

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

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

Nr. 4 • April 2008

Inhalt

Der Gastkommentar

Brauchen wir noch eine KV?

In der Reihe „Gastkommentar“ beantwortet der Vorsitzende des VdAK/AEV, Thomas Ballast, die Frage, wie eine KV der Zukunft seiner Meinung nach aussehen sollte.

Seite 4

Als Facharzt in die USA

Guten Chancen in unterversorgten Gebieten

Wer bereit ist, abseits der großen Städte tätig zu sein, hat auch als Deutscher mit amerikanischem Facharzttitel gute Chancen, im „Land der unbegrenzten Möglichkeiten“ arbeiten zu können. Kleiner Wermutstropfen für deutsche Fachärzte: Ihr Facharzttitel wird in den USA nicht anerkannt.

Seite 8

Diagnostik und Therapie

Thyreoiditis

Der Oberbegriff Thyreoiditis umfasst alle entzündlichen Veränderungen der Schilddrüse. Die gängige Einteilung in akute, subakute und chronische Formen erscheint jedoch heute zu eng.

Seite 10

Patienten mit Hypertonie in der kardiologischen Praxis

Ergebnisse des Snapshot-Hypertonie-Registers

Jeder dritte Patient in einer Hausarztpraxis leidet an arterieller Hypertonie. In einem Projekt des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK e.V.) wurden Patienten mit arterieller Hypertonie in kardiologischen Facharztpraxen erfasst und charakterisiert.

Seite 12

Impressum

Seite 14

EBM 2008

Ein wesentlicher Baustein einer umfassenden Vergütungsreform

Bei der Diskussion über den EBM wird immer wieder vergessen, dass es sich dabei nicht um eine Gebührenordnung im üblichen Sinne handelt. Hauptaufgabe des EBM ist, den ambulanten Leistungskatalog zu definieren. All das, was im EBM niedergeschrieben ist, kann auch abgerechnet werden. Alle Leistungen, die hier nicht definiert sind, können auch nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltend gemacht werden.

Während eine Gebührenordnung letzten Endes auf Eurobeträgen basiert, handelt es sich beim EBM nur um eine Bewertungsrelation zwischen Leistungen. Der Erweiterte Bewertungsmaßstab ist deshalb eingebettet in das Wirkprinzip unseres Gesundheitswesens, das einnahmeorientierte

te Ausgabenpolitik heißt. Dieses Prinzip ist von Norbert Blüm definiert und von Horst Seehofer durch die Einführung der Fallpauschalen in die Tat umgesetzt worden. An diesem Prinzip hat die jetzige Bundesregierung nichts verändert. Es werden sich somit auch in Zukunft die Ausgaben der Krankenkassen nicht am medizinischen Bedarf, sondern an den ökonomischen Vorgaben orientieren.

Es wird damit auch weiter ein Budget geben – wie in der Politik üblich wird mit neuen Begriffen hantiert, um zunächst einen falschen Eindruck zu erwecken. Das Budget wird in Zukunft im ambulanten Bereich durch eine Ausgabenobergrenze der Krankenkassen bundesweit und im stationären Bereich durch eine entsprechende Vorgabe landesweit ersetzt.



Bild: Creative Collection

Auch mit dem EBM 2008 wird die Budgetschraube nicht gelockert. Es wird weiter ein Budget geben, aber wie üblich agiert die Politik mit neuen Begriffen, um den gegenteiligen Eindruck zu erwecken.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Gesundheitsreform

Der lange Marsch zur Einheitskasse

Die gesetzlichen Vorgaben der Gesundheitsreform halten die Leistungserbringer in Atem, gleichgültig, ob es sich um Vertragsärzte, Krankenhäuser oder Apotheken handelt. Alle sind mit den Folgen beschäftigt, die ihnen diese Gesetzgebung beschert hat. Die Gefahr besteht darin, dass sich bei dem Leistungserbringer der Blickwinkel so verengt, dass man die große politische Linie, die in diesen gesetzlichen Vorgaben steckt, leicht übersieht: den Weg zur Einheitskasse.

Zwischendurch lohnt es sich deshalb, über die entscheidenden Punkte unseres Gesundheitswesens nachzudenken. Dabei geht es hauptsächlich um drei Fragen:

- Wer finanziert in Zukunft unser Gesundheitswesen?
- Wer übernimmt die Verteilung der eingegangenen Gelder?
- Nach welchem ordnungspolitischen Prinzip werden sie verteilt?

Bei der ersten Frage ist die politische Antwort noch völlig offen. Der Gesundheitsfonds, der von der Großen Koalition beschlossen wurde und nach Meinung unserer Bundeskanzlerin auch umgesetzt werden soll, ist der halbe Weg zum Konzept der SPD, nämlich zur Bürgerversicherung.

Mit diesem Prinzip Gesundheitsfonds hat man sich schon sehr weit von dem seitherigen Versicherungsprinzip einer gesetzlichen Krankenversicherung entfernt und ist auf dem Weg zu einer Finanzierung über eine Pseudosteuer. Die Beiträge werden nicht mehr als Prämie eingezogen, sondern richten sich wie die Steuer nach dem Einkommen des Bürgers. Wenn die CDU in dieser Frage nicht massiv gegensteuert, wird die Politik auf diesem Weg zwangsläufig weiter gehen.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Der Verfall der Fallwerts Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?

Die Vertragsarztkollegen klagen. Nach ihrer Meinung steht dem ambulanten System immer weniger Geld zur Verfügung. Folge sei eine heimliche Rationierung und die Unterfinanzierung der Praxen. Die Krankenkassen behaupten demgegenüber, dass sie Jahr für Jahr mehr in die ambulante Versorgung bezahlt hätten, mindestens die Grundlohnsumentensteigerungen. Die Erhöhungen seien zwar nicht berauschend, die Klagen der Ärzte aber unberechtigt. Wer hat Recht? Wahrscheinlich beide: Kassen und Ärzte.

Der leichte Anstieg der Ausgaben für die ambulante Versorgung reicht nicht aus, die gleichzeitig auftretende Erhöhung der Morbidität in unserer Bevölkerung abzubilden. Alle Kundigen im Gesundheitswesen wissen um diesen Umstand, auch wenn er mangels eines verwertbaren Morbiditätsindex leider zahlenmäßig nicht belegt werden kann.

Lesen Sie weiter auf Seite 5

Gesundheitsfonds

Endlich mehr Geld im System

Der Gesundheitsfonds steht vor der Tür. Dieses Konstrukt hat die Große Koalition als Kompromiss geboren. Viele Insider haben ihn von Anfang an als faul bezeichnet, weil er versucht, zwei völlig gegensätzliche Positionen zu vereinen: ein am Versicherungsprinzip orientiertes Prämiensystem der CDU/CSU und eine Bürgerversicherung der SPD, die über eine Pseudosteuer finanziert werden soll.

Viele fürchten, dass außer einer weiter überbordenden Bürokratie bei dem Gesundheitsfonds nichts herauskommt. Besonders aufgeregt waren die sogenannten Versorgerkassen, die viele Alte und Kranke in ihren Reihen versichert haben. Sie fürchteten, dass sie mit dem im Gesundheitsfonds festgelegten Einheitsbeitrag nicht auskommen und deshalb Zusatzprämien erheben müssen – ruinös in einem System, in dem der Beitrag den Wettbewerb bestimmt.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Editorial

Panta rhei ... alles fließt (nach Heraklit), aber fließt es in die richtige Richtung?

In Richtung einer fortschrittlichen Gesundheitspolitik in Deutschland, einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten, einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Ärztinnen und Ärzte in diesem Lande sicher nicht.

Nehmen wir den für 2009 geplanten Gesundheitsfonds, eine Missgeburt zentralistisch-bürokratischen Größenwahns. Kommt deshalb das für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland fehlende Geld ins System? Nein! Wird der

Beitragssatz der Krankenkassen berechenbarer und stabiler? Nein! Wird der vom Staat angekündigte Zuschuss für Kinder und Familienversicherte dadurch verlässlicher? Leider wieder ein klares Nein!

Nur für den Marsch in eine vom Staat abhängige, nicht am Versorgungsbedarf sondern an ökonomischer Optimierung orientierte Einheitsmedizin mit einer am Ende übrig bleibenden Einheitskasse ergibt dieser Gesundheitsfonds wirklich einen Sinn. Aber auf dem verhängnisvollen Weg dahin entstehen wieder neue Problemfelder, verbunden mit massiven Umvertei-

lungen. Da wären zu nennen der Abfluss von Finanzmitteln aus dem Süden in den Norden und Osten der Republik, mögliche Insolvenzen von Praxen, Kliniken und sogar einzelner Krankenkassen sowie der mangelnde Wettbewerb von Krankenkassen um Kranke, nicht um gesunde Versicherte. Die weitere Verschiebung der Macht zu den Krankenkassen geht einher mit ihrem wachsenden Einfluss auf ärztliche Entscheidungsprozesse. Wird durch einen einheitlichen, vom Staat willkürlich festgelegten Beitragssatz die notwendige Versorgung des einzelnen Patienten besser



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

bezahlbar? Auch diese Frage hat noch niemand mit „Ja“ beantworten können.

Eine weitere Entwicklung in die falsche Richtung ist die drohende Entprofessionalisierung unseres Arztberufes. Auch hier beschreitet das Gesundheitsministerium konsequent den falschen Weg.

„Schwester Agnes“ auf der einen Seite, der Medizin-Bachelor als Arzt

„2.Klasse“ auf der anderen und der damit vorgesehenen Verlagerung ärztlicher Arbeit auf nicht-ärztliche Berufe soll, auch hier das Primat der Ökonomie, dazu dienen, Kosten zu sparen. Die medizinische Versorgung der Patienten wird auf keinen Fall durch solche, den Arzt ersetzenden Hilfsfiguren verbessert. Die Verantwortung in der Ausübung des Heilberufes liegt weder teilbar noch delegierbar beim Arzt. Das muss auch in Zukunft oberster Grundsatz bleiben. Alles fließt... aber ein Verlust unserer internistischen Gesamtkompetenz darf nicht hingenommen werden.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Gesundheitsreform (Fortsetzung von Seite 1)

Der lange Marsch zur Einheitskasse

● Spitzenverband statt Meinungsvielfalt

Bei der zweiten Frage sind sich die Gesundheitspolitiker weitgehend einig und deshalb auch schon ein ganzes Stück weiter: Die Vielfalt der Krankenkassen soll abgeschafft werden. Durch die Einführung des Spitzenverbandes der Krankenkassen hat man einen entscheidenden Schritt in Richtung Einheitskrankenkasse getan. Wesentliche Aufgaben, insbesondere bei der vertragsärztlichen Versorgung, sind bei diesem Verband angekommen. So ist er der Verhandlungsführer gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und bestimmt damit weitgehend die Vorgaben für die Finanzierung der ambulanten Versorgung. Hier wird eine gemeinsame Linie der Krankenkassen vertreten werden. Eine Vielfalt der Verhandlungen mit unterschiedlichen Ergebnissen, wie wir sie aus der Vergangenheit kennen, wird es nicht mehr geben. Natürlich passt ein solcher Spitzenverband genau in das Prinzip der Bürgerversicherung, sodass auch hier die CDU einen entscheidenden Schritt in Richtung SPD getan hat.

● Der Finanzdeckel bleibt

Besonders interessant ist die dritte Frage. Das ordnungspolitische Prinzip unseres Gesundheitswesens ist von Norbert Blüm formuliert worden. Er hat die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik eingeführt. Alle unsere ordnungspolitischen Prinzipien von der Budgetierung hin bis zum EBM als Leistungsverzeichnis und der Zulassungsbeschränkung beruhen auf diesem Wirkprinzip. Das Morbiditätsrisiko wird beim Leistungserbringer abgegeben, die Politik bestimmt

nur noch die Größenordnung der Finanzen, die dafür ausgegeben werden können. Ein für die Politik ausgesprochen angenehmer wahlkampf-wirksamer Vorgang: Der Bürger bekommt alles, was er wünscht, der Finanzdeckel wird weiter zugschraubt. Damit ist auch der Beitragszahler zufrieden.

Besonders gut hat dieses Prinzip über die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit bei den Vertragsärzten funktioniert. Auch wenn die Kassenärztliche Vereinigung selbst immer mehr in Frage gestellt wird, so geht man doch von dem Prinzip der Budgetierung und dem Leistungsverzeichnis auf der einen Seite und dem Punktwert auf der anderen Seite nicht ab.

Auch wenn viele Vertragsärzte glauben, dass sich die Zeiten in Zukunft verbessern werden, hat man die Vorgaben festgeschraubt. Anstelle des Budgets spricht man von einer bundesweiten Ausgabenobergrenze. Der Punktwert wird aus den zu erwartenden Leistungsvorgaben berechnet. Unser Gesundheitswesen hat sich damit vom Prinzip her nicht verändert. Die Vorgaben werden nicht mehr für jede einzelne Krankenkasse und auf Länderebene, sondern bundesweit und kasseneinheitlich ausgearbeitet.

Auch die Krankenhäuser kommen in den zweifelhaften Genuss dieses Ordnungsprinzips. Zurzeit ist man wegen der Länder aber noch nicht in der Lage, einen einheitlichen Punktwert bundesweit zu definieren. Den Begriff dafür hat man aber schon landesweit eingeführt: Es ist die so genannte Baserate. Werden die Krankenhäuser mehr Geld anfordern als nach der Ausgabenobergrenze in den

Ländern vorgesehen, wird die Baserate abgesenkt. Das KV-System mit der Punktwertwährung lässt grüßen.

Dazu passt die Wunschvorstellung des BMG nach einem bundeseinheitlichen Basisfallwert für die Krankenhäuser. Dann hätte man auch auf dieser Ebene die Krankenhäuser mit den Vertragsärzten gleichgeschaltet. Es wäre dann gelungen, die Kalkulationsunsicherheit des Vertragsarztes auf alle Bereiche des Gesundheitswesens auszudehnen.

● Kapitalstock als Rücklage der Einheitskasse

Um das Prinzip der Einheitskrankenkasse für die politisch Verantwortlichen möglichst risikolos abzuwickeln, sind flankierende Maßnahmen bei den Krankenkassen notwendig. Nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit wird hier über das Insolvenz-

recht der Krankenkassen gesprochen. Dieses soll möglichst bis zum 1. Januar 2010 hergestellt sein. Natürlich wird man die Versicherten bei einer Insolvenz nicht belasten können. Es muss also jemand den Bürgen für diese Krankenkassen stellen. Der Bund hat schon klargestellt, dass er dazu im Prinzip nicht bereit ist, auch wenn er sich die ordnungspolitischen Vorgaben ausgedacht hat. Hier sind nach Meinung des BMG die Länder gefragt. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, bis maximal in 30 Jahren einen Kapitalstock anzulegen, der die Insolvenz absichert. Es ist angedacht, auch die Länder aus ihrer Verpflichtung als Bürge für die Krankenkassen zu entlassen, wenn der Kapitalstock vorschriftsmäßig aufgefüllt wird. Damit hätte man indirekt eine Einheitskasse durch den Spitzenverband eingeführt und durch

zusätzliche Gelder über einen Kapitalstock die Politik aus der Verantwortung entlassen.

Dieses mittelfristig angedachte politische Konzept ist insofern genial als es eine aus Rücklagen abgesicherte deutsche Einheitskrankenkasse vorsieht. Diese darf nur soviel Geld ausgeben wie sie tatsächlich auch einnimmt. Das Restrisiko wird durch Rückstellungen abgesichert. Der Politiker bestimmt die Richtlinien im Gesundheitswesen, übernimmt aber keine finanzielle Verantwortung. Ob dieser Plan bei den Gesundheitspolitikern aller Parteien so angekommen ist? Zumindest muss sich die CDU Gesundheitspolitik die Frage gefallen lassen, ob sie dies auch tatsächlich so gemeint hat und diesen Weg tatsächlich mitgehen will.

HFS

Gesundheitsfonds (Fortsetzung von Seite 1)

Endlich mehr Geld im System

Die Kassen haben jetzt einen Ausweg gefunden, der die Kritiker bestätigt. Von angedachter Beitragssenkung keine Spur, im Gegenteil man kalkuliert mit einem Beitragssatz von über 15 Prozent – wohl in der Hoffnung, damit genügend Einnahmen zu generieren, um auch den teuersten Kassen noch ein Überleben ohne Zusatzprämie zu garantieren. Die Politik ist entsetzt, weil damit der Wettbewerbsansatz ausgehebelt wird. Was machen aber die Kassen mit dem vielen Geld?

● Trügerische Hoffnung

Vertragsärzte und Krankenhäuser hoffen, dass die Sparbemühungen durch Anhebung der Ausgaben gemildert werden. Insbesondere die Vertragsärzte hoffen auf zusätzliches Geld.

Die Hoffnung wird trügen: Versorgerkassen sind froh, dass der Zusatzbeitrag vermieden wird, die anderen

freuen sich auf die Rücklagen, mit denen man niedrige Risiken wie gesunde Gutverdiener bewerben kann. Für die Leistungserbringer wird der Geldsegen wohl ausbleiben. Unter diesen Umständen sollte eine einheitliche Meinung zum Gesundheitsfonds durch die Ärzteschaft vertreten werden. Aber auch das ist inzwischen nicht mehr möglich. Während die Bayern und die Baden-Württemberger und sehr viele hessische Vertragsärzte zu Recht fürchten, dass sogar Mittel für die ambulante Versorgung aus ihren Ländern abfließen und damit die Versorgungssituation noch schwieriger wird, freuen sich die neuen Bundesländer auf den Gesundheitsfonds, fließt ihnen doch das Geld aus den alten Ländern zu. Wenn es ums Geld geht, gibt es keine einheitliche politische Auffassung der Ärzteschaft mehr. Interessant ist dabei, dass die Initiative der neuen Bundesländer ausgerechnet von Hes-



Bild: Creative Collection

Mehr Geld im System – aber weniger Geld im Portemonnaie der Leistungserbringer. Vor allem Ärzte aus Baden-Württemberg und Bayern fürchten, dass Mittel in die neuen Bundesländer abfließen.

sen unterstützt wird, das wohl auch zu den Geberländern gehören wird. Diese Solidaritätsbekundung für die neuen Länder muss man wohl nicht verstehen.

HFS

EBM 2008 (Fortsetzung von Seite 1)

Ein wesentlicher Baustein einer umfassenden Vergütungsreform

● Wichtiger Baustein für die Vorbereitung auf das Jahr 2009

Insofern ist der EBM 2008 ein wichtiger Baustein in der Neuordnung der Vergütungssituation, die für den 1. Januar 2009 vorgesehen ist. Der EBM 2008 geht den Weg der Pauschalierung weiter, er ist zudem eine Reaktion auf die neuen Praxisstrukturen, die sich aufgrund der medizinischen Versorgungszentren, aber vor allem auch wegen des geänderten Berufsrechtes ausgebildet haben. Wir alle haben beobachtet, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch die zeitlichen Vorgaben der Bundesregierung mit einer Fristsetzung zum 31. Dezember 2007 massiv unter Druck geraten ist. Das BMG hat nämlich mit einer Ersatzvornahme des EBM gedroht. Dies wird von der ärztlichen Selbstverwaltung gefürchtet, weil man erwartet, dass hier eine Vereinheitlichung der GÖÄ und des EBM angestrebt wird. Dies ist Bestandteil der Strategie von Ulla Schmidt, die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen in einen Topf zu werfen, um zur Einheitskasse zu kommen. Insofern musste sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung spalten, sie hat deshalb ihren EBM 2000plus nur überarbeiten können. Ein neuer Wurf eines EBM ist ihr nicht gelungen. Die Vertragsärzte dürfen darüber nicht traurig sein, wären sie doch mit einer völligen Neuorientierung der Vergütung organisatorisch überfordert gewesen. Im Hintergrund wird aber darüber nachgedacht, wie man den EBM 2008 durch eine DRG-ähnliche Struktur über Betreuungspauschalen ersetzen kann. Diese neuen Vergütungsvorgaben schützen aber nicht vor einer Ausgabenbegrenzung durch budgetähnliche Vorschriften.

● Grundpauschale und Einzelleistungen

Beschäftigen wir uns zunächst mit dem EBM 2008. Die bisherige Struktur mit Ordinationskomplexen, Konsultationskomplexen, Beratungsleistung und Strukturpauschalen, Befundübermittlungen und Einzelleistungen wird ersetzt durch die Versichertenpauschale des Hausarztes und die Grundpauschalen der fachärztlichen Versorgung mit vier Altersklassen. Über das Alter hinaus hat man sich im EBM selbst noch keinen Morbiditätsbezug von Bedeutung einfallen lassen. Darum unterscheidet sich der EBM von der Krankenhausabrechnung mit DRGs. Die Pauschalierung ist in den Fachgruppen unterschiedlich umgesetzt. In den internistischen Kapiteln des EBM verschwinden die Einzelleistungen oft vollständig in Pauschalen, während zum Beispiel bei den Urologen neben der Grundpauschale noch zahlreiche Einzelleistungen abgerechnet werden können. Je ausgeprägter die Pauschalierung, umso mehr geht aber die Transparenz der Leistungser-

bringung verloren. Den betroffenen Fachgruppen wird es damit in Zukunft schwer gemacht, einen steigenden Leistungsbedarf sichtbar zu machen. Insbesondere sind die internistischen Spezialdisziplinen wie Angiologie, Kardiologie und Pneumologie betroffen. Die Frage stellt sich, wie man in Zukunft einen Mehrbedarf darstellen und belegen kann.

