel mit gefälschten Arzneimitteln. Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO haben weltweit rund 10 % aller Medikamente andere Inhaltsstoffe als deklariert, in Entwicklungsländern möglicherweise sogar bis zu 30 %. In Industrieländern wie Deutschland sind Medikamente aus seriösen Apotheken zwar nach wie vor weitgehend sicher. Aber das Internet ist auch hierzulande eine riesige Pforte, um gefälschte Arzneimittel in den Umlauf zu bringen.

Als gefälschte Arzneimittel gelten alle Medikamente, die in Aussehen, Verpackung oder ihrer Zusammensetzung vom Originalpräparat abweichen. Besonders häufig enthalten gefälschte Präparate keine aktiven Wirkstoffe, oder sie enthalten zu wenig davon oder sie enthalten andere Substanzen als deklariert. Die Folgen sind in jedem Fall beträchtlich und können in Einzelfällen sogar tödlich sein. Zwischen 1982 und 1999 wurden von der WHO 770 Fälle von Arzneimittelfälschungen registriert mit zum Teil tödlichen Konsequenzen. Besonders häufig betroffen war die Bevölkerung in Entwicklungsländern. Die WHO gibt auf ihren Internetseiten (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275) einige Beispiele: In Haiti starben 1995 89 Kinder und in Indien im Jahr 1998 30 Kinder, die mit einem Hustensirup behandelt

ten gefälschten Medikamente stammen aus ostasiatischen Ländern, aus Indien und aus Osteuropa, berichtet Dr. Ulrich Hagemann, beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn zuständig für die Qualitätssicherung von Arzneimitteln.

● Lifestyle-Medikamente stehen im Fokus

Während in den Entwicklungsländern vor allem besonders oft verordnete Medikamente wie Antibiotika oder Antimalaria-Mittel im Fokus der Fälscher stehen, werden in den Industrienationen bevorzugt so genannte Lifestyle-Medikamente wie Viagra und Schilddrüsenpillen, aber auch Steroide und Anabolika gefälscht. „Wie groß das Volumen tatsächlich ist, weiß keiner“, sagt Hagemann. Bei legal vertriebenen

Medikamenten ist das Risiko für Verunreinigungen oder gar Fälschungen nach seinen Angaben in Deutschland wie auch in allen EU-Staaten als sehr gering einzuschätzen. „Es sind Einzelfälle.“ Die europäischen Hersteller müssen bei der Produktion von Medikamenten eine Reihe von Leitlinien beachten und es gibt ein ausgefeiltes Kontrollsystem, betont

Hagemann. Werden dabei Produktionsmängel festgestellt, werden die betroffenen Chargen zurückgerufen. Auch außerhalb der EU müssen bei der Herstellung von Medikamenten international verabredete Standards eingehalten werden. Aber die Verteilungswege sind unübersichtlich und eine lückenlose Kontrolle ist schwierig. In einigen Ländern in Asien und Afrika könnten bis zur Hälfte der Medikamente gefälscht sein, schätzt Prof. Dr. Thomas Beck, Leiter der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker in Eschborn. Ein Teil der gefälschten Medikamente wird illegal in EU-Staaten importiert, Tendenz steigend. In Deutschland werden von den Zollfahndern vor allem am Frankfurter Flughafen und im Hamburger Hafen größere Lieferungen illegaler Arzneimittellieferungen sichergestellt, berichtet Hagemann. Beck rät Touristen davon ab, sei es in Ägypten oder in Malaysia, billige Arzneimittel in Apotheken zu kaufen und nach Deutschland mitzunehmen. Bestellungen im Internet sind aber zweifellos das größte Risiko, gefälschte Arzneimittel geliefert zu bekommen. Laut Schätzungen der

WHO sind Medikamente von Online-Anbietern, die ihre Adresse verbergen, in über der Hälfte der Fälle gefälscht. Für den Verbraucher sei es oft nicht einfach zu erkennen, ob die Anbieter seriös sind oder nicht, gibt Hagemann zu bedenken (siehe Info-Kasten 1).

● Untersuchung bei 24 Online-Anbietern

Wie groß das Risiko ist, verdeutlicht eine Untersuchung des Zentrallabors Deutscher Apotheker, bei der insgesamt 24 fragwürdige Internetangebo-

Info 1

Hinweise auf unseriöse Praktiken im Arznei-Internethandel

- Fehlen von Impressum oder die Postanschrift des Verantwortlichen
- Anbieten rezeptpflichtiger Arzneimittel, ohne dass die Vorlage eines Rezeptes verlangt wird
- Angebote zu deutlich niedrigeren Preisen als denen in einer öffentlichen Apotheke
- Versprechen von schnellen, sensationellen oder garantierten Ergebnissen
- Anpreisen von Wunderheilmitteln oder geheimen Rezepturen
- Garantierte Risikofreiheit oder das Verschweigen von Nebenwirkungen
- Persönliche Erfahrungsberichte oder Referenzen von Fachleuten

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (www.bmg.bund.de)

halten und Freisetzungverhalten. Vier Proben enthielten kein Finasterid, zwei weitere Proben nur zwei Drittel des Wirkstoffs. In einem Präparat fanden sich zudem nicht näher identifizierbare Bestandteile. Rein optisch

waren die Fälschungen nicht vom Originalpräparat zu unterscheiden. Allerdings fehlten oft die gesetzlich vorgeschriebene Verpackung und die Chargennummern. Es muss allerdings erwähnt werden, dass die Untersuchung vom Hersteller des Originalpräparates unterstützt wurde und auf den Seiten der ausgewählten Internetanbieter fehlende Geschäftsbedingungen sowie unklare

Aussagen und Formulierungen bereits auf unseriöse Geschäftspraktiken hindeuteten.