● Neue Arzt- und Praxisnummern

Eine völlige Neuordnung wird es ab 1. Juli 2008 bei den Abrechnungsnummern für die KV-Abrechnung geben. Bisher bezieht sich diese allein auf die Praxis und nicht auf den einzelnen Arzt. In Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren hat man seither das Leistungsgeschehen zwischen den Ärzten dadurch durchleuchtet, indem man arztbezogene Abrechnungsgenehmigungen vorgeschrieben hat. Damit war es wenigstens teilweise möglich, die Leistungen einer Gemeinschaftspraxis zu analysieren. Dieses System wird jetzt wesentlich verfeinert. Jeder Arzt erhält eine lebenslang gültige und auch beim Arztwechsel verbleibende Arztnummer. In Abhängigkeit von der Anzahl der Betriebsstätten, in denen er tätig

ist, gibt es auch eine Betriebsstätten- und Nebenbetriebsstättennummer. Dementsprechend werden die Abrechnungsfälle neu definiert. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn es zu Fallzahlbegrenzungen kommt. Für die Kontrolle eröffnen sich der KV neue Möglichkeiten. Sie kann Abrechnungen je nach Bedarf für den einzelnen Arzt, für die Praxis und eine einzelne Betriebsstätte genehmigen und begrenzen. Hier ergeben sich auch, ungeahnte Möglichkeiten für eine Plausibilitätsprüfung. Das Instrumentarium zur Mengenbegrenzung wird damit erweitert, der bürokratische Aufwand in den Praxen wird drastisch steigen, wenn man die Abrechnungsgrenzen im täglichen Betrieb nicht überschreiten will.

● Ab 2009 wird alles besser – oder?

Von Seiten der Politik wird behauptet, dass ab dem 1. Januar 2009 alles anders, ja sogar besser werden soll. Seither haben die Krankenkassen der KV Kopfpauschalen bezahlt, gleichgültig, ob ihre Versicherten krank oder gesund waren. Das Geld, das in Zukunft der KV zur Verfügung gestellt wird, richtet sich nach der Leistungsmenge, die zur Behandlung der Versicherten erforderlich ist – dem geschätzten Behandlungsbedarf. In der Übergangsphase orientiert man sich an dem Jahr 2008, letztendlich wird diese Größe aber bei Verhandlungen auf Bundes- und Länderebene festgesetzt. Ob dies tatsächlich zu

mehr Geld im System führt, hängt also von diesen Verhandlungen ab. Dabei wird der Morbiditätsbezug durch einen Index hergestellt, der zurzeit mit großem Aufwand ausgearbeitet wird. Die Gefahr ist groß, dass die Hoffnung auf mehr Geld trügt. Rein theoretisch ist auch denkbar, dass eine Leistungsmenge definiert wird, die die Finanzsituation verschlechtert. Die KV wird sich an den Ergebnissen dieser Verhandlungen messen lassen müssen. Damit bei einem steigenden Behandlungsbedarf die Bäume für den Vertragsarzt nicht in den Himmel wachsen, gibt es die bundesweite Ausgabenobergrenze für die ambulante Versorgung. Der bundesweit definierte Punktwert wird über das Verhältnis Ausgabenobergrenze und Leistungsmenge definiert, das Prinzip der seitherigen Budgetierung lässt grüßen. Damit wird verständlich, dass viele Berufsverbände bei dieser Vergütungsform von einer Mogelpackung sprechen.

● Umverteilung heißt die Devise

Ab 1. Januar 2009 werden wir den EBM pur erleben, die Honorarverteilung regional spielt nur noch eine untergeordnete Rolle. Damit wird es zwischen den Arztgruppen erhebliche Verwerfungen geben, die bisher durch die Honorarverteilung verhindert wurden. Gewinner sind die Arztgruppen, deren Punktzahlvolumen im EBM 2008 relativ am meisten gestiegen ist. Auch die Grenze Hausarzt/Facharzt

fällt. Nach den seitherigen Zahlen dürften vor allem Hausärzte und Psychotherapeuten profitieren, Fachärzte werden aber eher Verluste einfahren. Belegt wird dies durch die Zahlen aus dem Deutschen Ärzteblatt. Die Punktzahlvolumina für die Hausärzte steigen um 20 Prozent, die der Psychotherapeuten um 17–18 Prozent. Die Fachärzte werden mit 5 Prozent abgefertigt. Der bundeseinheitliche Punktwert gilt im Übrigen für die Regelversorgung, bei Unter- und Überversorgung kann er variiert werden. Für den einzelnen Vertragsarzt bedeutet dies: das neue System ist eine Blackbox.

● Dreifache Geldflüsse von reich nach arm

Durch die Einführung des einheitlichen Punktwertes kommt es bundesweit bei der ambulanten Versorgung für die finanzstarken Länder erneut zu einem Mittelabfluss. Diese sind schon leidgeprüft durch den Länderfinanzausgleich, der ihre Haushalte stark belastet. Edmond Stoiber hat bereits beim Gesundheitsfonds schmerzlich bemerken müssen, dass wieder Bayern neben Baden-Württemberg und Hessen bei der Geldverteilung über den Gesundheitsfonds benachteiligt wird. Aber damit nicht genug. Auf der dritten Ebene, der ambulanten Versorgung, führt der bundeseinheitliche Punktwert zu einem Mittelabfluss bei den Kassen der gleichen finanzstarken Länder. Dies dürfte teils drastische Folgen für die Verträge in den dortigen KVen haben. So hat die AOK die Honorare in Bayern bereits gekündigt und will neu verhandeln. Nach dem Willen der Politik soll das freigewordene Geld in den armen Ländern, vorzugsweise den neuen Bundesländern, ankommen. Böse Zungen behaupten, dass bei diesem Transfer eine Menge Geld bei den Kassen hängen bleibt, das man gut zum Schuldenabbau benutzen kann. Es ist zu befürchten, dass auf diesem Weg der ambulanten Versorgung erneut Geld entzogen wird.

● Knackpunkt Regelleistungsvolumen

Einen Vorteil hat der feste Punktwert: Die Regelleistungsvolumina sind erstmals für den Vertragsarzt transparent. Bis zur Abstaffelungsgrenze erhält er einen festen Punktwert und kann seine Einnahmen in Euro und Cent kalkulieren. Konsequenterweise müsste er danach seine Versorgung einstellen, da kaum mit einem Abstaffelungspunktwert zu rechnen ist, der 10 Prozent übersteigt. Der Vertragsarzt wird also in Zukunft sein Verhalten besser den finanziellen Bedingungen anpassen können. Die KVen sollten sich im Übrigen daran erinnern, dass die Höhe der Regelleistungsvolumina nicht nach dem zur Verfügung stehendem Geld, sondern nach dem echten Versorgungsbedarf auszurichten ist. Man darf gespannt sein, ob das knappe medizinische Know-how der heutigen KVen ausreicht, um in den Verhandlungen über die Regelleistungsvolumina den wirtschaftlichen Interessen der Kassen bei den Verhandlungen Paroli zu bieten.

Euthyrox
167 x 188

Der Gastkommentar

Brauchen wir noch eine KV? – Zukünftige Erwartungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Vereinigungen sind heute vor allen Dingen eines: Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Aufgaben der mittelbaren Staatsverwaltung wahrzunehmen haben. KVen haben damit Gesetze anzuwenden und Recht und Gesetz sowie Verträge gegenüber ihren Mitgliedern durchzusetzen. Mit dieser Aufgabe verbunden ist der Sicherstellungsauftrag für ambulante ärztliche Leistungen, der in Kollektivverträgen konkretisiert wird. Leider ist das KV-System zunehmend nicht dazu in der Lage, seinen körperschaftlichen Auftrag adäquat zu erfüllen. Hierzu einige Beispiele:

- Im Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen erleben wir KVen, die das eigentlich von ihnen zu vertretene GKV-System schlecht reden und geradezu hemmungslos Werbung für Leistungen außerhalb des GKV-Systems betreiben.
- Im Bereich der Arzneimittelversorgung erfolgt überwiegend keine nachhaltige Unterstützung der KVen für eine rationale und wirtschaftliche Pharmakotherapie. Es entsteht der Eindruck, dass sich das Engagement der KVen hier weitgehend auf politische „Sonnensprechereien“ und Maßnahmen mit rein deklaratorischem Charakter erstreckt.

– Während in den alten Bundesländern nach wie vor – teilweise massive – Überkapazitäten bestehen, scheint sich in den neuen Bundesländern teilweise eine Situation der (drohenden) Unterversorgung abzuzeichnen. Trotz umfassender gesetzlicher Regelungen in diesem Bereich ist das KV-System offenbar nicht dazu in der Lage, sowohl der Überversorgungs- als auch der Unterversorgungssituation wirkungsvoll zu begegnen.

Welche Entwicklungen erwarten wir für die Zukunft?

Die unmittelbare Versorgungskompetenz der Krankenkassen wird weiter zunehmen. Die Krankenkassen profilieren sich zunehmend auch selbst als unmittelbare Ansprechpartner der Leistungserbringer. Hier hat die KV nur dann einen Platz, wenn es ihr besser als andere Organisationsformen (z.B. Berufsverbände) gelingt, für flächendeckende und verbindliche Vertragslösungen zu sorgen. Kurz- und mittelfristig ist jedenfalls zu erwarten, dass die Vertragskompetenz der KVen weiter ausgehöhlt wird. Dies wird durch die im Rahmen des GKV-WSG verabschiedeten §§ 73b und 73c SGB V schon sehr konkret.

Die Zahl der Krankenkassen nimmt seit Jahren ab. Mit abnehmender Zahl der Krankenkassen kommt dem Argument immer weniger Bedeutung zu, dass einzelvertragliche Gestaltungen durch die Krankenkassen zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft führen. Größere Einheiten, die sich zunehmend auch über die Landesgrenzen hinweg ausdehnen bzw. die seit vielen Jahrzehnten bewährte bundesweite Organisationsstruktur der Ersatzkassen übernehmen, führen auch zu einem entsprechenden Zuwachs der Vertragskompetenz bei den einzelnen Krankenkassen. In der derzeitigen Kassenlandschaft haben jedoch gerade kleinere Krankenkassen nach wie vor ein ausgeprägtes Interesse an KV-Strukturen, weil sie in diesen Strukturen auch als Vertragspartner mit geringerer Marktgröße zusätzliche Optionen wahrnehmen können.

Wie stellen wir uns eine gewandelte KV-Struktur vor?

Angesichts der aufgezeigten Entwicklungstendenzen ist insgesamt damit zu rechnen, dass auf Dauer die KVen Funktionen (weiter) verlieren bzw. diese Aufgaben auf mehrere Partner im Gesundheitswesen verteilt werden. Insgesamt werden sich die KVen zu



Thomas Ballast ist Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV.

Dienstleistungsorganisationen weiterentwickeln müssen. Diese Organisationen stehen dabei zunehmend im Wettbewerb mit anderen Anbietern.

Um einige Beispiele zu nennen:

- Die KVen verfügen als einige wenige Organisationen im Gesundheitswesen über direkte Abrechnungswege zu den Vertragsärzten. Sie entsprechen damit der Rolle und Funktion von Dienstleistern, wie sie in anderen Bereichen zur Abrechnung zwischen Anbietern und Krankenkassen geschaltet sind. Es ist eine Realität vorstellbar, in der Ärzte entscheiden können, ob sie direkt mit der Krankenkasse abrechnen oder ob sie dies über einen Dienstleister tun, unter denen die KV sicherlich über lange Zeit eine Sonderrolle einnehmen wird.
- Die KV kann in vielen Fällen Beratungstätigkeiten anbieten. Dies betrifft alle Praxisbereiche von der wirtschaftlichen Praxisführung über Rechtsprobleme bis hin zu medizinischen Fragestellungen. Dieser Bereich wird angesichts der Komplexität des Umfeldes, in dem sich niedergelassene Ärzte bewe-

gen, zunehmend interessanter werden.

– Die Versorgung wird weiterhin in Verträgen auf unterschiedlicher Ebene geregelt werden müssen. Eine Nachfolgeform der Kollektivverträge in der jetzigen Form könnten Verträge mit Berufsverbänden sein, wie wir sie im Bereich der sonstigen Leistungserbringer bereits jetzt haben. Zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieser Verhandlungen sind professionelle Hilfsangebote sicherlich erwünscht. Berufsverbände werden hierzu nur in eingeschränktem Umfang in der Lage sein.

Damit sind nur einige Tätigkeitsbereiche genannt, in denen die KVen mit ihren spezifischen Kompetenzen als Dienstleistungsorganisationen gute Aussichten auf neuen Märkten hätten. Im Unterschied zu heute wäre eine Zwangsmemberschaft von Ärzten nicht mehr vorgesehen, eine Mitgliedschaft wäre vielmehr freiwillig. Die Krankenkassen sind auf verlässliche Partner auch weiterhin angewiesen. Deshalb ist es unser Interesse, den notwendigen Transformationsprozess der KVen konstruktiv zu begleiten und zu unterstützen.

Thomas Ballast

Fortsetzung von Seite 3

● Punktwert: Der Arzt muss noch Geld mitbringen

Auch in Zukunft bleibt das Problem Punktwert dem Vertragsarzt erhalten, das war schon beim EBM 2000 plus so und wird auch nach der Vergütungsreform so bleiben. Alle Leistungen vom EBM sind betriebswirtschaftlich kalkuliert und gehen von 5,11 Cent für den Arztlohn und den Kostenanteil aus. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist es erfreulicherweise gelungen, einen höheren Arztlohn auf über 105 000 EUR pro Jahr zu definieren. Doch dies ist reine Augenwischerei. Der durchschnittliche Punktwert bei den Vertragsärzten liegt in Deutschland bei 3,7 Cent, so dass wir maximal auf 77 000 EUR pro Jahr kalkulierten Arztlohn kommen. Noch dramatischer wird die Situation, weil nur über den Arztlohn die fixen Kosten subventioniert werden können. Bei einem Punktwert von 3,7 Cent ist der Arztlohn bei der Quersubventionierung bei einem Kostenanteil von 72 Prozent glatt aufgebraucht, liegt der Anteil darüber muss der Arzt noch Geld mitbringen.

● Was bleibt dem Vertragsarzt bei dieser Vergütungsreform?

Die Budgetierung bleibt unter geänderten Vorzeichen erhalten, ob es

mehr Geld gibt, steht in den Sternen. Durch das Scharfschalten des EBM ab 1. Januar 2009 kommt es zwischen den Ärzten zu Honorarverschiebungen, die der einzelne Arzt kaum abschätzen kann. Einziger Vorteil: Das Leistungsgeschehen lässt sich bei einem vorher bekannten festen Punktwert über die Regelleistungsvolumina für die einzelne Praxis besser steuern. Man wird dem Vertragsarzt in Zukunft nur raten können, keine Leistungen über diese Grenze außer bei Notfällen mehr zu erbringen. Vielleicht lässt sich so in Zukunft Druck auf das System ausüben! Außerdem wird es Zeit, dass die Vertragsärzte, insbesondere die Fachärzte, überlegen, welche Möglichkeiten ihnen der Gesetzgeber außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung gegeben hat. Es geht einmal um die 73b-Verträge, die in der Regel mit der KV, aber wie wir in Baden-Württemberg sehen, auch ohne KV ausgehandelt werden können. Für die 73c-Verträge, die Hausärzte und Fachärzte betreffen, gilt dies gleichermaßen. Auch die Belegärzte müssen sich überlegen, ob sie aus dem System der Kassenärztlichen Vereinigung und seinen repräsentativen Vorgaben aussteigen, um die Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetzes auszunutzen.

HFS

Schlechtes Image der Altenpflege

Die meisten möchten lieber daheim gepflegt werden

Für den Fall, dass sie pflegebedürftig werden, möchten 35 % der Befragten zu Hause mit Hilfe ambulanter Pflegedienste versorgt werden, ebenfalls 35 % wünschen, zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden. Dies ist die Kernaussage des Altenpflege-Monitors 2007, der im November in Frankfurt/Main vorgestellt worden ist.

Die Umfrage unter 500 Personen der Generation 50plus wird jährlich als Gemeinschaftsprojekt des Vincentz Network, Hannover, der Evangelischen Heimstiftung GmbH, Stuttgart, und des Instituts Konzept & Markt, Wiesbaden, durchgeführt. Immerhin 27 % können sich eine Pflege in betreuten Wohnungen vorstellen. In ein Pflegeheim wollen demnach die wenigsten (8 %). Die einzige



In einem Pflegeheim möchten nur 8 % der Umfrageteilnehmer wohnen, denn das Ansehen der Altenpflege ist schlecht.

Betreuungsform bei Pflegebedürftigkeit, die auf der Beliebtheitskala der Befragten ein Plus verzeichnen konnte, ist die Pflege in der eigenen Wohnung mit Hilfe von Personal aus dem Ausland. Mittlerweile könnte sich jeder zehnte Deutsche vorstellen, so im Alter versorgt zu werden, berichtet die Pflege-Zeitschrift CAREkonkret (Nr. 45/10. Jahrgang).

● Schlechte Noten für die Altenpflege

Das Ansehen der Altenpflege ist nach wie vor schlecht. 81 % der Befragten geben an, das Personal habe zu wenig Zeit. 63 % finden, dass Pflege zu teuer ist, und nur 24 % äußern, dass die Pflegebedürftigen respektvoll behandelt werden. „Nur noch“ 48 % der Befragten meinen, dass die Pflegebedürftigen mit Medikamenten ruhig gestellt werden dürfen (2006 waren das noch 56 %).

Nur 26 % sind der Ansicht, dass die Altenpflege in Deutschland einen guten Ruf habe. Ein besseres Bild haben die Befragten vom Beruf des Altenpflegers. Für 59 % ist Altenpfleger ein angesehener Beruf, der aber schlecht bezahlt werde. Gerade einmal 10 % finden, dass Altenpfleger gut bezahlt würden.

Das schlechte Image betrifft vor allem die stationäre Pflege, berichtet CAREkonkret. Der Ruf der ambulanten Dienste sei sehr viel besser. Die kirchlichen Träger von Pflegeeinrichtungen stehen im Ruf, besser und günstiger als andere Träger zu sein. Besser wirtschaften können nach Meinung der Befragten jedoch die privaten Träger. Interessant ist das Informationsverhalten der Befragten. 42 % sagen, dass sie sich noch gar nicht über das Thema Pflegemöglichkeiten und deren Kosten informiert haben. Die meisten informieren sich über die klassischen Medien wie Zeitung, Fernsehen, Radio, Prospekte oder Anzeigen. Die Quelle Internet wird nur von 8 % genannt. Wichtig sind aber auch persönliche Erfahrungen wie das Gespräch mit Freunden oder der Besuch in einem Pflegeheim. Beratungsstellen, Ämter, Ärzte und Krankenkassen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

KS

Hellmut Mehnert: Ein Phänomen wird 80

Er ist ein Phänomen: Wirklich jeder kennt ihn in der Diabetesszene! Von Flensburg bis Reichenhall, von Hiddensee und Dresden bis Freiburg und Aachen, überall ist er gewesen – und manchmal hat man den Eindruck: gleichzeitig! Und er hat Vorträge über Diabetesthemen gehalten, für Ärzte gleichermaßen wie für Diabetiker. Auch Jahre nach seinem Ausscheiden als aktiver Chefarzt ist er fraglos unangefochtener Spitzenreiter in Sachen Diabetesvorträge, oft auch bei Veranstaltungen des BDI, des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Und es ist unglaublich, wie viel an Aufklärungsarbeit bis hin zu den höchsten politischen Spitzen und immer für eine faire Behandlung der von Diabetes betroffenen Menschen eintretend dieser Mann geleistet hat. Ein verdienter Mann mit einem großen Lebenswerk, ein charismatischer Mann wird jetzt 80: Professor Hellmut Mehnert. Geboren am 22. Februar 1922 in Leipzig, 1946 bis 1948 in russischer Haft, studierte Hellmut Mehnert Medizin in München, wo er 1954 Staatsexamen machte und promovierte. Ab 1955 Tätigkeit an der Medizinischen Poliklinik der Ludwig-Maximilian-Universität München bei Prof. Dr. Walter Seitz, habilitiert er dort 1964 nach einem Gastarztaufenthalt an der Joslin Clinic in Boston, USA, 1957. Bereits am 1.1.1966 wird er Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Akademischen Lehrkrankenhauses München-Schwabing, am 1.1.1968 gründet er dort gemeinsam mit Prof. Otto H. Wieland die Forschergruppe Diabetes in dem

von der Landeshauptstadt München und der Deutschen Forschungsgemeinschaft errichteten Institut für Diabetesforschung. 1974 wird er zum persönlichen Extraordinarius an der Ludwig-Maximilian-Universität ernannt. 1972/73 ist er Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, 1975 Kongresspräsident des Europäischen Diabetesgesellschaft, der European Association for the Study of Diabetes. 1980/81 ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Nach Ende seiner Tätigkeit als Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Krankenhaus München-Schwabing 1993 wird er Präsident der Deutschen Diabetes-Union von 1994 bis 2000 und Vorsitzender des Deutschen Dachverbandes Endokrinologie/Diabetologie 2001 bis 2006. Er ist Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie sowie Ehrenpräsident der Deutschen Diabetes-Union und Ehrenvorsitzender des Deutschen Dachverbandes Endokrinologie/Diabetologie. Manche nennen ihn – und mit Blick auf seine überragende Rolle auf diesem Gebiet über Jahrzehnte sicherlich nicht zu Unrecht – den Nestor der deutschen Diabetologie. Was ihn selbst an diesem Vergleich mit dem legendären König von Pylos und Belagerer von Troja stört, ist nicht die Anspielung auf dessen Alter, sondern die Nestor auch zugeschriebene Distanz zum Tagesgeschehen. Mehnert hingegen ist nach wie vor an vorderster Stelle tätig, und kein bisschen leise wird seine Stimme



Professor Dr. H. Mehnert

überall gehört. Für seine Verdienste wurde er mit dem Bundesverdienstkreuz, dem Bayerischen Verdienstorden und der Medaille „München leuchtet“ ausgezeichnet, und er ist Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette sowie der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft, der Paul-Langerhans-Medaille der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und der Günther-Budermann-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Er selbst sieht sich als Volksdiabetologe, ein Ehrentitel, der auf die Bedeutung für die vielen einzelnen Betroffenen der Volkskrankheit Diabetes abhebt. Von Anfang an war seine Arbeit auf die riesige Masse von Patienten ausgerichtet. Sein Meisterstück hat er nach seinem Studienaufenthalt an der amerikanischen Joslin-Klinik, nach München zurückgekehrt, gemacht. An seiner Diabetesfrüherfassungsaktion 1967 haben sich 750 000 Münchner beteiligt, noch heute einsamer Rekord für ein solches Massenscreening. Ganz nebenbei hat er bereits damals auf die hohe Zahl von uner-

kanntem (Typ-2-) Diabetes bei Übergewichtigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen hingewiesen. Er war maßgeblich an der Einführung der oralen Antidiabetika in Deutschland beteiligt und hat z. B. wegweisende klinische Untersuchungen für den Einsatz der Biguanide durchgeführt. Mit seinen Erfolgen in der Diabetologie kann man Hellmut Mehnert aber auch mit Franz Beckenbauer vergleichen, den er bewundert und zu seinen Freunden zählt und der auf dem Gebiet des Fußballs ebenfalls alles erreicht hat, was es zu erreichen gibt, als Spieler wie als Trainer. Eloquent und elegant wie Beckenbauer führt Mehnert den Diabetesball eng am Fuß und hat vielen seiner Mitarbeiter entscheidende Steilvorlagen für deren eigene akademische Entwicklung geliefert, beispielsweise bei der Entwicklung der Insulinpumpen in Deutschland, der wissenschaftlichen Etablierung der Kombinationstherapie mit Insulin und oralen Antidiabetika oder der Bearbeitung der Insulinresistenz und des sogenannten Wohlstandssyndroms, das mittlerweile aus Amerika als Metabolic Syndrom nach Deutschland zurückgekehrt ist. Als „Trainer“ war er Spiritus Rector mehrerer Generationen von Diabetologen, 18 Mitarbeiter seiner Schule, d. h. mehr als eine ganze Fußballmannschaft, haben bei ihm habilitiert und Chefärzte heute überall in Deutschland seine sowohl wissenschafts- als auch patientenorientierte Diabetologie. Acht Bertram-, zwei Minkowski-, ein Golgi-Preisträger und vier weitere Präsidenten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft sind aus der Mehnertschen Schule hervorgegangen. Bei so viel Analogie mit der Fußballszene wundert es niemand, dass Hellmut Mehnert eben dieser Fußballleidenschaft frönt und seit vier Jahrzehnten wohl kein Fußballspiel im Fernsehen auslässt und auch selbst auf den Fußballplatz geht. Viele große Kongresse und sonstige Öffentlichkeitsauftritte eines Professor Mehnert scheinen im Zeitplan um Fußballspiele herum gruppiert zu sein, so hat man jedenfalls den Eindruck. Wenn der FC Bayern spielt, gibt es keine Diabetesfortbildung! Mittlerweile hat Mehnert auch seine Autobiografie verfasst. „Diabetologie – eine lebenslange Herausforderung“ lautet der Titel. Was sonst, möchte man fragen. In diesem Buch findet man noch einmal bestätigt, mit welchem Weitblick Mehnert die epidemieartig anwachsende Krankheit Diabetes über Jahrzehnte begleitet und an wie vielen Stellen er und seine Schüler Entscheidendes zur Verbesserung der

therapeutischen Möglichkeiten beigetragen haben. Ein anerkanntes wissenschaftliches Gebäude ist so in der Diabetologie während seiner Zeit entstanden, und es ist wohl kein Zufall, dass Diabetologie in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg eher eine Art Außenseiterstellung einnahm, heute aber das anerkannt wichtigste Kernstück der gesamten Endokrinologie darstellt und Mehnert zum ersten Präsidenten des gemeinsamen Dachverbandes von Endokrinologen und Diabetologen gewählt wurde. Und noch etwas lernt man in der Autobiografie kennen: mit wie viel Geschick und List, Glück und manchmal auch Schauspielerei der in seiner Heimatstadt Leipzig unmittelbar nach dem Abitur von den Sowjets Verhaftete die schrecklichen Zeiten im besetzten Nachkriegsdeutschland in Gefängnissen und einem sowjetischen KZ-Lager übersteht. Diese Lebenskraft und der Hang zum Komödiantischen helfen ihm auch bei seiner Flucht nach dem Westen, wo er schließlich in München landet. Natürlich hat dies später auch seine köstlichen Seiten, wenn Mehnert beschreibt, wie er mit seinen legendären Faschingsscherzen ausgewachsene Ordinarien, Verwaltungsdirektoren und selbst seinen alten Freund an der Joslin-Klinik, Leo Krall, „hereinlegt“. Da stellt man die Seelenverwandtschaft mit dem sächsischen Landmann und autodidaktischen Schriftsteller Karl May fest, dessen Werk Mehnert Buch für Buch in seiner Schülerzeit genossen hat. „Kara Ben Nemsi der deutschen Diabetologie“ denkt man unwillkürlich bei Lektüre der Mehnertschen Autobiografie! Diese facettenreiche große Persönlichkeit, dieser noble Mann mit einem wahrhaft gesamtdeutschen Lebensschicksal in Ost und West, dieses Phänomen Mehnert begeht am 22. Februar 2008 seinen 80. Geburtstag. Es wird ihn in seinem permanenten Einsatz nicht stoppen. Gefeierte werden soll er trotzdem ganz gehörig anlässlich seines runden Geburtstags. Er hat es verdient. Seine vielen Schüler, Freunde und Bewunderer wollen ihre Dankbarkeit und ihren Respekt einem außergewöhnlichen Wissenschaftler, akademischen Lehrer und Arzt bezeugen und ihm weiterhin viel Kraft und Energie wünschen, Gesundheit und natürlich Glück, aber auch Freude und Zufriedenheit!

*Professor Dr. Dr. h. c. Eberhard Standl
Vorstand der Forschergruppe Diabetes
München; Präsident der Deutschen
Diabetes-Union; Präsident der Internationalen
Diabetes-Föderation,
Region Europa*

Der Verfall der Fallwerts (Fortsetzung von Seite 1)

Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?

Der medizinische Fortschritt wird schon lange nicht mehr für den GKV-Versicherten finanziell abgebildet. Zuständig für die Finanzierung sind die Leistungserbringer. Hat man früher den Patienten mit koronarer Herzkrankheit noch mit einem EKG abgespeist und bei der Diagnostik des Lungenkarzinoms eine Thoraxaufnahme durchgeführt, so wird heute zumindest eine teure invasive Diagnostik meist mit Schnittbildverfahren notwendig, will man das Leben der betroffenen Patienten lebenswert erhalten und mit modernen medizinischen Mitteln auch verlängern. Dies kostet unverhältnismäßig viel zusätzliches Geld, das aber durch die Grundlohnsummensteigerung in unser System nicht eingebracht wird. Da die Leistungserbringer den Fortschritt im Interesse ihrer Patienten dennoch einführen, finanzieren sie ihn somit selbst. Für die Politik ist dies mehr als bequem.

Messbar wird diese Mittelverknappung nicht an den Gesamtausgaben der Kassen für die ambulante Versorgung, sondern an der Entwicklung des Fallwertes in den einzelnen Praxen. Hier liegt der Hase im Pfeffer. Aus dem Bereich der KV Hessen liegen genauere Zahlen für die Fallwerte vor. Im hausärztlichen Bereich hat sich von 2000 bis 2006 der Fallwert von 46,27 € auf 50,47 € erhöht. Das Honorar pro Arzt hat sich dabei kaum verändert, die Fallzahlen sind nämlich rückläufig. Uneinheitlich sind die Fallwerte bei den Fachärzten. Das trifft zum Beispiel auch auf die Internisten zu. Während in Hessen der Fallwert für die Internisten ohne Schwerpunkt in den gleichen Zeitraum von 52,56 € auf 83,28 € angestiegen ist, sind die Fallwerte bei den einzelnen Schwerpunkten eher gefallen. Zum Beispiel bei den Kardiologen und Angiologen, die in einem Topf geführt werden, von 106,20 € auf 96,34 €. Aber auch andere Fach-

gruppen haben gelitten. Die Neurologen zum Beispiel haben einen Verfall ihres Fallwertes von sage und schreibe 48,61 € auf 33,02 € erlebt, bei den Orthopäden hat sich im Wesentlichen nichts verändert und die Urologen haben einen Preisverfall von 52,54 € auf 46,97 € hinnehmen müssen. Dies sind nur einzelne Beispiele, zumal noch aus einer einzelnen KV. Angesichts der unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge wird es in anderen KVen ggf. auch anders aussehen. Klar ist aber, dass die Entwicklung der Fallwerte innerhalb der Ärztegruppen sehr unterschiedlich ist. Selbst bei den Fachgruppen, in denen die Fallwerte ansteigen, sind diese mit Sicherheit nicht ausreichend, um die angestiegene Morbidität abzubilden.

Der einfache Bürger, der unser kompliziertes Gesundheitswesen genauso wie die meisten Bundestagsabgeordneten ohnehin nicht versteht, wundert sich über den Anstieg der Beiträge bei gleichzeitiger Rationierung. Aus seiner Sicht gibt er immer mehr Geld für immer weniger Leistung aus. So etwas nennt man verfehlte Gesundheitspolitik.

HFS

Pentalong
109 x 50

Vortrag von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack auf dem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 6. März 2008 in Berlin

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Sehr geehrter Herr Engelmann, sehr geehrter Herr Köhler, sehr geehrte Herren Knieps, Ballast, Reschke und Peikert, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung und die Ehre, auf einem so gehaltvollen Symposium einen Vortrag halten zu dürfen. Sie haben ja heute schon von hochkarätigen Experten (BMG, Kasse, KBV) deren Ausführungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung gehört. Ich möchte als Redner einen anderen, nämlich politischen Schwerpunkt, vielleicht sogar einen Kontrapunkt setzen.

Ich bin heute der einzige Referent, der als Vertragsarzt täglich Patienten behandelt und der die „Suppe“, die hier angerührt wurde, auch täglich auslöffeln darf. Und ich bin nicht ein von der Basis abgehobener Verbandsfunktionär. Als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, eines Verbandes mit ca. 25 000 Mitgliedern – nicht nur Europas größter Facharztverband – sondern auch in allen Versorgungsbereichen, von der hausärztlichen Versorgung über die fachärztliche bis hin in die Klinikversorgung aktiven Verbandes – bin ich auch Funktionär und oberster Interessenvertreter der Deutschen Internisten in Klinik und Praxis. Seit 1983 bin ich als Internist in Hamburg niedergelassen und habe seitdem mehrere Neuordnungen ärztlicher Vergütung mitgemacht, die erste 1987. Ich bin sozusagen ein alter Hase und erlebe auch mit, wie die Halbwertszeiten der Reformen der Vergütung dramatisch kürzer werden.

Was also ist meine Bilanz nach 25-jähriger Neuordnung vertragsärztlicher Versorgung von Patienten mit chronischen internistischen Erkrankungen? Ach ja, ich möchte noch hinzufügen, dass der Stadtteil, in dem ich praktiziere, Hamburg-Lurup, ein typischer Arbeiterstadtteil ist mit erheblichen sozialen Problemen und einem hohem Ausländeranteil, nicht versicherten Familienmitgliedern von Migranten und auch von nicht gemeldeten Ausländern. Seit Jahrzehnten gibt es dort eine absolute Mehrheit für die Sozialdemokratie, allerdings mit erheblichen Warnsignalen: Die bereits wieder vergessene Schillpartei lag deutlich über 25%. Das Potenzial an Protestwählern ist hoch. Also, wie ist meine Situation als Vertragsarzt und, noch viel wichtiger, wie ist die Versorgungssituation meiner Patienten, wie sind sie mit dem System der Gesundheitsversorgung zufrieden?

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat mich voll erreicht: Konsequentes Budgetdenken, im Hinterkopf immer die Rationierung, wem darf ich wann und was noch geben. Deutlicher Umsatzrückgang trotz Mehrarbeit, jede Menge bürokrati-

sche Arbeiten dazu. Ich kann gut verstehen, dass vor allem ältere Ärzte angesichts von Formularflut und permanenter Änderungen auf „Durchzug“ (rechts rein, links raus) gestellt haben und das Ende ihrer Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt herbeisehnen.

Was aber wichtiger ist: Bei den Patienten herrscht inzwischen ein Klima der Verunsicherung, ja der Angst. Bekomme ich noch die Behandlung, die ich brauche? Das Medikament, das mir am meisten nutzt? Die Patienten wissen, dass sich die Gesundheitsversorgung, allen Beteuerungen der politischen Parteien, des BMG und der Kassen zum Trotz, deutlich verschlechtert hat. Was aber weiter vorhanden ist und worauf wir stolz sein können, ist die hohe Zufriedenheit des Patienten mit seinem Arzt. Nicht Hausarzt oder Facharzt, sondern mit seinem Arzt. Unsere Berufsgruppe genießt in Deutschland im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen weiterhin das höchste Ansehen. Das geht aus einer gerade veröffentlichten repräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach hervor. Demnach geben 78% der Befragten an, dass sie Ärzte am meisten schätzen und vor ihnen und ihrer Arbeit besondere Achtung haben – übrigens 6 Prozentpunkte mehr als noch im Jahr 2003. 78%, das ist eine wirklich beeindruckende Zahl. Es folgen in weitem Abstand Pfarrer (39%), Hochschulprofessoren (34%), Lehrer (33%), Rechtsanwälte (27%), zum Schluss kommen Gewerkschaftsführer (8%) und die Menschen, die unser Land regieren, die Politiker mit jämmerlichen 6%. Politiker haben besonders deutlich an Ansehen eingebüßt. Zählte dieser Beruf 1972 noch für jeden Vierten in Westdeutschland zu den meistgeachteten, nennt heute nur noch jeder 16. Befragte.

Jetzt zu meiner Bewertung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung: Entscheidend für jede Neuordnung ist deren finanzielle Grundlage. Die finanzielle Ausstattung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist seit Jahren unzureichend. Diese Tatsache ist inzwischen nicht mehr umstritten, allenfalls die Höhe. Mehrere Studien sprechen von 6–8 Mrd. € Unterfinanzierung. Praxissterben, Hausarzt- und Facharztmangel, Auswanderung des ärztlichen Nachwuchses in das europäische und außereuropäische Ausland sowie zunehmende Ärzteproteste wie z. B. in Bayern sprechen eine deutliche Sprache.

Am 16. Februar war erstmals in der ZDF-heute-Sendung um 20:45 Uhr ein Beitrag über den Facharztmangel in Ostdeutschland zu sehen. Dort hat die KV Sachsen-Anhalt einen 64-jährigen Augenarzt mit einer Umsatzga-

rantie dazu bewegt, noch vier Jahre bis zu seiner Zwangs-Zulassungsentziehung die unterversorgten Patienten zu betreuen. Als die Praxis wieder startete, gab es Warteschlangen ab 5 Uhr morgens mit über 100 Menschen. Solche Szenen werden wir bald öfter sehen.

Im Fadenkreuz der Politik des BMG steht die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Da die Unzufriedenheit der Ärzte mit der KV wegen der unzureichenden Honorarsituation – verstärkt noch durch die Einführung des Gesundheitsfonds – hoch ist (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen) suchen ärztliche Gruppierungen und Verbände händeringend nach Möglichkeiten für mehr Honorar. Selektivverträge bieten sich als Danaergeschenk der Politik an. Hierdurch wird die Ärzteschaft aber weiter aufgesplittert und geschwächt. Auch dies läuft konsequent in die von der Politik beabsichtigte Richtung. Welches sind die Vorteile der neuen Gebührenordnung? Tenor der Politik: jetzt kommt die Euro-Gebührenordnung. Das hat uns Vertragsärzte natürlich gefreut. Dann haben wir die ersten Exemplare gesehen und was haben wir gesehen? Es stehen hinter den einzelnen Leistungen immer noch Punkte. Ja aber, heißt es dann, die werden mit einem festen Punktwert bedient und dann sind es Euro. Milchmädchen-Rechnung, hören wir von unseren Mitgliedern. Denn der Punktwert wird nicht 5,11 Cent sein. Denn dann hätte man ja tatsächlich gleich den Euro-Betrag hineinschreiben können.

Wo werden die Punktwerte liegen? Das ist die Gretchenfrage, wenn es denn überhaupt ein neuer EBM sein soll, der seinen Namen verdient. Fasst man alle Auguren zusammen, wird der neue (feste) Punktwert wohl 25–30% unter 5,11 Cent liegen. Was ist dann aber neu, fragen uns unsere Kolleginnen und Kollegen? Und machen die folgende Gegenrechnung auf: bei einem festgelegten Arztlohn von 105 000,00 € (genau 105 571,18 € nach dem Hestentarif bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 51 Stunden oder anders ausgedrückt bei 86,09 Cent pro Arztminute) bleiben bei einem Punktwert von 3,7 Cent nicht 105 000 €, sondern etwa 70 000 €. Diese benötigt man aber dringend zur Quersubventionierung der Kostenanteile, die korrekt mit 5,11 Cent bewertet, für die aber ebenfalls nur 3,7 Cent bezahlt werden. Dies bedeutet, dass ab einem Kostenanteil von 70 Prozent der Arzt noch Geld mitbringen muss. Dieses Täuschungsmanöver mit der so genannten Euro-Gebührenordnung haben die Kolleginnen und Kollegen natürlich durchschaut. Und wenn es hier nicht die Quersubventionierung durch die Patienten aus der privaten Krankenversicherung gäbe, müsste das ambulante GKV-System Insolvenz anmelden.

Die budgetierten Punktzahlen und die immer weiter gesunkenen Punktwerte haben lange verschleiert, wie viel weniger ärztliche Leistung wert wurde. Die Budgetierung geht auch

mit dem neuen EBM weiter, allerdings mit feineren Instrumenten; und dann kommen auch noch die Regelleistungsvolumina und werden den Rest an versprochenem Honorarzuwachs wegnehmen. Der KBV-Vorsitzende und das KV-System erwarten nach den Zusagen aus der Politik mindestens 2,5 Mrd. Euro neues Geld für die ambulante Versorgung. Wir Ärzte werden die Politik an ihren Hoffnungsappellen messen und ggf. auch darauf reagieren.

Der Hauptfehler der neuen Gebührenordnung ist ein systemimmanenter: es ist die weiter fortschreitende Pauschalierung. Mit der so weitgehenden Pauschalierung – extrem im hausärztlichen Bereich, aber auch im fachärztlich internistischen Bereich – wie im neuen EBM, erkennt der Arzt sich und seine Leistung nicht mehr wieder. Pauschalierung setzt auf den Masochismus der Vertragsärzteschaft. Es mag ja vielleicht den einen oder anderen geben, der die Pauschale schnell kassiert und dann den Patienten zum Spezialisten überweist. Die Patienten müssen aber versorgt werden.

Einen Vorteil hat aber die Pauschalierung. Die angeblich vorhandene Überversorgung wird schlagartig beseitigt sein. Überversorgung wird nämlich nicht mehr nachweisbar sein. Also auch eine so genannte Unwirtschaftlichkeit – Ärzte würden

zu viele Leistungen an ihren Patienten erbringen – wird schlagartig beseitigt sein. Aber den Designern der Gebührenordnung geht es ja längst um etwas anderes: eine Verschleierung der Unterversorgung. Im europäischen Vergleich bestellen deutsche Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten viel zu häufig ein (zu viele Patienten-Arzt-Kontakte), so ein weiterer Vorwurf. Meistens handelt es sich hier um Verlaufskontrollen bei der Therapie von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Hypertonie, Diabetes, COPD, KHK, Tumorleiden sind typische chronische Erkrankungen aus meinem Fachgebiet der Inneren Medizin. Patienten werden in Zukunft wohl deutlich weniger einbestellt werden. Kontrolluntersuchungen sind bereits mit der Pauschale abgegolten. Dass sich damit die Versorgung weiter verschlechtert, braucht nicht noch einmal betont zu werden. Hier leistet die neue Gebührenordnung der weiteren Entwicklung zur Zweiklassen-Medizin auch noch aktiven Vorschub.

FAZIT: Es gibt Gesundheitssysteme mit Gebührenordnungen, da geht es dem Arzt gut. Auch Systeme, da geht es dem Arzt schlecht und dem Patienten gut. Und dann gibt es noch das deutsche System, da geht es Patient und Arzt zunehmend schlechter.

Elektronische Patientenakte

Verbesserung der Versorgungsqualität ist fraglich

Elektronische Patientenakten sollen dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu erhöhen. Bisherige Untersuchungen kamen diesbezüglich jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Auch J. A. Linder et al. legten hierzu eine Arbeit vor.

Arch Intern Med 2007; 167: 1400–1405

Mithilfe einer Datenbank analysierten die Autoren retrospektiv Patientenbesuche in Arztpraxen, die in den USA in den Jahren 2003 und 2004 stattgefunden hatten. Hierbei war nachvollziehbar, ob die Ärzte eine elektronische Patientenakte verwendet hatten oder nicht. Anhand von 17 vordefinierten Qualitätskriterien überprüften die Autoren, ob eine solche Patientenakte die Güte der medizinischen Versorgung der Patienten positiv beeinflusste bzw. ob ihnen im anderen Fall Nachteile entstanden. Grundlage der Auswertung bildeten 1,8 Mio. Arztbesuche. Insgesamt wurde in 18 % der Fälle eine elektronische Patientenakte verwendet (2003 bei 16 % und 2004 bei 20 % der Arztbesuche), was unabhängig war von Alter, Geschlecht, Rasse oder Versicherungsstatus der Patienten und auch von der Fachrichtung des Arztes.

Für 14 der 17 Qualitätskriterien gab es keinen Unterschied mit oder ohne elektronische Patientenakte. Ledig-

lich in zwei Punkten schnitt die elektronische Hilfe besser ab: Im Falle ihres Einsatzes vermieden es Ärzte häufiger, Patienten mit einer Depression Benzodiazepine zu verschreiben (91 vs. 84 %) und Routineurinkontrollen bei einem normalen Arztbesuch durchzuführen (94 vs. 91 %). Im Gegensatz dazu führte der Gebrauch der elektronischen Patientenakte aber auch zu einer niedrigeren Verschreibungsrate an Statinen bei Patienten mit Hypercholesterinämie (33 vs. 47 %). In einer Subanalyse rieten Allgemeinärzte und Kardiologen erwachsenen Rauchern häufiger zur Nikotinkarenz, wenn sie die elektronische Akte verwendeten (39 vs. 25 %).