● Warnungen des BfArM und der FDA

Vor Bestellungen von Arzneimitteln aus unsicheren Quellen im Internet warnen auch das BfArM und die US-Zulassungsbehörde FDA. Das BfArM berichtet über zwei Fälle von Fälschungen des Virustatikums Oselta-

mivir, das in der EU zur Influenzatherapie zugelassen ist. Wegen grassierender Ängste vor einer Ausbreitung der Vogelgrippe auf Menschen ist es für Fälscher besonders interessant. Die Produkte wurden in Südkorea hergestellt und auch im Internet angeboten. Das eine Produkt enthielt keinen Wirkstoff, das andere statt Oseltamivir das Antibiotikum Metro-

nidazol. Die FDA wies auf unseriöse Internetangebote auf US-amerikanischen Websites zu Schlafmitteln mit dem Wirkstoff Zolpidem sowie Beruhigungsmitteln mit den Wirkstoffen Alprazolam, Lorazepam und Escitalopram hin. Den Untersuchungen zufolge enthielten die Präparate statt der deklarierten Wirkstoffe das Antipsychotikum Haloperidol. Es ist schwierig, die Hintermänner unseriöser Internetangebote aufzudecken. International wird auf weltweite Kooperationen im Kampf gegen Medikamentenfälscher gesetzt. Von der WHO wurde im Februar 2006 die Taskforce IMPACT (International Medicinal Products Anti-Counterfeiting Taskforce) gegründet, in der Vertreter von 193 Staaten nach neuen effizienten Strategien suchen, um die Verbreitung gefälschter Medikamente einzudämmen. Bei einem Arbeitstreffen der Taskforce im Dezember 2007 in Lissabon wurde erstmals Bilanz gezogen, Mitte Februar trifft man sich in Singapur zum 1. IMPACT Global Forum.

In Deutschland setzen Bundesbehörden wie auch Apothekerverbände derzeit vor allem auf Aufklärung, um die Verbraucher für unseriöse Internetangebote von Medikamenten zu sensibilisieren. Auf Websites werden Surfer durch Merkblätter zum Beispiel darüber informiert, wie eine seriöse Online-Apotheke von unseriösen Anbietern zu unterscheiden sind (siehe Info-Kasten 2). Der Bundesverband Deutscher Versandapotheken bietet außerdem eine Liste von Versandapotheken mit Gütesiegel an (www.bvdva.de).

Roland Fath, Frankfurt



Der Umsatz mit gefälschten Arzneimitteln wird auf 16–18 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (Bild: Photo Disk).

te zu einem verschreibungspflichtigen Haarwuchsmittel mit dem Wirkstoff Finasterid getestet wurden (Pharmazeutische Zeitung 8/2007). Von den 24 Internetadressen konnte das Haarwuchsmittel nur bei 19 Anbietern bestellt werden und es lieferten nur zwölf Anbieter - alle ohne Vorlage eines gültigen ärztlichen Rezepts. Laut den Qualitätsprüfungen im Zentrallabor erfüllte kein Produkt die Anforderungen an Wirkstoffge-

Info 2

Online-Apotheke

Seit Januar 2004 ist es in Deutschland möglich, Arzneimittel per Mausklick aus dem Internet zu beziehen. Verbraucher können dies rechtlich abgesichert nur aus einer Versandapotheke in Deutschland, Großbritannien oder den Niederlanden tun. Eine Versandapotheke in den Niederlanden muss gleichzeitig eine Präsenzapotheke sein. In Deutschland bieten zur Zeit mehr als 1400 Versandapotheken Arzneimittel über das Internet an.



Dr. Ulrich Hagemann
Quelle: privat



Prof. Dr. Thomas Beck
Quelle: ABDA/PZ

worden waren, der mit dem Frostschutzmittel Diethylglykol verunreinigt war. Im Niger wurden 1995 während einer Meningitis-Epidemie 50.000 Menschen mit einer gefälschten Vakzine geimpft. Die Folge: 2.500 Tote. In Kambodscha starben im Jahr 1999 mindestens 30 Menschen, die statt mit dem Antimalaria-Mittel Artesunat mit dem weniger wirksamen Präparat Sulfadoxin-Pyrimethamin behandelt worden waren. Solche Gesundheitsskandale kennzeichnen aber sicher nur die Spitze des Eisbergs. Der Markt mit gefälschten Arzneimitteln ist riesig und in den meisten Fällen werden die Konsequenzen für die Betroffenen, sei es eine erfolglose Therapie oder unerklärliche Nebenwirkungen, gar nicht bekannt. Zur Zeit wird der Umsatz mit gefälschten Arzneimitteln auf 16 bis 18 Milliarden Euro jährlich geschätzt, das ist etwa doppelt so viel, wie mit gefälschten Modeartikeln verdient wird. US-Experten gehen davon aus, dass der weltweite Handel mit gefälschten Arzneimitteln im Jahr 2010 einen Umsatz von 75 Milliarden US-Dollar (rund 53 Milliarden Euro) erreichen wird. Die meis-