● Fazit

Der Einsatz elektronischer Patientenakten führte im ambulanten Bereich nicht zu einer verbesserten Qualität der Versorgung, so die Autoren.

2. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen 2008

Internistischer Fachverband und Gesundheitspolitik

Mit der Erkenntnis, dass jegliches ärztliches Handeln von den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen geprägt und überlagert ist, haben wir als Landesverband Niedersachsen des BDI eine inzwischen zur Institution avancierte Fortbildungsreihe ins Leben gerufen. Sie fand mit dem 2. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen am 19. Januar 2008 ihre Fortsetzung.

Ehe das offizielle Programm eröffnet und von Herrn Dr. Kirsten moderiert wurde, hatte unser Landesvorsitzender, Herr Dr. Bodammer, mit uns die große Freude, den Präsidenten des BDI, Herrn Dr. Wesiack, den 1. Vizepräsidenten, Herrn Dr. von Römer, die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Dr. Wenker, und den Vizepräsidenten, Herrn Dr. Voigt, zu begrüßen. Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei dem Stellvertretenden Vorsitzenden unseres Landesverbandes, Herrn Dr. König, mit dem ich die Einzelschritte der organisatorischen Planung zeitlich koordiniert habe.

Für die wissenschaftliche Leitung konnte ich Herrn Prof. Dr. Manns von der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, gewinnen, dem ich hiermit nochmals meinen besonderen Dank ausspreche. Neben seiner „Einführung in die Gastroenterologie“ sorgten hochqualifizierte Mitarbeiter seines Hauses für die fachliche Fortbildungsthematik. Herr Dr. Bachmann behandelte die „Diagnostik und Therapie chronischer Darmerkrankungen im Zeitalter der anti-TNF-Antikörper-Therapien“ mit der Frage nach der Praxisrelevanz. Herr Dr. Jaeckel referierte zum Thema „Dia-

betes mellitus 2008“ über „Neue therapeutische Entwicklungen“. Im gesundheits- und berufspolitischen Mittelteil des Fortbildungstages nahmen der BDI-Präsident, Herr Dr. Wesiack, und der 1. Vize-Präsident, Herr Dr. von Römer, Stellung zur aktuellen Gesundheitspolitik. Es schloss sich das Referat von Herrn Dr. Kirsten an über „Haftungsfragen in der Medizin – Aus der Sicht des Arztes“, das die zunehmenden Diskrepanzen zwischen dem Zivilrecht einerseits und dem Sozial- bzw. Vertragsarztrecht andererseits herausarbeitete. Als Konsequenz wurde auf die Gefahren hingewiesen, dass bei anhaltender Entwicklung Negativauswirkungen auf das ärztliche Selbstverständnis und die medizinische Versorgung der Bevölkerung unvermeidbar sind. Bezüglich der Haftungsproblematik besteht somit für unsere ärztlichen Selbstverwaltungsorgane und für die politischen Entscheidungsträger dringender Handlungsbedarf, für uns Ärzte in unserem Gesundheitssystem mehr Rechtssicherheit zu schaffen. Einer auf Bundesebene gebahnten Kooperation des BDI mit dem HDI-Gerling-Konzern wurden wir regional insofern gerecht, als uns Herr Direktor Schütte und der Fachanwalt

Welche Aktivitäten gibt es in Ihrem Landesverband?

Wenn Sie über Veranstaltungen oder weitere Aktivitäten in Ihrem Landesverband, Ihrer BDI-Sektion oder Arbeitsgemeinschaft in BDI aktuell berichten möchten, setzen Sie sich bitte mit der BDI-Geschäftsstelle in Wiesbaden in Verbindung. Wir freuen uns über weitere Berichte aus den einzelnen Landesverbänden!

für Medizinrecht, Herr RA Ullrich, weitergehende Haftungsproblematiken, aber auch aktuell modifizierte versicherungsrechtliche Lösungsmöglichkeiten aufzeigten. Herr Dr. Cornberg ergänzte den medizinisch-fachlichen Teil des Fortbildungstages mit seinem Vortrag „Diagnostik und Therapie der Hepatitis B und C: Neue Medikamente - Neue Standards“.

Wie auch die sachorientierten jeweiligen Diskussionen zeigten, wird dieser jetzt schon traditionelle Internistische Fortbildungstag im Januar besonders auch wegen der Kombination von Fachwissen und gesundheitspolitischen Aktualitäten eine

zunehmende Akzeptanz finden. Die letztlich von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen gewährten 6 Fortbildungspunkte können die Positivaspekte dieser Veranstaltung nur noch abrunden.

BDI aktuell und dem niedersächsischen Ärzteblatt werden auch zukünftig der genaue Termin des Internistischen Fortbildungstages im Januar 2009 und das Programm unter einem medizinischen Generalthema zeitgerecht zu entnehmen sein.

Dr. Wolf-Dieter Kirsten, BDI-Landesverband Niedersachsen

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



Als Facharzt in die USA

Gute Chancen in unterversorgten Gebieten

Viele Amerikaner, allen voran Hillary Clinton, kritisieren das eigene Gesundheitssystem und die fehlende Versicherungspflicht. Doch für Ärzte ist das Arbeiten in den Vereinigten Staaten nach wie vor um einiges angenehmer als in Deutschland, sagen Mediziner, die dort leben.

Seit zwei Jahren lebt Dr. Tom Klein nun schon in New Mexico. Der Deutsche ist in einer Privatpraxis in der 25 000 Einwohner zählenden Kleinstadt Deming angestellt, nur 30 Meilen von der mexikanischen Grenze entfernt. Wie sein Freund Dr. Christian Spies (siehe BDI aktuell 3/08) hat er seinen Facharzt für Innere Medizin bereits in den USA gemacht – auf Hawaii.

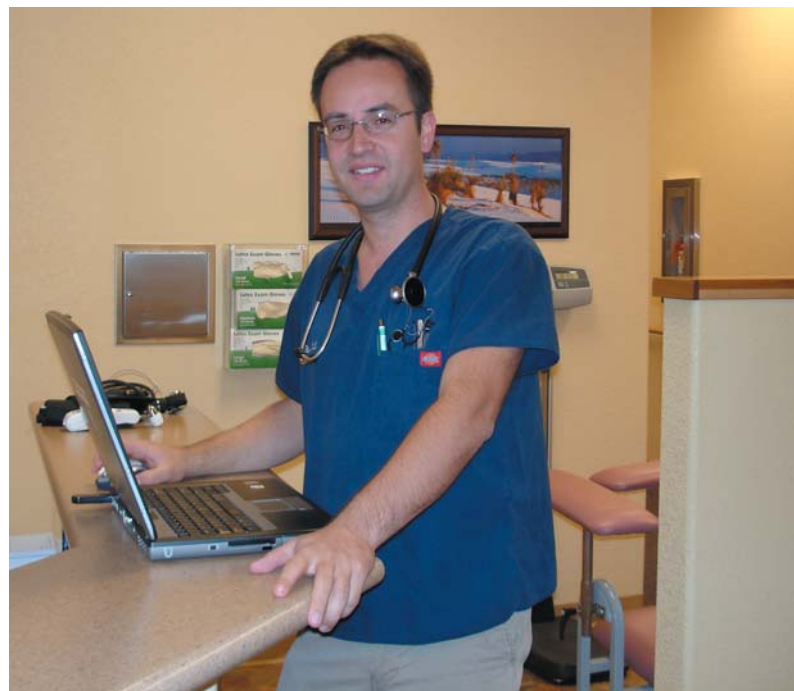
„Nicht jeder schließt an die Facharztarztausbildung zum allgemeinen Internisten – die residency – eine weitergehende Ausbildung, etwa zum Kardiologen – das fellowship –, an. Wer möchte, kann sich nach Erwerb des Facharztstitels auch gleich für eine Stelle bewerben“, erzählt Klein. Klein selbst hat nach Ende seiner Weiterbildung noch eine Weile an seinem Ausbildungs Krankenhaus als Organisator und Ansprechpartner für die künftigen Fachärzte weiter gearbeitet und sich dann nach einer geeigneten Stelle umgesehen.

Viele ausgebildete Internisten bezahlten Agenturen, um eine Anstellung als niedergelassener Facharzt zu finden, erzählt der Deutsche. Er habe sich jedoch selbst an eine Headhunterfirma für Arbeitgeber mit der Bitte um Vermittlung von Angeboten gewandt und sei darauf hin täglich von Einladungs-E-Mails potenzieller Arbeitgeber überhäuft worden. „In den unterversorgten Regionen suchen sie nämlich händelnd Ärzte“, weiß der Internist.

● Unbefristete Aufenthaltsgenehmigung nach drei Jahren in einer unterversorgten Region

Wie Christian Spies ist auch Tom Klein mit dem sogenannten J1-Visum in die USA gekommen, das Aufenthalt und Arbeit für sieben Jahre ermöglicht. Nach Ablauf dieser Zeit muss ein Ausländer nach dem Gesetz für zwei Jahre in sein Heimatland zurück kehren – ein sehr unpraktischer Umstand, so Klein, denn man verliere in dieser Zeit leicht seine in den USA äußerst wichtigen Kontakte. Einen Ausweg bietet eine Anstellung in einem unterversorgten Gebiet. Wer eine Stelle in der Provinz annehme, dürfe nicht nur länger als insgesamt sieben Jahre bleiben: Er erhalte nach drei Jahren auch eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung und könne sich schließlich niederlassen, wo er wolle. Während dieser drei Jahre müsse ein niedergelassener Arzt jedoch in einer größeren Praxis angestellt sein. Sich alleine niederzulassen sei nicht möglich.

● **Deutscher Facharzt von den Behörden nicht anerkannt**
Eigentlich habe er in Hawaii bleiben wollen, wo es auch unterversorgte Regionen gebe, erzählt der Internist. Doch das Angebot von New Mexico habe ihn schließlich überzeugt. „Anders als bei der residency und beim fellowship, wo man sich zentral bewirbt und sich teilweise schon vornehmen kann wie ein Bettler, wird man als fertiger Facharzt in den unterversorgten Regionen meist regelrecht hofiert.“ Flug, Unterkunft und Ausgaben für sein Bewerbungsgespräch habe sein jetziger Chef komplett übernommen. Ausschlaggebend für seine letztendliche Einstellung seien wohl die positiven Empfehlungsschreiben seiner Ausbilder in



Ohne seinen Facharzt in den USA gemacht zu haben, sind die Chancen nahezu aussichtslos, dort arbeiten zu können. Dr. Tom Klein hat seinen Facharzttitel für Innere Medizin in Hawaii erworben.

Hawaii gewesen. „Auf diese Schreiben legen sie hier fast noch mehr Wert als auf die Noten“, so der Facharzt. Um in New Mexico praktizieren zu können, musste Klein jedoch erst die Zulassung durch den Bundesstaat erhalten. „Ich hatte zunächst nur eine Arbeitslizenz für Hawaii. Jeder Staat hat hier aber seine eigene Zulassungsbehörde.“ Also schickte der Internist eine Liste aller Krankenhäuser, in denen er gearbeitet hatte samt Originalzeugnissen an das New Mexico Medical Board. „Das war recht aufwendig“, erzählt Klein, „denn ich brauchte zum Beispiel das Originalzeugnis meiner deutschen Universität in Köln.“ Auch einen Anwalt für Einwanderungsrecht musste er sich nehmen. Die Zulassung in New Mexico gilt für zwei Jahre, danach muss sie erneut beantragt werden. Wichtig auch hier: Ohne seinen Facharzt in den USA gemacht zu haben, sind die Chancen annähernd aussichtslos. Der

deutsche Facharzt wird von den Behörden nicht anerkannt. Zu unterschiedlich sind die Ausbildungen in den beiden Staaten, sagt der Wahlamerikaner.

● **Außerhalb der Dienstwoche geregelte Arbeitszeiten**
Insgesamt acht Ärzte arbeiten in der Gemeinschaftspraxis in Deming. Fast 2000 Patienten betreut Klein insgesamt. Davon sieht er etwa 25 pro Tag. Sein Chef hat einen Vertrag mit dem lokalen Krankenhaus: Tagsüber arbeitet der Deutsche wie seine Kollegen von 8:30 bis 17 Uhr in der Praxis. Wird einer seiner Patienten ins Krankenhaus eingewiesen, wird Klein informiert und betreut diesen dann vor, nach und manchmal auch wäh-

rend seiner Sprechzeiten in der Klinik. Alle vier Wochen hat der Internist für sieben Tage Notdienst. Dann muss er rund um die Uhr erreichbar und in 20 Minuten in der Klinik sein können, falls ein Patient seiner Praxis oder ein Patient ohne eigenen Arzt einen Notfall hat. „Die Dienstwoche ist sehr anstrengend“, sagt der Mediziner, „aber das liegt daran, dass ich in einer unterversorgten Region arbeite.“ Außerhalb dieses Notdienstes könne er gewöhnlich um 17 Uhr nach Hause gehen. Muss einer seiner Patienten außerhalb seiner Dienstzeiten in die Klinik, kümmert sich der diensthabende Arzt nachts und am Wochenende um die Betreuung des Kranken. Insgesamt müsse er so zwar gerade während seiner Dienstwoche sehr viel arbeiten, so der Facharzt, doch die restliche Zeit habe er mehr oder weniger geregelte Arbeitszeiten und dadurch mehr Freizeit als viele Kollegen in Deutschland.

Bei der Arbeit im Krankenhaus erhält Klein Unterstützung durch andere Angestellte, zum Beispiel Schwestern oder sogenannte „Nurse Practitioners“. Diese zählen zwar noch als Krankenschwestern, haben aber bereits eine medizinische Ausbildung und können daher nach Absprache mit dem Arzt die routinemäßige Betreuung von Patienten übernehmen – von der Medikation bis zum Spritzensetzen. Vor allem bei leichten Erkrankungen wie etwa einer Blaseninfektion kämen sie zum Einsatz. „Die Nurse Practitioners erleichtern dem Arzt ungemein die Arbeit“, meint Tom Klein, „So kann ich mich um meine schweren Fälle kümmern.“ In Klinik und Praxis übernehmen zudem zentrale Manager die Abrechnungen und Rezeptionistinnen kümmern sich um die Einweisung und die Terminabsprachen. Jeder Arzt habe außerdem seine persönliche Arzthelferin.

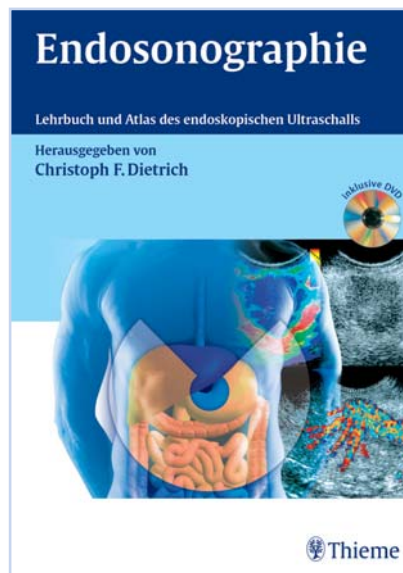
● **Schwankender Verdienst**
Seinen Verdienst hält Klein für recht gut. Er schwanke jedoch je nach Arbeitsaufwand. „Hier in den USA wird nicht bezahlt, wie gut man ist, sondern wie gut man seine Arbeit dokumentiert.“ Bei einem Diabetiker etwa müsse man möglichst lückenlos auflisten, welche Anzahl von Symptomen man untersucht habe: ob der Patient etwa bereits unter Beeinträchtigungen seines Sehvermögens leide oder Nierenschäden habe. „Hier gibt es einen Spruch: Nicht dokumentiert heißt, nicht passiert“, so Klein. In ein elektronisches System gibt der Internist alle seine Tätigkeiten genau ein, um später mit den Kassen exakt abrechnen zu können: Je nach Anzahl der dokumentierten Untersuchungen wird er honoriert. Die Manager und Arzthelferinnen übernehmen allerdings einen Großteil der Abrechnung. „Wenn man angestellt ist, hat man mit dem Papierkram nicht so viel zu tun.“ Je nach Arbeitsaufwand, dokumentierten Untersuchungen und Region kann das Einkommen zwischen 100 000 und 250 000 US\$ liegen. „Einer der größten Nachteile des Arbeitens hier ist die Krankheit der Amerikaner, für alles einen Rechtsanwalt einzuschalten“, so der niedergelassene Arzt. Viele Mediziner hätten Angst, verklagt zu werden und nähmen daher lieber einen Test zuviel vor als einen zu wenig. Insgesamt verschrieben die amerikanischen Ärzte auch schneller Antibiotika, um mögliche Klagen der Patienten zu verhindern. „Viele Amerikaner drängen darauf, Tabletten zu bekommen, damit sie am nächsten Tag wieder arbeiten können“, so Klein.

● **Gute Akzeptanz als Deutscher**
Insgesamt zieht der Facharzt eine positive Bilanz seiner Arbeit in den USA. Als Deutscher werde man meist sehr gut behandelt, da Deutsche im Ruf stünden, fleißig zu sein. Das Miteinander mit den Kollegen sei toll. „Es lohnt sich absolut, hier zu arbei-

ten“, sagt Klein. Zum amerikanischen Thanksgiving-Fest habe ihn sein Chef nach Hause eingeladen, und auch auf Wanderungen habe er ihn schon mitgenommen. Wenn er Fragen oder Probleme habe, könne er sich jederzeit an seinen Chef wenden. Besonders die Umgebung hat es dem Deutschen angetan. „New Mexico ist ein interessanter Bundesstaat“, erzählt Klein, „es gibt hier Wölfe, Pumas und Klapperschlangen. Die Gegend ist spärlich besiedelt, die Menschen leben hauptsächlich von der Landwirtschaft.“ Natürlich müsse er oft längere Strecken fahren, um beispielsweise kulturelle Veranstaltungen zu besuchen. „Die nächstgrößere Stadt Las Cruces ist 60 Meilen entfernt. Doch dadurch, dass es hier keinen Stau gibt, bin ich in 45 Minuten dort.“ Wenn sich allerdings die Möglichkeit bietet, will der Facharzt nach Ablauf der drei Jahre in eine etwas weniger ländlich geprägte Region ziehen, in der kulturell mehr geboten ist.

● **Die Alternative: Hospitalist**
Als Alternative zur Anstellung in einer Praxis gibt es seit einigen Jahren die Möglichkeit, als angestellter „Hospitalist“, also als reiner Klinikarzt, in einem Krankenhaus einer größeren Stadt zu arbeiten. Hospitalists kümmern sich wie deutsche Krankenhausärzte lediglich um die Versorgung der Klinikpatienten und übernehmen keine ambulante Versorgung. Die Auseinandersetzung mit Abrechnungsfragen etwa bleibt Hospitalists fast komplett erspart. Insgesamt scheint sich das Konzept in den USA immer mehr zu etablieren. Bereits 20 000 reine Klinikärzte gibt es mittlerweile. Kleins Kollege Dr. Christian Spies (siehe BDI aktuell 3/2008) kennt aus seiner Arbeit in der Großstadt Chicago einige Hospitalists. Wie deutsche Klinikärzte arbeiteten diese in Schichtdiensten von bis zu 13 oder 14 Stunden am Stück. Für diese Arbeit erhält ein allgemeiner Internist etwa 130 000 bis 160 000 US\$, ein Kardiologe nach seiner insgesamt sieben Jahre dauernden Weiterbildung rund 250 000 bis 500 000 US\$. Da die jungen Mediziner in den USA für die Finanzierung ihres Studiums zum Teil recht hohe Kredite aufnehmen müssten, verschlinge das Abzahlen der Kredite allerdings einen Großteil des Gehalts. Krankenversicherung und Altersversorgung müssten ebenfalls privat geregelt und daher vom Verdienst abgezogen werden. Auch für Hospitalists gilt allerdings: Wer seinen Facharzttitel nicht in den USA erworben hat, hat wenig Chancen auf eine Anstellung. Es sei denn, er ist eine Koryphäe auf seinem Gebiet und hat sich über Deutschland hinaus einen Namen gemacht. In diesem Fall gäbe es hin und wieder auch Ausnahmen. „Das Schöne an den USA ist ja: alles ist immer irgendwie möglich“, sagt Spies.

Stephanie Hügler



Christoph F. Dietrich
Endosonographie
Lehrbuch und Atlas des endoskopischen Ultraschalls
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2008
 528 S., 110 Abb., DVD, 149,- €

Praxisnah und verständlich

Nach der 2006 erschienenen englischsprachigen Ausgabe liegt jetzt eine erweiterte und überarbeitete Version des Lehrbuches und Atlas des endoskopischen Ultraschalls in deutscher Sprache vor. Der Herausgeber Christoph F. Dietrich und ein Team namhafter internationaler Autoren stellen auf insgesamt 516 Seiten umfassend alle Aspekte dieser von vielen als endoskopische Königsdisziplin beschriebenen Ultraschallme-

thode dar. Das Buch gliedert sich dabei didaktisch gegliedert in verschiedene Abschnitte beginnend mit der Erläuterung der Techniken und der diagnostischen Interventionen. Im Weiteren folgen zwei große Kapitel in denen der endoskopische Ultraschall Organsystemen zugeordnet wird: dem kompletten Gastrointestinaltrakt vom Ösophagus bis zum Anus sowie der Lunge und dem Mediastinum. In den beiden letzten Kapiteln werden neue Therapieverfahren und weitere Anwendungen inklusive des spannenden Themas „NOTES“ abgehandelt.

Ein Verfahren wie die Endosonographie lebt von Bildern. Diesem Aspekt wird in dem vorliegenden Werk voll und ganz Rechnung getragen. Die reichhaltige und exzellente Bebilderung wird ergänzt durch eine Vielzahl von Tabellen und Literaturübersichten. Zusammenfassungen, Bewertungen, Ausblicke und Empfehlungen der Fachgesellschaft runden die einzelnen Kapitel ab. Der Leser kann sich so schnell einen Überblick verschaffen. Zusätzlich ist dem Lehrbuch und Atlas eine Lehr-DVD mit 70 Videos und vielen Standbildern beigefügt, die thematisch den entsprechenden Buchkapiteln zugeordnet sind. Dies lässt den Leser/Betrachter praktisch „live“ mit dabei sein. Die rasante technische, aber auch diagnostische und therapeutische Entwicklung der Endosonographie

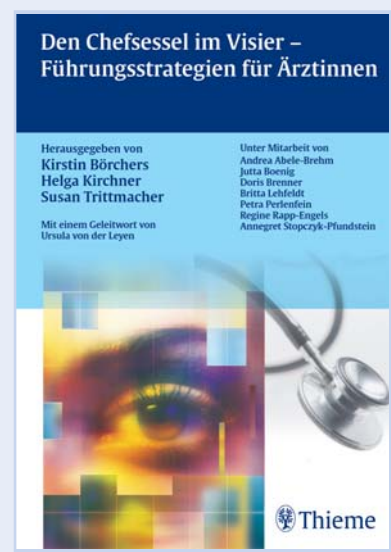
wird umfassend aktuell dargestellt. Wer hätte vor einigen Jahren die in dem Kapitel „Forcierte interventionelle Endosonographie“ beschriebenen Techniken der EUS-Cholangiodrainage und Pankreasgangdrainage für möglich gehalten? Diese spannenden Entwicklungen sind praxisnah und auf hohem Niveau, aber trotzdem verständlich beschrieben und machen Lust auf mehr. Das Preis-Leistungs-Verhältnis darf in Anbetracht des exzellenten Bildmaterials und der beigefügten DVD als hervorragend gelten.

Fazit: Lehrbuch und Atlas des endoskopischen Ultraschalls schaffen es in hervorragender Weise aktuell und auf sehr hohem Niveau, aber trotzdem verständlich und didaktisch ausgezeichnet die Endosonographie diagnostisch und therapeutisch organbezogen darzustellen. Dieses Buch richtet sich mit seinem sehr guten Preis-Leistungs-Verhältnis an alle klinisch tätigen Gastroenterologen und gastroenterologisch interessierte Ärzte.

Dr. Markus Hofmann



Dr. Hofmann ist Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologe und Ernährungsmediziner. Derzeit ist er als leitender Oberarzt im Krankenhaus Weiblung in der Medizinischen Klinik II tätig.



K. Borchers, H. Kirchner, S. Trittmacher
Den Chefsessel im Visier - Führungsstrategien für Ärztinnen.
 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2006
 39,95 €

„Frauen führen völlig anders“

Zehn Autorinnen aus den Bereichen Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Betriebswirtschaft, Soziologie, Psychologie, Consulting und Ethik stellen ihren Leserinnen (Ärztinnen) fachübergreifend dar, was so bisher noch keinem Mann (Arzt) gezeigt wurde: den Schlüssel zum Erfolg. Gelegentlich männerfeindlich – „old boys system“ – werden viele Begriffe aus der Business-Welt auf den Klinikbetrieb übertragen und verständlich gemacht.

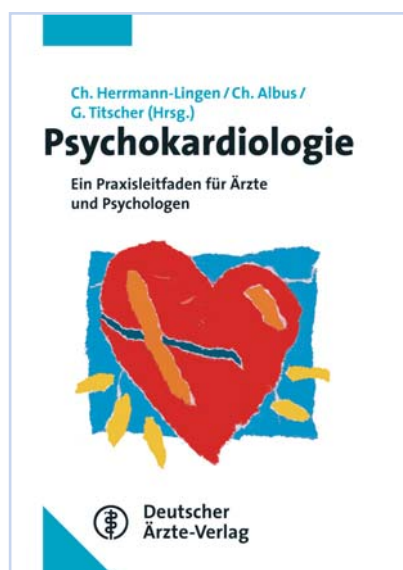
Geschlechtsspezifische Unterschiede stellen die Autorinnen – etwas plakativ – als Vorteil oder Nachteil dar. Neben den bekannten Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern, im Vorwort der Familienministerin bereits vollständig dargelegt, liest man interessante Fakten über Karriereverläufe, Führungspersönlichkeiten, „work-life-balance“, Ethik, Krisenmanagement, Mobbing und (sehr gut) über neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen. Ärztinnen erfahren etwas über „Selbstmanagement“, „Mentoring“ bis hin zu Gremienarbeit im (weiblichen) Netzwerk. Einige Rückfälle in den Feminismus der 70er-Jahre und teils schwache Fallbeispiele können das ehrliche Engagement der Autorinnen nicht schmälern.

Fazit: Lesen Sie dieses Buch, liebe Kolleginnen, gewinnen Sie an Souveränität, Führungskompetenz und Fachwissen im „Business“ Krankenhaus. Fast möchte man Ihnen wünschen, dass das Buch nicht zu vielen männlichen Konkurrenten in die Hände fällt.

Dr. Rainer Wallraf



Dr. med. Rainer Wallraf ist seit 15 Jahren Chefarzt der Anästhesieabteilung des Heilig Geist-Krankenhauses Köln und hat hoffentlich nur glückliche Mitarbeiterinnen.



Ch. Herrmann-Lingen, Ch. Albus, G. Tischer (Hrsg.)
Psychokardiologie
Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen
 Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2008
 299 Seiten, 13 Abb. und 8 Tab.
 39,95 €

Die psychosomatische Kompetenz erweitern

Das Buch „Psychokardiologie“ widmet sich der krankheitswertigen psychischen Komorbidität kardiologischer Erkrankungen und gibt einen praxisrelevanten Einblick in die Erkenntnisse der Forschung der letzten 20–30 Jahre. Durch eine klare Gliederung findet sich der Leser schnell zurecht. Zunächst erfolgt eine kurze Darstellung der pathophysiologischen Grund-

lagen der häufigsten kardiologischen Erkrankungen. Es schließt sich die gut verständliche Einführung in die Grundkonzepte der psychosomatischen Medizin an. Ein ausführliches Kapitel widmet sich den im kardiologischen Alltag häufig anzutreffenden psychosomatischen Problemfeldern wie funktionellen Herzbeschwerden, krankheitsrelevanten Persönlichkeitsfaktoren, Risikoverhalten oder Angststörungen. Die kardialen Beschwerden werden ebenso unter psychosomatischem Aspekt erörtert wie die mit Diagnostik und Therapie verbundenen Interventionen (Herzkatheter, Herzschrittmacher, Bypass-OP etc.).

Als Grundlage für die Erstellung eines Gesamt-Behandlungsplanes inklusive der Primär- wie auch Sekundär-Prävention wird auf den hohen Stellenwert der Arzt-Patient-Beziehung mit ihren Besonderheiten bei den einzelnen Erkrankungen explizit eingegangen. Besonders gut finde ich, dass wichtige Techniken der Gesprächsführung an konkreten Beispielen anschaulich erläutert werden, sodass man das eigene Gesprächsverhalten überprüfen und verbessern kann. Auf mögliche psychosomatische (Kurz-) Interventionen in der Akutbehandlung, in Rehabilitationsmaßnahmen und in der ambulanten hausärztlich-kardiologischen Betreuung wird praxisnah gut nachvollziehbar eingegangen. Fachbegriffe aus Kardiologie und Psychosomatik werden im Textverlauf gut integriert kurz und präzise erklärt. Für vertiefendes Weiterlesen erfolgt

die Angabe geeigneter Literaturstellen. Fett gedruckt hervorgehobene Kernaussagen erleichtern das Nachschlagen, Querlesen oder Wiederholen. Themen wie die Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung oder Einblicke in den Stand der kardiologischen Psychosomatik in Österreich und der Schweiz runden das Werk gelungen ab.

Dieses Praxisbuch der Psychokardiologie ist mit überschaubaren 299 Seiten fachübergreifend sowohl für Internisten, Allgemeinärzte, Hausärzte, Kardiologen als auch Psychotherapeuten interessant und lehrreich. Aber auch Medizinstudenten oder nicht-ärztliches medizinisches Personal können für den Umgang mit (nicht nur kardiologischen) Patienten wichtige Erkenntnisse und Hilfe gewinnen.

Fazit: Der zunehmenden Beachtung der Zusammenhänge zwischen Kardiologie und Psychosomatik und den sich daraus ableitenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wird in diesem Buch Rechnung getragen. Das Buch „Psychokardiologie“ kann allen, die ihre psychosomatische Grundkompetenz erweitern wollen, empfohlen werden.

Dr. Ulrike Müller



Dr. Ulrike Müller ist Assistenzärztin am Herzzentrum Leipzig/Klinik für Innere Medizin/Kardiologie. Ihr besonderes Interesse gilt der Prävention von Herzkrankheiten und der Intensivmedizin.

Wir suchen Rezensenten für ...

S. Endres
Facharztprüfung Innere Medizin in Fällen, Fragen und Antworten
 Elsevier GmbH, München 2008

K.-D. Thill
Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis – Die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung
 Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2008

... und weitere Bücher. Melden Sie sich bitte (mit Angabe von Ausbildung, Tätigkeitsgebiet und Interessen) unter BDI-aktuell@thieme.de



Nicht thyreostatisch, sondern symptomatisch behandeln!

Thyreoiditis

Der Oberbegriff Thyreoiditis umfasst alle entzündlichen Veränderungen der Schilddrüse, wobei eine häufig benutzte Einteilung gleichzeitig den Verlauf und die Ätiologie zugrunde legt. Nach diesem Schema kann man folgende Thyreoiditis-Formen unterscheiden:

- akut (bakteriell)
- subakut, wahrscheinlich meist viral bedingt
- chronisch (autoimmunologisch bedingt).

Diese Einteilung erscheint heute jedoch zu eng, da man z. B. die medikamentös bedingten Thyreoiditiden dort nicht einfach unterbringen kann.

Eine Einteilung, welche einerseits für die Praxis hilfreich ist, andererseits aber auch die unterschiedlichen Ätiologien berücksichtigt, grenzt die schmerzhaften von den schmerzlosen Formen ab. Diese Einteilung (Abb. 1) liegt der folgenden Übersicht zu Grunde.

Allen Schilddrüsenentzündungen ist gemeinsam, dass sie zu einer transienten Hyperthyreose führen können, die nicht durch eine echte Überproduktion von Schilddrüsenhormonen, sondern durch die Freisetzung präformierter Hormone infolge einer Zerstörung gekennzeichnet ist. Diese wird deshalb auch nicht thyreostatisch, sondern – falls erforderlich – symptomatisch (z.B. mit Betarezeptorenblockern) behandelt. Ein Übergang in eine transiente, z.T. auch permanente Hypothyreose ist ebenfalls möglich.

Schmerzhafte Thyreoiditis

• Subakute granulomatöse Thyreoiditis (Thyreoiditis de Quervain)

Die subakute granulomatöse Thyreoiditis (Thyreoiditis de Quervain) ist die häufigste mit Schmerzen einhergehende Schilddrüsenaffektion. In der Anamnese findet sich oft ein vorangegangener Infekt des oberen Respirationstraktes. Wegen der Häufung in den Sommermonaten, welche auch dem Häufigkeitsgipfel der Coxsackie- und Echovirusinfektionen entspricht, wurde ein Zusammenhang mit diesen Viruserkrankungen vermutet. Familiär aufgetretene Fälle legen nahe, dass eine genetische Prädisposition besteht (z.B. HLA-B35).

Klinik

Die Erkrankung beginnt oft mit einem allgemeinen Krankheitsgefühl, Muskelschmerzen und subfebrilen Temperaturen. Anschließend kommt es zu Empfindlichkeit und Schmerzen in der Halsregion. Typischerweise wandert das Schmerzmaximum durch verschiedene Regionen der

Schilddrüse hindurch. Die Halsregion kann extrem druckschmerzhaft sein.

Diagnostik

In der Sonographie sieht man ein sehr inhomogenes Bild mit unregelmäßig begrenzten („landkartenartigen“) echoarmen Bezirken. Die Stoffwechsellaage kann durch eine transiente Hyperthyreose gekennzeichnet sein, die ca. 3–6 Wochen anhält und durch eine entzündliche Destruktion der Schilddrüsenfollikel bedingt ist. Es kann sich eine hypothyreote Phase anschließen, die bei ca. 5% der Patienten persistiert [2] und eine entsprechende Substitution mit Levothyroxin erfordert. Im Labor fällt außerdem eine deutlich erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit auf. Schilddrüsen-Autoantikörper finden sich in der Regel nicht.

In den seltenen Fällen, in denen eine Abgrenzung zur immunogenen Hyperthyreose (M. Basedow) schwierig ist, kann eine Schilddrüsenzintigraphie weiterhelfen, die bei der subakuten Thyreoiditis de Quervain (wie bei allen Thyreoiditiden) eine stark reduzierte Nuklidbelegung zeigt, wohingegen der M. Basedow mit einer erhöhten Radionuklidaufnahme einhergeht. Bei der subakuten granulomatösen Thyreoiditis de Quervain fehlen die für den M. Basedow typischen extrathyreoidalen Manifestationen (endokrine Orbitopathie, prätibiales Myxödem, Akropachie).

Außerdem lassen sich die für die Basedow-Hyperthyreose typischen erhöhten Antikörper gegen den Thyreotropin-Rezeptor (TRAK) sowie der duplexsonographische Aspekt einer Hyperperfusion („thyreoidales Inferno“) nicht nachweisen.

Therapie

Die Therapie besteht zunächst in der Gabe nicht-steroidaler Antiphlogistika (z.B. Diclofenac, 50–150 mg); falls die Beschwerden innerhalb einer Woche nicht rückläufig sind, werden

Glukokortikoide eingesetzt (z.B. Prednisolon 40–60 mg) mit Dosisreduktion je nach klinischem Verlauf. Die Symptome sind unter Glukokortikoidtherapie innerhalb von 48 Stunden rückläufig; eine Schilddrüsen-dysfunktion kann sich dennoch in der Folgezeit entwickeln. Der Gesamtzeitraum der Behandlung beträgt 4–6 Wochen [1]. Bei Hyperthyreose-Symptomen (z.B. Tachykardie, Schwitzen) werden zusätzlich Betarezeptorenblocker eingesetzt; eine thyreostatische Therapie ist nicht sinnvoll.

kurzgefasst

Die subakute Thyreoiditis de Quervain verursacht starke lokale Beschwerden und eine entzündliche Laborkonstellation. Die Therapie besteht aus nicht-steroidalen Antiphlogistika, bei unzureichendem Ansprechen aus Glukokortikoiden; bei Hyperthyreose-Symptomen werden Betarezeptorenblocker eingesetzt.

• Akute eitrig Thyreoiditis

Extrem selten kann es zu einer mikrobiell (meist durch grampositive Bakterien) verursachten Schilddrüsenentzündung oder einem Schilddrüsenabszess kommen. Der Infektionsweg ist meist hämato- oder lymphogen. Eine Verletzung angrenzender Strukturen und Übergriff der nachfolgenden Entzündung auf die Schilddrüse, z.B. durch eine Fischgräte, wurde ebenfalls beschrieben [15]. Angeborene Abnormalitäten (z.B. ein persistierender Ductus thyreoglossus oder eine Sinus-Piriformis-Fistel) sind eine Prädisposition, ebenso wie höheres Alter und Immunsuppression.

Klinik

Leitsymptom ist ein akuter seitenbetonter oder an der Vorderseite lokalisierter Halsschmerz, verbunden mit Fieber. Die Halsregion ist äußerst druckempfindlich; äußere Entzündungszeichen (Schwellung, Rötung der Haut) können sichtbar sein.

Diagnostik

BSG und CRP sind erhöht; das Blutbild zeigt eine Leukozytose mit Linksverschiebung. Im Ultraschall sieht man ein inhomogenes Echomuster mit echoarmen und echofreien Arealen und eventuell eine Abszessbildung. Zur Diagnosesicherung und mikrobiologischen Untersuchung sollte eine Feinnadelaspiration erfolgen [1]. Auch bei dieser Form der Thyreoiditis kann eine milde Hyper- oder Hypothyreose vorliegen.

Therapie

Die Therapie besteht in der sofortigen intravenösen Gabe eines Breit-spektrum-Antibiotikums, z.B. Ampicillin/Sulbactam 3x1,5 g (nach Keim-differenzierung entsprechend Antibiogramm). Ein chirurgischer Eingriff kann notwendig werden, insbesondere bei Abszessbildung [4]. Es ist außerordentlich wichtig, diese Erkrankung nicht mit einem Infekt des oberen Respirationstraktes zu verwechseln, da bei verzögerter oder

unzureichender Behandlung schwere Komplikationen wie z.B. eine Mediastinitis auftreten können.

kurzgefasst

Die akute eitrig Thyreoiditis ist selten, muss aber sofort erkannt und antibiotisch, ggf. auch chirurgisch, behandelt werden, da sonst schwere Komplikationen drohen (v. a. Mediastinitis).

• Strahlenthyreoiditis

Nach einer Radiojodtherapie wegen Hyperthyreose kann es selten (ca. 1% der Fälle) 5–10 Tage nach der Applikation der Kapsel zu einer entzündlichen Reaktion der Schilddrüse kommen. Die Erkrankung kann auch nach externer Bestrahlung auftreten, z.B. nach Bestrahlung eines Lymphoms.

Klinik

Der Symptomenkomplex ähnelt der subakuten Thyreoiditis de Quervain und kann wie diese durch Destruktion der Schilddrüsenfollikel zu einer transienten Hyperthyreose führen.

Diagnostik

Sonographisch findet sich in der Initialphase eine homogene und echoarme Struktur.

Therapie

Therapeutisch werden neben Lokalmaßnahmen (Eiskrawatte) kurzzeitig nicht-steroidale Antiphlogistika oder Glukokortikoide eingesetzt.

Schmerzlose Thyreoiditis

• Chronische lymphozytäre Thyreoiditis (Hashimoto)

Die weitaus häufigste entzündliche Erkrankung der Schilddrüse ist die chronische lymphozytäre Thyreoiditis, die von Hakaru Hashimoto 1912 als „Struma lymphomatosa“ beschrieben wurde [6]. Die Erkrankung betrifft deutlich mehr Frauen als Männer (etwa 7:1). In der Initialphase besteht eine Schilddrüsenvergrößerung, die im weiteren Verlauf in eine Atrophie und Unterfunktion des Organs einmünden kann. Im Zentrum der Pathogenese steht eine Infiltration mit zytotoxischen T-Lymphozyten, die gegen ein bestimmtes Epitop der thyreoidalen Peroxidase (TPO) gerichtet sind [10]. Eine hohe Jodaufnahme

und Zigarettenrauchen gelten als Risikofaktoren.

Klinik

Lokale Symptome fehlen, die klinischen Symptome ergeben sich aus der Stoffwechsellaage (s.u.).

Diagnostik

Die Stoffwechsellaage kann bei der Hashimoto-Thyreoiditis eu-, hypo- oder hyperthyreot sein. Oft wird die Diagnose erst gestellt, wenn eine Atrophie der Schilddrüse mit manifest hypothyreoter Stoffwechsellaage eingetreten ist.

Typische serologische Autoimmunphänomene sind das Auftreten von Antikörpern gegen die TPO sowie häufig auch gegen Thyreoglobulin, wobei die letztgenannten Autoantikörper als sekundäres Autoimmunphänomen verstanden werden [12].

Sonographisch ist das Organ initial vergrößert und echoarm. Die Perfusion ist typischerweise vermehrt. Im weiteren Verlauf kann es zu einer zunehmenden Atrophie der Schilddrüse kommen; in späten Stadien ist das Organ manchmal nicht mehr sicher von den Nachbarstrukturen abzugrenzen.

Therapie

Die Therapie richtet sich nach der aktuell vorliegenden Stoffwechsellaage: bei Hyperthyreose ggf. symptomatische Behandlung mit einem Betarezeptorenblocker (z. B. Propranolol 3 x 40 mg p.o.), bei Hypothyreose Substitution mit Levothyroxin. Nach wie vor besteht kein Konsens, wann bei subklinischer Hypothyreose, also erhöhtem TSH bei noch normalen peripheren Schilddrüsenhormonen, eine Levothyroxin-Substitution eingeleitet werden sollte. Eine allgemein akzeptierte Indikation ist ein TSH-Wert von ≥ 10 mU/l sowie ein Schilddrüsenvolumen von ≤ 5 ml verbunden mit hochtitrigen anti-TPO-Antikörpern [3]. Andere Autoren empfehlen, bei subklinischer Hypothyreose und positivem Nachweis von anti-TPO-Antikörpern immer eine Levothyroxin-Substitution [13]. Dieser Empfehlung schließen sich die Autoren aufgrund der zahlreichen Daten, die ein solches Vorgehen plau-

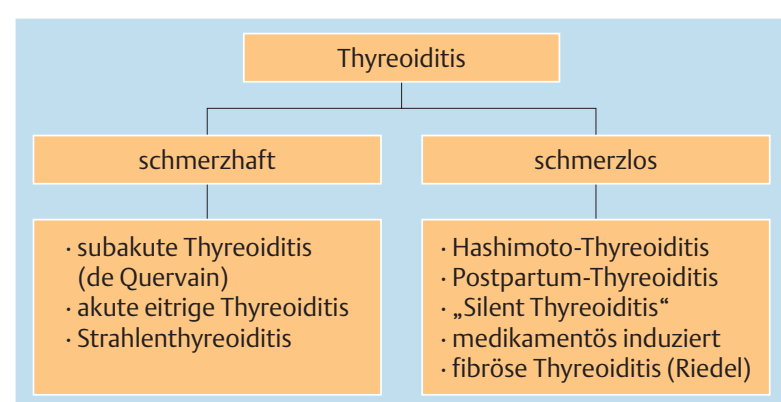


Abb. 1 Einteilung der Thyreoiditiden.

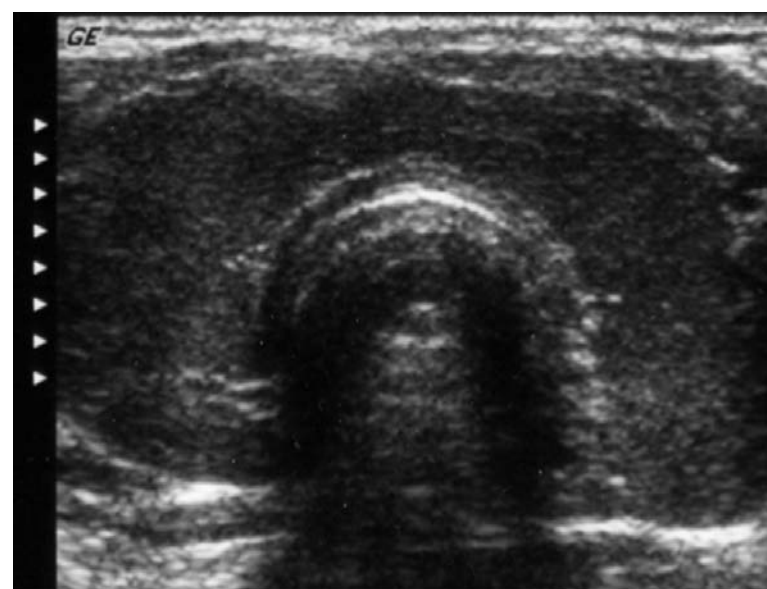


Abb. 2 Schilddrüsenultraschall. Schilddrüse vergrößert, diffus echoarme, inhomogene Struktur.

Fallbeispiel

- 20-jährige Patientin
- stationäre Aufnahme mit akuter biliärer Pankreatitis
- Entbindung von Zwillingen 4 Monate zuvor
- keine typischen Hyperthyreose-Symptome

Nebenbefundliche Laborkonstellation:

- FT3 9,0 pg/ml (2,0–4,4)
- FT4 7,4 ng/dl (0,9–1,7)
- TSH < 0,01 mIU/ml (0,3–4,2)
- TRAK 0,5 U/l (<)
- anti-TPO-Ak 3404 U/ml (< 60)
- anti-TG-Ak 98 U/ml (< 60)

Schilddrüsenultraschall (Abb. 2):

- Schilddrüse deutlich vergrößert,
- diffus echoarme, homogene Struktur

Diagnose:

Postpartum-Thyreoiditis in der hyperthyreoten Phase

sibel machen, an – zumal es fraglich erscheint, dass die für eine evidenzbasierte Entscheidung notwendigen randomisierten doppelblinden Studien je durchgeführt werden. Für eine zurzeit diskutierte Senkung des oberen TSH-Grenzwertes auf ca. 2,5 mU/l gibt es allerdings noch keine ausreichende Grundlage [3].

Bei Schwangeren mit Hashimoto-Thyreoiditis und Hypothyreose ist nicht nur der erhöhte Bedarf an Levothyroxin zu bedenken, sondern auch eine ausreichende Jodzufuhr sicherzustellen (230 µg/d nach der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung). Bei einer geschätzten durchschnittlichen Jodaufnahme von ca. 120 µg/d bedeutet dies die zusätzliche Gabe von Jod in einer Dosis von 100–150 µg Jodid/d während Schwangerschaft und Stillperiode. Die aktive Zufuhr von Jod wird Patienten mit Hashimoto-Thyreoiditis ansonsten nicht empfohlen, da Jod den Autoimmunprozess verstärken kann.

In jüngerer Zeit wurde die Bedeutung des Spurenelements Selen für die Schilddrüsenfunktion zunehmend erkannt. Es konnte gezeigt werden, dass eine Behandlung mit Selen in einer Dosis von 200 µg/d zu einem Rückgang der anti-TPO-Antikörper führen kann, besonders bei hohen Ausgangswerten [5]. Der Befund wurde kürzlich auch für Schwangere bestätigt [8]. Dass eine Supplementierung mit Selen langfristig den Verlauf einer Autoimmunthyreoiditis günstig beeinflussen, insbesondere also den Funktionsverlust des Organs aufhalten kann, ist derzeit noch nicht ausreichend belegt.

Da die Hashimoto-Thyreoiditis mit einem gehäuftem Auftreten von Lymphomen der Schilddrüse sowie papillären Schilddrüsenkarzinomen assoziiert ist, sollten die Patienten regelmäßig klinisch und sonographisch nachuntersucht werden.

Bei der Nachsorge sollte auch auf weitere Autoimmunerkrankungen im Sinne eines pluriglandulären Autoimmunsyndroms geachtet werden (vor allem Morbus Addison, Typ-1-Diabetes mellitus, perniziöse Anämie, prämatüre Ovarialinsuffizienz, Sprue).

kurzgefasst

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist die häufigste Variante der schmerzlosen Thyreoiditis. Die Stoffwechsellage kann eu-, hyper- oder hypothyreot sein. Mögliche, wenn auch sehr seltene, Komplikationen sind das Auftreten eines Lymphoms oder eines pluriglandulären Autoimmunsyndroms.

• Postpartum-Thyreoiditis und „silent thyroiditis“

Thyreoiditiden, die ebenfalls zur Gruppe der autoimmunen Schilddrüsenerkrankungen gerechnet werden, sind die Postpartum-Thyreoiditis sowie die „silent thyroiditis“.

Die Postpartum-Thyreoiditis tritt typischerweise 2–8 Monate nach einer Entbindung bei der Mutter auf und wird wegen der in ca. 80% der Fälle nachweisbaren anti-TPO-Antikörper als eine Variante der Hashimoto-Thyreoiditis aufgefasst. Auch hier sind verschiedene Verlaufsformen möglich: initiale Hyper- oder Hypothyreose oder auch ein biphasischer Verlauf (Hyper-, gefolgt von Hypothyreose). Nach einem Jahr hat sich die Stoffwechsellage bei ca. 80% der Patientinnen normalisiert. 30–50% der Patientinnen entwickeln jedoch längerfristig eine Schilddrüsenunterfunktion und sollten entsprechend überwacht werden [14]. Bei positivem Nachweis von Schilddrüsenautoantikörpern ist mit dem erneuten Auftreten einer Postpartum-Thyreoiditis nach erneuter Schwangerschaft in etwa 70% der Fälle zu rechnen [12].

Die „silent thyroiditis“ ist durch eine klinisch milde, einige Wochen dauernde Hyperthyreose, darauf folgende Hypothyreose und anschließende Normalisierung der Schilddrüsenfunktion bei den meisten Patienten gekennzeichnet. Auch hier findet sich eine lymphozytäre Infiltration und bei ca. 50% der Patienten auch eine oft nur leichte bis mäßige Erhöhung der anti-TPO-Antikörper. Letztlich sind die beschriebenen Unterformen der Autoimmunthyreoiditis nur unscharf gegeneinander abzugrenzen, und die Zuordnung ergibt sich aus dem Verlauf. Differentialdiagnostisch sollte

man daran denken, dass in der Postpartalzeit auch eine vorbestehende Basedow-Hyperthyreose exazerbieren oder eine solche sich erstmals manifestieren kann. Auf die Unterscheidungsmöglichkeiten wurde bereits weiter oben hingewiesen.

Klinik

Je nach Funktionslage können die Symptome einer (klinisch meist milden) Hyper- oder Hypothyreose gefunden werden. Die Schilddrüse ist palpatorisch nicht vergrößert und schmerzlos.

Diagnostik und Therapie

Diese entsprechen dem Vorgehen wie bei der Hashimoto-Thyreoiditis. Auch bei der Postpartum-Thyreoiditis und der „silent thyroiditis“ entsteht die Hyperthyreose durch die Freisetzung präformierten Schilddrüsenhormons durch Destruktion des Schilddrüsenorgans; eine echte Überproduktion liegt nicht vor, weshalb auch keine thyreostatische, sondern lediglich eine symptomatische Behandlung erfolgt (z.B. mit Betarezeptorenblockern).

• Medikamentös induzierte Thyreoiditis

Zahlreiche Medikamente können eine destruktive Thyreoiditis mit wechselnder Stoffwechsellage verursachen. Diese Komplikation wurde für folgende Substanzen beschrieben: Amiodaron (im Sinne der Amiodaron-induzierten Thyreotoxikose Typ 2), Interferon-alpha, Interleukin-2, Lithium, Thalidomid und Lenalidomid. Das klinische und sonographische Erscheinungsbild ist wechselhaft und kann der subakuten granulomatösen Thyreoiditis de Quervain (allerdings ohne lokale Beschwerden) oder auch der Hashimoto-Thyreoiditis ähneln und wird auch so behandelt. Auf die Besonderheiten der Amiodaron-induzierten Schilddrüsenveränderungen hier nicht eingegangen werden.

• Fibröse Thyreoiditis (Riedel)

Die fibröse Riedel-Thyreoiditis, von Riedel 1896 als „eisenharte“ Struma beschrieben [11], ist eine extrem seltene ätiologisch unklare chronische Schilddrüsenentzündung, die heute als Manifestation einer systemischen Fibrosklerose aufgefasst wird [9]. Der fibrosierende Prozess kann sich über die Kapsel hinaus in das umgebende Gewebe ausdehnen und lokale Komplikationen verursachen. Die Schilddrüse ist bei der Palpation schmerzlos, jedoch, wie der Name ausdrückt, außerordentlich hart, so dass der Eindruck einer malignen Infiltration entsteht. Die Stoffwechsellage kann euthyreot oder (seltener) hypothyreot sein. Eine Feinnadelaspiration liefert selten aussagefähige Resultate. Therapeutisch werden Glukokortikoide und Tamoxifen mit wechselndem Erfolg eingesetzt. Bei Malignitätsverdacht oder unzureichendem Ansprechen auf die konservative Behandlung kann ein chirurgischer Eingriff in einem erfahrenen Zentrum indiziert sein [7].

• Konsequenz für Klinik und Praxis

- Entzündungen der Schilddrüse sind eine Gruppe sehr heterogener Erkrankungen, die zum Teil häufig (Hashimoto-Thyreoiditis), zum Teil aber auch außer-ordentlich selten sind (akute eitrige Thyreoiditis, Riedel-Thyreoiditis).
- Eine sichere Diagnose ist mit klinischen, laborchemischen und sonographischen Methoden fast immer möglich; eine Feinnadelaspirationszytologie oder eine Schilddrüsen-szintigraphie sind selten nötig.
- Hyperthyreosen werden bei diesen Erkrankungen nicht thyreostatisch, sondern nur symptomatisch behandelt.
- Eine langfristige Kontrolle der Stoffwechsellage ist erforderlich, um Übergänge in eine permanente Schilddrüsenfehlfunktion frühzeitig zu erkennen.

Literatur

- 1 Bindra A, Braunstein GD. Thyroiditis. Am Fam Physician 2006; 73: 1769–1776
- 2 Bogazzi F, Dell'Unto E, Tanda ML et al. Long-term outcome of thyroid function after amiodarone-induced thyrotoxicosis, as compared to subacute thyroiditis. J Endocrinol Invest 2006; 29: 694–699
- 3 Brabant G, Kahaly GJ, Schicha H, Reiners C. Milde Formen der Schilddrüsenfehlfunktion: Ursachen, Diagnostik, Vorgehen. Dt Ärztebl 2006; 103: A 2110–2115
- 4 Dunham B, Nicol TL, Ishii M, Basaria S. Suppurative thyroiditis. Lancet 2006; 11, 368: 1742
- 5 Gärtner R, Gasnier BC, Dietrich JW, Krebs B, Angstwurm MW. Selenium supplementation in patients with autoimmune thyroiditis decreases thyroid peroxidase antibodies concentrations. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 1687–1691
- 6 Hashimoto H. Zur Kenntnis der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse (Struma lymphomatosa). Arch Klin Chir 1912; 97: 219–248
- 7 Lorenz K, Gimm O, Holzhausen HJ, Kittel S, Ukkat J, Thanh PN, Brauckhoff M, Dralle H. Riedel's thyroiditis: impact and strategy of a challenging surgery. Langenbecks Arch Surg 2007; 392: 405–412
- 8 Negro R, Greco G, Mangieri T, Pezzarossa A, Dazzi D, Hassan H. The influence of selenium supplementation on postpartum thyroid status in pregnant women with thyroid peroxidase autoantibodies. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92: 1263–1268
- 9 Papi G, LiVolsi VA. Current concepts on Riedel thyroiditis. Am J Clin Pathol 2004; 121, Suppl: S50–63
- 10 Quarantino S, Badami E, Pang YY et al. Degenerate self-reactive human T-cell receptor causes spontaneous autoimmune disease in mice. Nat Med 2004; 10: 920–926
- 11 Riedel BMCL. Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse. Verh Dtsch Ges Chir 1896; 24: 101–105
- 12 Schott M, Scherbaum WA. Autoimmune Schilddrüsenkrankungen. Dt Ärztebl 2006; 103: A3023–3032
- 13 Schumm-Draeger PM, Müller OA. Hypothyreose – Therapie. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 1574–1576
- 14 Stagnaro-Green A. Clinical review 152: Postpartum thyroiditis. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 4042–4047
- 15 Tien KJ, Chen TC, Hsieh MC, Hsu SC, Hsiao JY, Shin SJ, Hsin SC. Acute suppurative thyroiditis with deep neck infection: a case report. Thyroid 2007; 17: 467–469

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

H. Mönig¹, B. Harbeck¹

¹Klinik für Allgemeine Innere Medizin, AG Endokrinologie/Diabetologie/Osteologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Heiner Mönig
Klinik für Allgemeine Innere Medizin
AG Endokrinologie/Diabetologie/
Osteologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Schittenhelmstr. 12
24105 Kiel
Tel. 0431/597-1393
Fax 0431/597-1302
eMail hmoenig@1.med.uni-kiel.de

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator

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

Der Artikel ist erstmals erschienen in der DMW (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 301–304). Alle Rechte vorbehalten.

Ein Projekt des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK e.V.)

Der Patient mit arterieller Hypertonie in der kardiologischen Facharztpraxis: Ergebnisse des Snapshot-Hypertonie-Registers

In Deutschland sind rund 25 Millionen Menschen an der arteriellen Hypertonie erkrankt. Die Folgen einer länger bestehenden unbehandelten Hypertonie (Apoplex, Myokardinfarkt, Herz- und Niereninsuffizienz, koronare Herzkrankheit und Retinopathie) sind gut dokumentiert, allgemein bekannt und effektiv behandelbar [5, 9]. Jedoch werden viele Hypertoniker nicht identifiziert oder inadäquat behandelt, und dementsprechend auch eine der häufigsten Ursachen für eingeschränkte Lebensqualität, Frühinvalidität und Tod sowie für die hohen Kosten, die schließlich zur Behandlung der Folgekrankheiten aufzuwenden sind.

Im Vergleich zu anderen Ländern Europas und Nordamerikas nimmt Deutschland sowohl hinsichtlich Prävalenz als auch hinsichtlich Mortalität der arteriellen Hypertonie einen schlechten Platz ein. Die inadäquate Behandlungsqualität ist allerdings nicht auf Deutschland beschränkt [14].

Im hausärztlichen Versorgungsbereich steht die essenzielle oder besser primäre arterielle Hypertonie („I10“ nach ICD-10 Verschlüsselung) an erster Stelle aller Diagnosen; sie wird bei rund 25% aller Patienten gestellt [2]. Nach den Ergebnissen der DETECT-Studie (Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment) ist die Prävalenz der arteriellen Hypertonie in den Hausarztpraxen der Bundesrepublik Deutschland mit 36,3% sogar noch höher, d.h. jeder dritte Patient in einer Hausarztpraxis leidet an einer arteriellen Hypertonie [15].

Ziel der vorliegenden Studie war es, Patienten mit arterieller Hypertonie in kardiologischen Facharztpraxen zu einem Stichtag im Sinne eines „Schnappschusses“ (Snapshot) hinsichtlich ihrer Demografie sowie Art und Qualität der therapeutischen Einstellung zu erfassen und entsprechend den Leitlinien der Deutschen Hochdruckliga [5] zu charakterisieren.

Patienten und Methoden

Das vorliegende „Schnappschussregister arterielle Hypertonie“ (Snapshot-HTN Register) ist als klinisch-epidemiologische Querschnitts-(Stichtags-)Untersuchung in kardiologischen Praxen konzipiert. Es fokussiert auf die Erfassung der aktuellen Versorgungssituation von Patienten mit diagnostizierter arterieller

Hypertonie. Dazu wurden in den teilnehmenden kardiologischen Praxen einmalig alle Patienten mit arterieller Hypertonie – diejenigen mit Neudiagnose genauso wie die im chronischen Verlauf –, die sich vom 13.–15. Dezember 2005 vorstellten, in ein Register aufgenommen. Als personenbezogene Daten wurden aus Datenschutzgründen nur die Angaben zu Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht und Versicherungsstatus erhoben. Die Durchführung und Organisation des Registers erfolgte durch die BNK Service GmbH.

Dies geschah mittels Online-Befragung mit der Software „mrInterview“ (Version 3.1 Standard, 2005) aus dem Hause SPSS Inc. mit Passwort-geschützten Zugängen und gesicherten Datenverbindungen. Dadurch war sichergestellt, dass ausschließlich Kardiologen im Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK e.V.) über die Internetplattform eQM der BNK Service GmbH an dieser Befragung teilnehmen konnten. In den 261 Praxen nahmen 268 Ärztinnen und Ärzte (13,8%/86,2%) an der Befragung teil, die insgesamt 8213 Datensätze verfügbar machten, von denen 7302 komplett ausgefüllt waren und in die statistische Analyse eingingen. Die Definitionen für die Klassifikation der Blutdruckwerte, Risikofaktoren und Begleiterkrankungen folgten den aktuellen „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie“ der Deutschen Hochdruckliga [5]. „Adipositas“ wird anhand des Body Mass Index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ definiert. Die statistische Analyse wurde mit SPSS-Programm Version 14.0 (Chicago, ILL, USA) vorgenommen und p-Wert $< 0,05$ (zweiseitig) als signifikant betrachtet.

Ergebnisse

Studienpopulation

Die 7302 statistisch analysierten Datensätze repräsentieren 4539 (62,2%) männliche und 2763 (37,8%) weibliche Patienten mit arterieller Hypertonie. Ihr mittleres Alter betrug $65,4 \pm 11,2$ (16–97) Jahre. Von den männlichen bzw. weiblichen Patienten waren 92,6% bzw. 92,3% neu vom Hausarzt zum Kardiologen überwiesen worden, während 7,4% bzw. 7,7% Dauerpatienten der kardiologischen Praxis waren. Bei 20,3% der Patienten war die Hypertonie vor weniger als einem Jahr diagnostiziert, bei 57,1% war sie seit mindestens 5 Jahren bekannt.

Von den Patienten waren 88,5% gesetzlich krankenversichert (GKV), Männer mit 87,0% seltener als Frauen mit 91,1%, und 11,5% privat krankenversichert (PKV), Männer mit 13,0% häufiger als Frauen mit 8,9%.

Risikofaktoren und Begleiterkrankungen neben der Hypertonie

Von den 7302 Patienten hatten 6423 (88,0%) neben der arteriellen Hypertonie weitere kardiovaskulär relevante Risikofaktoren, darunter unter anderem Hyperlipidämie (50,8%), Adipositas (32,5%), Diabetes mellitus (21,0%) und Nikotinkonsum (9,2%). GKV-Patienten waren signifikant häufiger adipös (33,1% vs 27,2%, $p < 0,001$) und an Diabetes mellitus erkrankt (21,6% vs 16,8%, $p < 0,05$) als PKV-Patienten. Männer waren signifikant häufiger von einer kardiovaskulär relevanten Begleiterkrankung betroffen als Frauen; insbesondere litten Männer häufiger an koronarer Herzkrankheit (KHK) (46,6% vs 26,4%, $p < 0,001$), Herzinsuffizienz (NYHA I) (41,8% vs 31,2%, $p < 0,001$), und linksventrikuläre Hypertrophie (30,4% vs 25,8%, $p < 0,001$).

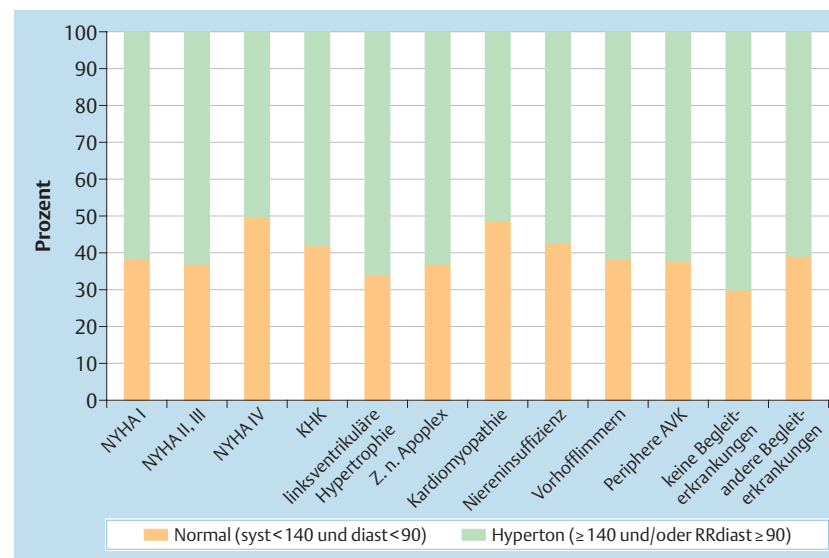


Abb. 1 Aktuelle Blutdruckeinstellung in Abhängigkeit von den kardiovaskulär relevanten Begleiterkrankungen (Mehrfachnennungen sind möglich).

Qualität der Blutdruckeinstellung

Der Blutdruck wurde in den kardiologischen Praxen im Sitzen und Liegen gemessen; die Unterschiede zwischen den sitzend und liegend gemessenen Werten waren im Mittel statistisch nicht signifikant. Die Blutdruckwerte betragen im Mittel systolisch $143,1 \pm 21,0$ (80–250 mm Hg) und diastolisch $84,1 \pm 11,2$ (50–140 mm Hg). Für diese Werte ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Krankenversicherungen (GKV/PKV). Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (Stichtag) war der Blutdruck bei 35,3% der an der Studie teilnehmenden Hypertoniker normoton und bei 64,7% hyperton eingestellt. Aus der Studienpopulation waren die Anteile von Männern gegenüber Frauen und PKV- gegenüber GKV-Patienten, die normoton eingestellt waren, mit $p < 0,002$ bzw. $p < 0,05$ signifikant größer (Tab. 1). Die Verteilung mit rund einem Drittel normoton und zwei Dritteln hyperton eingestellter Patienten änderte sich, wenn die Patienten zusätzlich nach ihren Begleiterkrankungen stratifiziert wurden. Danach waren insbesondere die Anteile der normoton eingestellten Patienten mit KHK, mit Kardiomyopathie oder mit Herzinsuffizienz (NYHA IV), mit 42,0% bzw. 49,1% bzw. 50,0% numerisch größer im Vergleich zu den Patienten ohne Begleiterkrankungen (30,1%) (Abb. 1). Eine automatische Langzeit-Blutdruckmessung über 24 Stunden wurde bei 762 der 7302 Patienten (10,4%; 461 Männer, 301 Frauen) durchgeführt. Diese Messungen ergaben einen Blutdruck-Mittelwert von systolisch $135,8 \pm 15,1$ (100–244) mm Hg und diastolisch $79,7 \pm 10,5$ (50–149) mm Hg und waren damit niedriger als in der Gelegenheitsblutdruckmessung. Nach den Ergebnissen der Langzeit-Blutdruckmessung waren 27,6% der Hypertoniker normoton und 72,4% hyperton eingestellt. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Krankenversicherungen (GKV/PKV) sind aufgrund der geringeren Fallzahl statistisch nicht signifikant.

Blutdruckeinstellung im Urteil der Kardiologen

Die Qualität der Blutdruckeinstellung wurde durch die Kardiologen wie folgt eingeschätzt bzw. bewertet: Sie

hielten rund 60% der Hypertoniker für „optimal eingestellt“ und rund 40% für „nicht optimal eingestellt“. Es entstanden keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Patienten und ihrem Krankenversicherungsstatus (GKV/PKV). Diese Bewertung war weitgehend unabhängig vom Vorhandensein von Risikofaktoren und Begleiterkrankungen. Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Qualität der Blutdruckeinstellung durch die Kardiologen und den tatsächlich gemessenen Blutdruckwerten zeigt Abb. 2.

Antihypertensive Medikation

Von den 6989 der 7302 Patienten (95,7%) wurden zum Zeitpunkt der Erhebung medikamentös behandelt, während 313 Patienten (4,3%) ohne antihypertensive Medikation waren. 1757 (24,1%) hatten eine Monotherapie, 2314 (31,7%) eine Zweier-, 2019 (27,6%) eine Dreier-, 734 (10,1%) Vierer- und 155 Patienten (2,1%) eine Fünferkombination von Antihypertensiva erhalten. Demnach bestand die antihypertensive Medikation am häufigsten aus einer Zweierkombination, gefolgt von einer Dreierkombination und eher selten aus einer Monotherapie (Tab. 2). Zur Monotherapie (1757 Patienten) wurde am häufigsten ein Betablocker eingesetzt (43,7%), gefolgt vom ACE-Hemmer (26,3%), AT₁-Blocker (13,9%), Kalziumantagonist (9,3%) und Diuretikum (3,9%). Diese Rangordnung fand sich bei beiden Geschlechtern; dabei erhielten Frauen signifikant häufiger einen Kalziumantagonisten als Männer ($p < 0,004$). Von allen Patienten unter Monotherapie waren insgesamt 33,7% normoton eingestellt; diesbezüglich gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (33,5% vs 34,0%) sowie GKV- und PKV-Patienten (33,5% vs 34,9%). Von allen Patienten unter Kombinationstherapie waren insgesamt 36,9% normoton eingestellt. Diesbezüglich war der Anteil Männer größer als der Anteil Frauen (38,9% vs 33,7%, $p < 0,001$) und der Anteil PKV-Patienten signifikant größer als der Anteil GKV-Patienten (41,6% vs 36,4%; $p < 0,001$).

Die mit Abstand am häufigsten verordnete Zweierkombination in beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen des Snapshot-HTN-Registers

Tab. 1 Aktuelle Blutdruckeinstellung (RR) bei Gelegenheitsmessungen und bei ambulanter 24-Stunden-Blutdruckmessung in Abhängigkeit vom Geschlecht und von der Art der Krankenversicherung.

	Alle Patienten		männlich		weiblich		gesetzlich versichert (GKV)		privat versichert (PKV)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gelegenheitsmessungen										
gesamt	7302	100,0	4539	100,0	2763	100,0	6465	100,0	837	100,0
normoton (RRsyst < 140/ RRdiast < 90)	2574	35,3	1661	36,6	913	33,0	2253	34,8	321	38,4
hyperton (RRsyst ≥ 140 und/oder RRdiast ≥ 90)	4728	64,7	2878	63,4	1850	67,0	4212	65,2	516	61,6
ambulante 24-Stunden-Blutdruckmessung										
gesamt	762	100,0	461	100,0	301	100,0	603	100,0	159	100,0
normoton (RRsyst < 130/ RRdiast < 80)	210	27,6	127	27,5	83	27,6	161	26,7	49	30,8
hyperton (RRsyst ≥ 130 und/ oder RRdiast ≥ 80)	552	72,4	334	72,5	218	72,4	442	73,3	110	69,2

bestand aus Betablocker plus ACE-Hemmer (32,8% der mit Zweierkombination behandelten Patienten); darunter waren 42,5% normoton. Unter der Zweierkombination von AT₁-Blocker plus ACE-Hemmer waren 55,6% der Patienten normoton.

• Spezielle antihypertensive Medikation

AT₁-Blocker wurden PKV-Patienten signifikant häufiger verordnet als GKV-Patienten (47,8% vs 22,5%; p < 0,001). Umgekehrt erhielten GKV-Patienten mit 52,0% häufiger einen ACE-Hemmer als PKV-Patienten mit 32,4% (p = 0,001). Für alle anderen Antihypertensiva gab es hinsichtlich ihrer relativen Verordnungshäufigkeiten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Krankenversicherungsarten (GKV/PKV).

Die Gründe für die Verordnung eines AT₁-Blockers gehen aus Tab. 3 hervor. Danach erfolgte die Verordnung bei PKV-Hypertonikern signifikant häufiger als antihypertensive Erstmedikation (p = 0,001), als Zusatztherapie zu einer unzureichenden Vortherapie (p = 0,0033), zum Organschutz bei Begleiterkrankung (p = 0,001) und zur Prophylaxe möglicher Arzneimittelinteraktionen (p = 0,011) als bei GKV-Hypertonikern. GKV-Versicherte erhielten einen AT₁-Blocker signifikant häufiger wegen Husten unter einer Vortherapie mit einem ACE-Hemmer (p < 0,001).

Unabhängig vom Versicherungsstatus erhielten Männer einen AT₁-Blocker häufiger zur antihypertensiven Erstmedikation (p = 0,024) und zum Organschutz bei Begleiterkrankung (p = 0,003) als Frauen. Bei Frauen wiederum wurde der AT₁-Blocker häufiger wegen Husten unter der ACE-Hemmer-Vortherapie verordnet als Männern (p < 0,025).

Diskussion

Das Snapshot-Hypertonie-Register liefert erstmals Daten zum Krankheits- und Behandlungsstand von Patienten mit arterieller Hypertonie unter ambulanter kardiologischer Betreuung und in Anbetracht der Größe (7302 Patienten aus 261 Praxen) und Auswahl („Schnappschuss“) der hier untersuchten Patienten spiegelt es die tatsächliche Versorgungsrealität gut wider. Dabei lässt sich die in Hausarztpraxen weit verbreitete, unzureichende Blutdruckeinstellung von Hypertonikern [2] auch bei den niedergelassenen Kardiologen, also den Fachärzten erkennen.

Rund 93% der Hypertoniker des Snapshot-HTN-Registers waren Neuüberweisungen von Hausärzten an kardiologische Praxen, während rund

7% seit längerem beim Kardiologen in Behandlung waren. Der wichtigste Grund für solche Überweisungen ist regelmäßig der Wunsch bzw. Auftrag zur Abklärung besonderer medizinischer Probleme. Somit spiegelt die mangelhafte Blutdruckeinstellung nicht die Qualität der kardiologischen Betreuung wider. Die Hypertoniker des Snapshot-HTN-Registers waren zu rund einem Drittel (37,8%) Frauen und zu zwei Dritteln (62,2%) Männer, während in der DETECT-Studie [15] (55518 Patienten aus Hausarztpraxen) der Anteil von Frauen mit 56,0% größer als der von Männern (44,0%) war. Die Verteilung der Patienten des Snapshot-HTN-Registers in die gesetzliche bzw. private Krankenversicherung (GKV bzw. PKV) mit 88,5% zu 11,5% entspricht dem bundesdeutschen Durchschnitt und ist damit repräsentativ. In der Gesamtgruppe des Snapshot-HTN-Registers betrug der mittlere Blutdruck (RR) systolisch 143 mm Hg und diastolisch 84 mm Hg. Tatsächlich lag der Blutdruck bei rund zwei Dritteln (64,7%) der Hypertoniker im hypertonen Bereich von systolisch \geq 140 mm Hg und/oder diastolisch \geq 90 mm Hg. Umgekehrt war der Blutdruck nur bei rund einem Drittel (35,3%) der Hypertoniker im Normbereich. Die Qualität der Blutdruckeinstellung ist mit dem Blutdruck-Messwert allein aber noch nicht hinreichend beschrieben. Dazu sind vielmehr alle zusätzlichen, kardiovaskulär relevanten Risikofaktoren und Begleiterkrankungen im Sinne einer individuellen Risikostratifikation zu würdigen [5,9]. Danach ist selbst ein Blutdruck von systolisch \geq 130 mm Hg und bzw. oder diastolisch \geq 80 mm Hg bei der Mehrzahl aller Patienten des Snapshot-HTN-Registers (Hypertonie plus Diabetes, Nierenerkrankung, Schlaganfall, koronare Herzerkrankung) als nicht ausreichend eingestuft zu werten. Und unter Berücksichtigung dieses Grenzwerts von 130/80 mm Hg würde der Anteil von tatsächlich optimal eingestellten Patienten noch deutlich kleiner werden. Nach der Langzeit-Blutdruckmessung (automatische ambulante 24-Stunden-Blutdruckmessung) betrug der Anteil der Hypertoniker, deren Blutdruck hyperten war (RRsyst \geq 130 mm Hg und bzw. oder RRdiast \geq 80 mm Hg), 72,4%. Überraschend ist, dass 60,1% aller Patienten von den Kardiologen hinsichtlich ihres Blutdrucks als „optimal eingestellt“ eingestuft wurden. Die Diskrepanz zwischen dieser subjektiven Einschätzung und der objektiven Bestimmung der Qualität der Blutdruckeinstellung ist beträchtlich und stellt ein Indiz für ungenügende

Tab. 2 Art und Häufigkeit der zum Stichtag bestehenden antihypertensiven Medikation, stratifiziert nach dem zusätzlich zur Hypertonie bestehenden kardiovaskulär relevanten Risikofaktor und kardiovaskulär relevanten Begleiterkrankung (jeweils bezogen auf 100% der Patienten des jeweiligen Untergruppe mit dem Risikofaktor; Mehrfachnennungen möglich; m = männlich, w = weiblich).

Zusätzlicher kardiovaskulär-relevanter Risikofaktor	Betablocker	ACE-Hemmer	Diuretikum	Ca-Antagonist	AT ₁ -Blocker	andere Antihypertensiva
alle mit und ohne Risikofaktor (n = 7 302)	63,1%	49,8%	49,1%	27,1%	25,4%	7,6%
Alter (m > 55, w > 65)	64,7%	52,8%	53,1%	29,4%	25,9%	8,3%
Hyperlipidämie	73,0%	56,7%	54,6%	29,9%	25,9%	8,2%
Adipositas (BMI \geq 30)	65,9%	51,1%	56,6%	30,2%	28,8%	9,2%
Diabetes mellitus	70,6%	60,6%	62,9%	37,3%	26,5%	11,4%
Nikotinkonsum	67,6%	56,6%	47,6%	24,4%	19,3%	6,8%
alle mit und ohne Begleiterkrankung	63,1%	49,8%	49,1%	27,1%	25,4%	7,6%
keine KV-Erkrankung	49,7%	38,4%	38,4%	22,6%	25,3%	6,3%
linksventrikuläre Hypertrophie	66,2%	55,5%	59,0%	34,4%	30,5%	10,0%
koronare Herzkrankheit (KHK)	77,7%	59,5%	52,1%	28,6%	23,2%	7,2%
Herzinsuffizienz – NYHA I	66,8%	51,8%	45,3%	27,1%	24,3%	7,6%
NYHA II und III	71,8%	58,4%	63,8%	31,4%	26,7%	8,8%
NYHA IV	60,0%	70,0%	60,0%	30,0%	30,0%	8,0%
Kardiomyopathie	71,6%	66,7%	74,6%	25,7%	23,7%	11,0%
Vorhofflimmern	70,7%	52,2%	63,1%	31,8%	28,2%	8,9%
periphere AVK	69,6%	54,1%	60,9%	38,6%	30,0%	11,8%
Niereninsuffizienz	76,2%	58,1%	71,6%	41,9%	31,4%	13,8%
Zeit nach Apoplex	68,4%	55,3%	64,8%	33,2%	28,9%	11,8%
andere	71,3%	54,2%	42,6%	23,1%	19,3%	5,1%

Tab. 3 Gründe für die Verordnung eines AT₁-Blockers in Abhängigkeit von Geschlecht und Versicherungsstatus (Mehrfachnennungen möglich).

Gründe für die Verordnung eines AT ₁ -Blockers, sofern angegeben (n = 1 842):	gesamt (in%)	männlich (in%)	weiblich (in%)	gesetzlich versichert (GKV)	privat versichert (PKV)
1. Husten unter ACE-Hemmer in der Vortherapie	28,6	26,6	31,5*	31,8	16,8**
2. als Zusatztherapie zu einer unzureichenden Vortherapie	22,3	23,3	20,8	20,7	28,1*
3. als Ersatz für eine unzureichende Vortherapie	20,3	20,4	20,1	20,9	18,1
4. erste medikamentöse Hochdrucktherapie (Monotherapie)	15,3	16,8	13,0*	13,3	22,4**
5. Unverträglichkeit der Vortherapie allgemein	11,7	10,7	13,3	11,9	11,2
6. zum Organschutz bei Begleiterkrankung(en)	11,1	12,9	8,6**	9,2	18,1**
7. aus einem anderen Grund ¹	4,0	3,6	4,6	4,1	3,6
8. Prophylaxe möglicher Arzneimittelinteraktionen	2,9	3,4	2,3	2,3	5,4**

¹ andere Gründe: Übernahme der Verordnung vom Hausarzt, Minimierung der Nebenwirkungen
* p < 0,05, ** p < 0,01 Männer vs Frauen; * p < 0,05, ** p < 0,01 GKV vs PKV

Implementierung und Adhärenz mit den gültigen Therapieempfehlungen und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften dar [5, 9]. In einer neuen internationalen Untersuchung wurde bei ca. zwei Drittel der Ärzte eine „Inertia“ (Trägheit) festgestellt, die Medikation, trotz unzureichender Blutdruckkontrolle, nicht zu ändern [14]. 95,7% der Hypertoniker des Snapshot-HTN-Registers erhielten mindestens ein Antihypertensivum und 75,9% eine antihypertensive Kombinationstherapie. Die Häufigkeit der Kombinationstherapie erscheint insofern nicht ungewöhnlich, als es sich bei den Hypertonikern dieser Studie überwiegend um Problempatienten handelt [9]. Unabhängig davon, ob eine Mono- oder Kombinationstherapie verordnet wurde, war der Blutdruck – wie bereits dargelegt – im Mittel nur bei rund einem Drittel der Hypertoniker auf Werten unter 140/90 mm Hg. Interessanterweise waren Männer und PKV-Patienten unter der Kombinationstherapie im Trend etwas besser eingestellt als Frauen bzw. GKV-Patienten.

Für die Einleitung und Aufrechterhaltung einer antihypertensiven Therapie sind grundsätzlich alle Antihypertensiva-Klassen (Diuretika, β -Blocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und AT₁-Blocker; Alphablocker in besonderen Indikationen) geeignet [5, 9]. Am häufigsten zur Monotherapie eingesetzt wurden Betablocker (63,1% des Gesamtkollektivs), gefolgt von ACE-Hemmer, Diuretikum, Kalziumantagonist und AT₁-Blocker. Diese Rangordnung der verschiedenen Antihypertensiva entsprechend ihrer

Verordnungshäufigkeit änderte sich nur marginal, wenn man die Verordnungen zusätzlich nach Risikofaktoren und Begleiterkrankungen stratifizierte. Rational wäre jedoch eine stärker an die individuell vorhandenen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen angepasste Auswahl der Antihypertensiva unter Berücksichtigung ihrer zusätzlichen, über die Blutdrucksenkung hinausgehenden spezifischen Wirkungen, die sich auf die Prognose des jeweiligen Patienten günstig (erwünschte organprotektive Wirkungen) oder ungünstig (unerwünschte metabolische Wirkungen) auswirken [1, 4, 5, 9–13, 16, 17]. Entsprechend der Häufigkeiten von Risikofaktoren und Begleiterkrankungen im Snapshot-HTN-Registers ist insbesondere davon auszugehen, dass ACE-Hemmer und insbesondere AT₁-Blocker zu zurückhaltend und Betablocker zu großzügig eingesetzt wurden. Bemerkenswert ist, dass sich die Verordnungen von ACE-Hemmer und AT₁-Blocker hinsichtlich ihrer Häufigkeit signifikant zwischen den GKV- und PKV-Patienten unterscheiden. Waren GKV-Patienten zu 52,0% mit einem ACE-Hemmer und zu 22,5% mit einem AT₁-Blocker versorgt, so waren das bei den PKV-Patienten 32,4% bzw. 47,8%. Demnach werden diese Substanzen bei PKV-Patienten insgesamt häufiger eingesetzt. So wird beispielsweise bei PKV-Patienten ein AT₁-Blocker fast doppelt so häufig zum Organschutz bei Begleiterkrankungen, zur Prophylaxe möglicher Arzneimittelinteraktionen und von Beginn an verordnet als bei GKV-Patienten.

Ganz generell erscheint die differenzielle Therapie in der Praxis nur unvollständig umgesetzt: Die Blockade des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) durch ACE-Hemmer oder AT₁-Blocker hat eine positive Wirkung auf die Nierenfunktion und vermindert die Progression der Niereninsuffizienz bei Patienten mit Diabetes mellitus und anderen Formen der Nephropathie [3, 6, 7]. Jedoch erhielten lediglich rund 60% bzw. 26% der Patienten mit Diabetes mellitus und nur 58% bzw. 32% mit Niereninsuffizienz einen ACE-Hemmer bzw. AT₁-Blocker. Eine im Jahr 2005 erschienene Metaanalyse an über 100 000 Patienten brachte die Frage auf, ob Betablocker überhaupt noch als Therapie der ersten Wahl in Betracht kommen, da sie im Vergleich zu anderen Antihypertensiva möglicherweise zu einer erhöhten Schlaganfallrate führen [8].

Fazit

Insgesamt ist die Blutdruckeinstellung von Hypertonikern entsprechend dieser SNAPSHOT-Analyse unzureichend. Ungefähr ein Drittel der Patienten erreicht den Zielblutdruck. Auswahl und Einsatz der Antihypertensiva scheinen nicht anhand des individuell vorliegenden Risikokonstellation der Patienten und dem anzustrebenden Zielwert des Blutdrucks bestimmt zu werden. Offensichtlich werden trotz anderer medizinischer Evidenz ältere und damit billigere Antihypertensiva den neueren, innovativen und teureren Medikamenten (allen voran den AT₁-Blockern) vorgezogen.

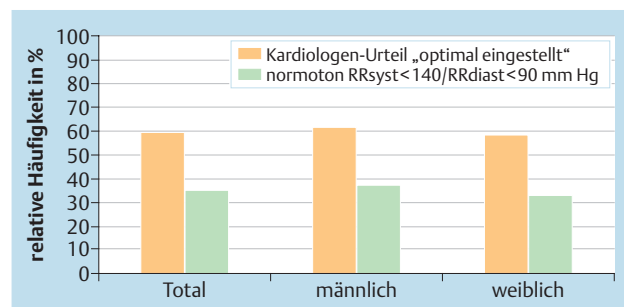


Abb. 2 Vergleich zwischen der Einschätzung der Qualität der Blutdruckeinstellung durch die Kardiologen und den tatsächlich gemessenen Blutdruckwerten. Dabei wird ein Blutdruck von systolisch < 140 mm Hg und diastolisch < 90 mm Hg mit „optimal eingestellt“ gleichgesetzt.

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- Die Qualität der Blutdruckeinstellung ist ungenügend, da nur ein Drittel der Patienten auf Zielblutdruck und/oder nach differentialtherapeutischen Gründen eingestellt ist.
- Angiotensin-Rezeptorblocker werden bei gesetzlich versicherten Patienten seltener eingesetzt. Hier ist Handlungsbedarf angesagt, um die Qualität der Behandlung zu steigern.

Autorenerklärung: Die Arbeit des SNAPSHOT-Registers wurde von der Firma AstraZeneca unterstützt. Der Erstautor und die BNK Service-GmbH haben Forschungsgelder der Fa. AstraZeneca GmbH zur Unterstützung dieses Projektes erhalten. Die übrigen Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

S. Silber¹, B. M. Richartz¹, F. Goss², W. Haerer², M. Glowatzki³, R. E. Schmieder⁴

¹Kardiologische Gemeinschaftspraxis, München

²BNK Service-GmbH, München

³Senior Consultant SPSS GmbH Software, München

⁴Abteilung für Nephrologie und Hypertonie der Universität Erlangen-Nürnberg

Korrespondenz

BNK Service GmbH
Siegesstr. 15
80802 München
eMail info@bnk-service.de

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: 2430–2435). Alle Rechte vorbehalten.

Neuer Vorhersagescore

Prognose bei Lungenerkrankungen

Ein neu entwickelter Vorhersagescore ermöglicht umfassendere Aussagen zur klinischen Entwicklung der fortgeschrittenen chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Bislang dient meist der 1-Sekunden-Ausatemtest (FEV1%), zur Abschätzung der drohenden Mortalität. Er erlaubt aber keine zuverlässigen Aussagen über die weitere klinische Prognose der Patienten.

Arch Intern Med 2008; 168: 71–79

Der Vorhersagescore wurde durch eine Meta-Analyse von 12 größeren, klinischen COPD-Studien erstellt. Im ersten Durchgang nutzten A. Briggs et al. das Datenmaterial dieser Studien, um aus den Verläufen von 5 856 Patienten mögliche Parameter für die klinische Prognose zu ermitteln.

Hierunter verstand man eine Abschätzung der zu erwartenden Mortalität, die Rehospitalisierungsrate und die Rate der drohenden Exazerbationen. Dies jeweils bezogen auf die nächsten drei Jahre. Im zweiten Studiendurchgang wurden die ermittelten Vorhersageparameter in einem Score zusammengefasst und an weiteren 2946 Patienten aus dem gleichen Datenpool validiert.

Der neue CPI-Score („chronic obstructive pulmonary disease prognostic index“) berücksichtigt folgende Parameter:

- Lebensqualität (CRQ-Score),
- Sekunden-Spitzenstoß (FEV1%),
- Alter,
- Geschlecht,
- Body-Mass-Index,
- vorangegangene Exazerbationen und anamnestische KHK.

Diese einzelnen Parameter wurden entsprechend gewichtet. Auf dem CPI-Score können 10 bis 90 Punkte

vergeben werden. Jede Zunahme des Score um 10 Punkte steigert, so fanden die Autoren, das Mortalitäts- und Hospitalisierungsrisiko um etwa die Hälfte. Zusätzlich steigt das Risiko für eine schwere Exazerbation um 21%. Das Risiko bezieht sich dabei auf die nächsten drei Krankheitsjahre. Im ungünstigsten Falle, beim Vorliegen von 90 Punkten, erreicht das Mortalitätsrisiko 31%, das Hospitalisierungsrisiko steigt auf 61%, und im Folgezeitraum sind etwa 9 Exazerbationsereignisse zu erwarten. Die statistischen Parameter zeigen an, dass der Score zuverlässige Aussagen erlaubt.

● Fazit

Der neu konzipierte CPI-Score ist für Kliniker und für Forscher ein geeignetes Instrument, um die langfristige Prognose von COPD-Patienten abzuschätzen. Dieser Score könnte den 1-Sekunden-Ausatemtest ablösen, so die Autoren.

Dr. med. Horst Gross

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 334 bzw. 171). Alle Rechte vorbehalten.

Lungenembolie

Szintigraphie und CT sind gleichwertig

Zunehmend setzt sich die Computertomographie-Pulmonalangiographie (CTPA) als Standardmethode zum Nachweis einer Lungenembolie durch. Sie löst damit die Szintigraphie ab, deren ungenügende Spezifität immer wieder kritisiert wird. D. R. Anderson et al. verglichen nun erstmalig unter klinischen Bedingungen die Aussagekraft der beiden Verfahren. JAMA 2007; 298: 2743–2753

Der Vergleich zwischen Szintigraphie und moderner Computertomographie zeigt, dass beide Verfahren zuverlässig eine Lungenembolie ausschließen können. Dies fanden die Autoren in einer vergleichenden, einfach verblindeten Multizenterstudie heraus. Bei den 1415 Patienten bestand entweder klinisch der Verdacht auf eine Lunge-

Bei der eigentlichen Fragestellung der Studie, der Embolierate in der Nachbeobachtungsphase, zeigten sich keine signifikanten Differenzen. In der Szintigraphiegruppe lag die Lungenembolierate bei 0,4%. In der CTPA-Gruppe hatte 1% der initial als negativ befundenen Patienten im Verlauf eine Lungenembolie entwickelt.



Mit der Computertomographie-Pulmonalangiographie (CTPA) lassen sich signifikant mehr Lungenembolien nachweisen. Im Bild sieht man eine Lungenembolie beidseits mit frischen, kontrastmittelumspülten Thromben in der linken Pulmonalarterie. (Bild: Bildgebende Diagnostik. M. Thelen et al. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 2007).

nembolie (Well-Score = 4,5) oder es lag ein erhöhter D-Dimer-Wert im Serum vor. Die Verdachtsdiagnose wurde dann randomisiert entweder mittels Szintigraphie oder mit einer Computertomographie-Pulmonalangiographie (CTPA) überprüft. Den auswertenden Radiologen waren die Vorbefunde nicht bekannt. Bei positivem CTPA- oder Szintigraphie-Ergebnis wurde in üblicher Weise antikoaguliert. Die Autoren interessierte besonders, ob es bei den Patienten, bei denen initial eine Lungenembolie ausgeschlossen wurde, im weiteren Verlauf doch noch zu einer solchen kam. Diese Nachbeobachtungsphase dauerte drei Monate. Anhand dieser Fragestellung, die auch den primären Endpunkt der Studie darstellte, wollte man die Zuverlässigkeit der beiden Nachweismethoden vergleichen.

Es fiel auf, dass mit der CTPA signifikant mehr Lungenembolien nachgewiesen wurden. In dieser Gruppe diagnostizierte man bei 19,2% der Verdachtspatienten tatsächlich eine pulmonale Embolie. In der Szintigraphiegruppe lag diese Rate nur bei 14,2%. Diese Differenz zu Gunsten der CTPA war ein unerwarteter Befund. Erwartet hatte man, dass die Szintigraphie die höheren Nachweisraten aufweist.

● Fazit

Auffallend ist, dass die CTPA eine höhere Sensitivität als die Szintigraphie aufweist. Eventuell werden hier mehr, klinisch nicht relevante Embolien erfasst, so vermuten die Autoren.

● Kommentar zur Studie

Für J. Glassroth gibt es zwei wichtige Befunde: Zum einen ist die höhere Trefferquote der CTPA-Untersuchung auffallend. Eine Nachweisdifferenz von 5% zwischen Szintigraphie und CTPA ist ein gravierender, abklärungsbedürftiger Befund. Eventuell liegt bei dem CTPA-Verfahren eine Art Übersensibilität vor. Die zusätzlich diagnostizierten Lungenembolien führen unter Umständen zu nicht indizierten Antikoagulationstherapien, die den Patienten gefährden. Zum anderen zeigt sich, dass die wesentlich strahlungärmere Szintigraphie immer noch eine zuverlässige Methode zur Abklärung der Verdachtsdiagnose Lungenembolie darstellt. Hier ist auch zu bedenken, dass die Kontrastmittelbelastung des Patienten entfällt. JAMA 2007; 298: 2788–2789

Dr. med. Horst Gross

Impressum

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

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. • www.BDI.de • Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden • Tel.: 0611/181 33-0 • Fax: 0611/181 33-50 • E-Mail: info@BDI.de • Präsident: Dr. med. Wolfgang 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: Thomas Ballast, Dr. Fikret Er, Dr. Katja Flieger, Dr. M. Glowatzki, Dr. F. Goss, Dr. Horst Gross, Dr. W. Haerer, Dr. Birgit Harbeck, Dr. Markus Hofmann, Stephanie Hügler, Dr. Wolf-Dieter Kirsten, Regina Krill, Prof. Dr. Heiner Mönig, Ulrike Müller, Dr. B.M. Richartz, Klaus Schmid (KS), Dr. R.E. Schmieder, Dr. S. Silber, Prof. Dr. Dr. Eberhard Standl, Dr. Rainer Wallraf, Dr. Johannes Weiß

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.

Heparinisierung

Thrombozytopenie unter Heparin häufiger als gedacht

Unter einer Heparintherapie kommt es gelegentlich zu einem Abfall der Thrombozyten. Als Ursache muss diesem nicht zwangsläufig eine immunologische Reaktion im Sinne einer heparininduzierten Thrombozytopenie Typ II (HIT II) vorliegen. Die Relevanz dieser Thrombozytopenie ist nicht geklärt. *Arch Intern Med. 2008; 168: 94–102*

G. B. F. Oliveira et al. haben zu diesem Thema eine prospektive Beobachtungs-Untersuchung an 48 US-Krankenhäusern durchgeführt. In die Studie wurden 2420 Patienten mit einem mittleren Alter von 65 Jahren aufgenommen, die aus unterschiedlichen Gründen für mindestens 4 Tage Heparin erhielten. Es galt herauszufinden, wie hoch die Inzidenz einer Thrombozytopenie unter Heparin ist und welche Bedeutung sie hat. Eine Thrombozytopenie wurde angenommen, wenn die Gesamtzahl der Thrombozyten unter 150 000/ml oder um die Hälfte des Ausgangswertes abfiel oder beides vorlag.

Demnach trat eine Thrombozytopenie bei 881 Patienten (36,4%) auf. Die Gesamtmortalität war bei diesen Patienten mit 5,1% vs. 1,6% signifikant

höher als ohne Thrombozytopenie (Odds Ratio 3,4; $p < 0,001$). Auch Myokardinfarkte (11% vs. 5,7%; $p < 0,001$) und Zeichen der Herzinsuffizienz (21,1% vs. 16,9%; $p < 0,01$) traten bei Patienten mit einer Thrombozytopenie signifikant häufiger auf. Ein Antikörpersuchtest wurde bei 78 Patienten durchgeführt, bei denen klinisch der Verdacht auf eine heparininduzierte Thrombozytopenie bestand. Bei 17 Patienten wurde die Diagnose einer HIT II bestätigt.

● Fazit

Unter einer Heparintherapie tritt häufig eine Thrombozytopenie auf. Diese Thrombozytopenie ist mit einer hohen Mortalität und kardiovaskulären Morbidität assoziiert, so die Autoren.

Dr. med. Fikret Er

Bauchaortenaneurysmata

Stent oder offene OP?

Seit 1991 hat die endovaskuläre Stentimplantation zur Behandlung von abdominellen Aneurysmata Einzug in die Kliniken erhalten. Derzeit konkurriert diese weniger invasive Methode mit der offenen Operation. *N Engl J Med 2008; 358: 464–474*

M.L. Schermerhorn et al. haben zu diesem Thema die Daten von 45 660 Patienten untersucht. Bei jeweils 22 830 Patienten mit Bauchaortenaneurysma war eine endovaskuläre Behandlung mittels Stentimplantation bzw. eine offene Operation durchgeführt worden. Patienten mit Notwendigkeit für einen Bypass und thorakalen Aneurysmata wurden in die Studie nicht aufgenommen. Es galt herauszufinden, mit welchen kurz- und langfristigen (4 Jahre) Erfolgen und Komplikationen beide Methoden verbunden sind.

Die periprozedurale Letalität war mit 1,2% vs. 4,8% in der Stentgruppe signifikant niedriger als in der OP-Gruppe ($p < 0,001$). Dieser Unterschied war bei älteren Patienten besonders groß (-2,1% bei 67–69 Jahren, -8,5% bei über 85-Jährigen). Nach 4 Jahren glich sich die Letalität in beiden Populationen an. Eine Ruptur ereignete sich in der Stentgruppe mit 1,8% vs. 0,5% signifikant häufiger als in der OP-Gruppe ($p < 0,001$). Entsprechend war eine Reintervention bei 9% in der Stentgruppe und 1,7% in der OP-Gruppe notwendig ($p < 0,001$). Abdominelle Komplikationen, wie Hernien und Verwachsungen, traten in der OP-Gruppe mit 9,7% vs. 4,1% häufiger auf als in der Stentgruppe ($p < 0,001$).

● Fazit

Die periprozedurale Letalität insbesondere älterer Patienten ist bei der endovaskulären Behandlung von Bauchaortenaneurysmata niedriger als bei offenen Operationen. Einzelne Komplikationen treten unterschiedlich häufig auf, die gesamte Komplikationsrate ist aber in beiden Methoden vergleichbar, so die Autoren.

Dr. med. Fikret Er

Prophylaxe eines plötzlichen Herztods nach Infarkt

ICD löst nach Katheterablation seltener aus

Ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) kann nach einer ventrikuläre Arrhythmie einen plötzlichen Herztod verhindern. Dennoch garantiert das Gerät keine absolute Sicherheit, der Schock ist zudem schmerzhaft. Eine zusätzliche Katheterablation scheint die Schockfrequenz zu senken, wie V.Y. Reddy et al. berichten. *N Engl Med 2007; 357: 2657–65*

Aufnahme in die Studie fanden Patienten nach Herzinfarkt, die zumindest einmal eine ventrikuläre Tachykardie oder ein Kammerflimmern erlitten hatten und bei denen die Implantation eines ICD erfolgt oder geplant war. Die Teilnehmer wurden randomisiert auf zwei Gruppen verteilt. Patienten der Kontrollgruppe ($n=64$) erhielten in der Folge keine weitere spezifische Studientherapie. Bei den Patienten der Interventionsgruppe ($n=64$) nahmen die Autoren eine prophylaktische Substrat-Katheterablation vor. Kontrolluntersuchungen fanden nach 3, 6, 9, 12, 18 und 24 Monaten statt. Primärer Endpunkt war das Überleben ohne Auslösen des ICD. Kein Patient erhielt antiarrhythmische Medikamente, ausgenommen Betablocker. Die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit betrug 22,5 Monate, die 30-Tages-Mortalität nach Katheterablation lag bei 0. Durch die Ablation veränderte sich bei keinem Patienten die linksventrikuläre Funktion oder der Grad der Herzinsuffizienz signifikant. Während der Studienphase löste bei 21 Patienten (33%) der Kontrollgruppe und bei 8 (12%) der Interventionsgruppe der ICD aus (relatives Risiko in der Ablationsgruppe 0,35). Davon erfolgte bei 20 (31%; Kontrollgruppe) bzw. 6 Teilnehmern (9%; Interventionsgruppe) ein Schock, bei den restlichen ein antitachykardes Pacing. Die Mortalitätsrate zeigte nach Ablation einen Trend zu geringeren Werten, wenn-

gleich dies nicht statistisch signifikant war (9% vs. 17%).

● Fazit

Bei Patienten nach Myokardinfarkt, die zur Sekundärprophylaxe eines plötzlichen Herztods einen ICD erhalten hatten, konnte eine prophylaktische Katheterablation die Auslöserate des Geräts senken, so die Autoren.

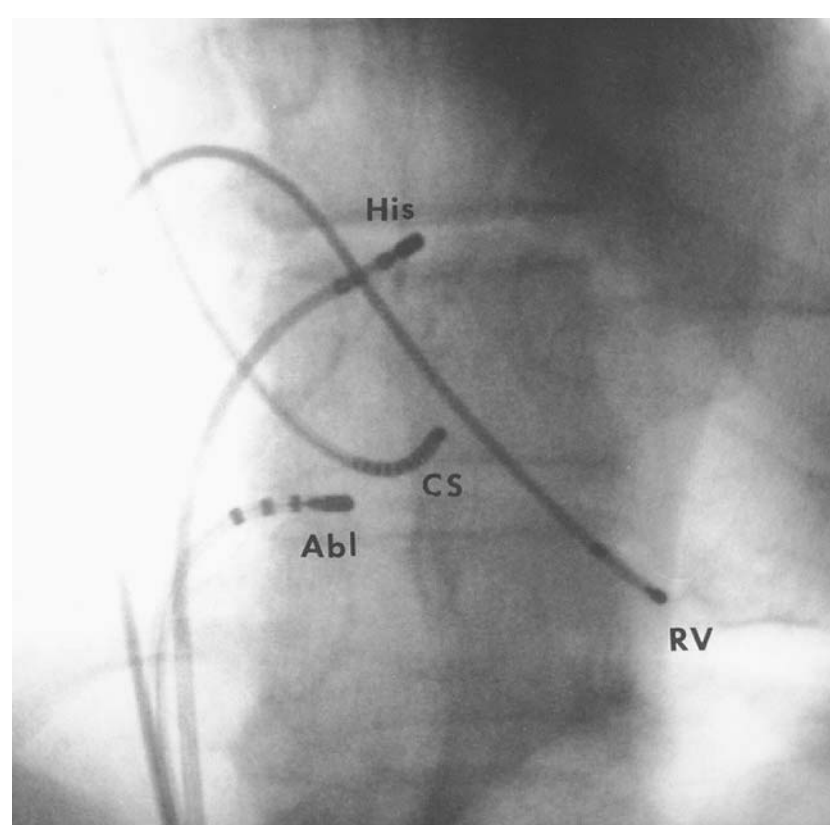
● Kommentar zur Studie

M. Estes kritisiert, dass die Studie nicht auf die klinisch wesentlich brennendere Frage eingeht, wie der relative Effekt einer Therapie mit Antiarrhythmika aussieht. Dass diese nämlich die Auslösefrequenz von ICDs senken können, hätten prospek-

tive, randomisierte Studien gezeigt. Kliniker sollten sich der Lücke bewusst sein, die zwischen der gängigen Praxis und dem Versprechen, ventrikuläre Tachykardien mittels Katheterablation zu heilen, klaffe. Um diese zu schließen, sind nach seinen Worten weitere Studien notwendig, die den Nutzen von Ablation und antiarrhythmischen Medikamenten vergleichen. Bis diese Daten vorlägen, sollte man Katheterablationen nicht als klinisch indizierte Prophylaxe ansehen, um die Auslöserate von ICDs zu senken.

N Engl J Med 2007; 357: 2717–2719

Dr. med. Johannes Weiß

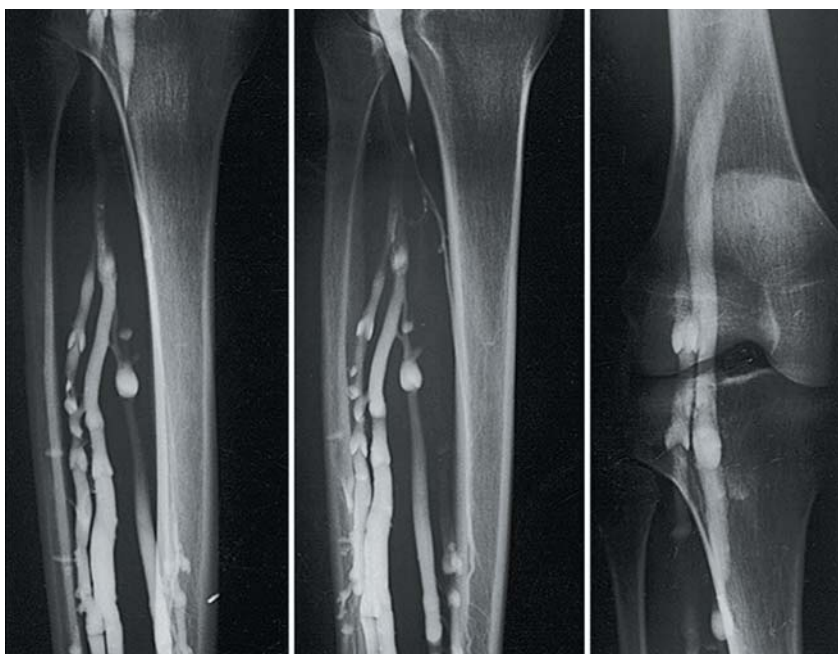


Eine zusätzliche Katheterablation senkt die Schockfrequenz, so die Autoren der Studie. Das Bild zeigt eine Katheterablation bei Vorhofflimmern. Abl=Ablationskatheter; CS=Sinus coronarius; RV=rechter Ventrikel; His = His-Bündel (Bild: Thiemes Innere Medizin, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 1999)

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 334, 394 bzw. 294). Alle Rechte vorbehalten.

Sonoring

1/5 Seite Eckfeld (224 mm breit x 80 mm hoch)



Nur 70% der internistischen Risikopatienten werden in Deutschland adäquat mit einer Thromboseprophylaxe versorgt worden, so das Ergebnis einer Studie. (Bild: Gerinnungsstörungen in Gynäkologie und Geburtshilfe, W. Rath und L. Heilmann, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 1999).

Ernährungsmedizin

Fruktose erhöht Gichtisiko

Ernährungsempfehlungen gegen Gicht warnen bisher vor allem vor Alkohol und purinhaltigen Lebensmitteln. Einen möglichen Zusammenhang von Gicht mit dem Konsum stark zucker- oder fruktosehaltiger Getränke untersuchten nun H.K. Choi et al. *BMJ* 2008; DOI: 10.1136/bmj.39449.819271.BE

Die Autoren nahmen 46 393 Männer über 40 Jahren aus der „Health Professionals Follow-Up Study“ in ihre prospektive Kohortenstudie auf. Die Männer wurden zu ihrem Lebensstil und ihrer Gesundheit befragt: Unter anderem beantworteten sie Fragen zu ihrem Konsum von Softdrinks und Fruktose. Als primären Endpunkt definierten die Autoren die Gichtinzidenz nach den Kriterien des „American College of Rheumatology“.

Im Beobachtungszeitraum von 12 Jahren erkrankten 755 der Männer an Gicht. Je höher der Verbrauch an Softdrinks, desto größer war deren Gichtisiko. Im Vergleich zu den Probanden, die weniger als einen Softdrink pro Monat zu sich nahmen, lag das relative Gichtisiko bei einem Konsum von 5–6 dieser Getränke pro Woche um 29% höher, bei täglichem Verbrauch um 45% und bei mehr als zwei dieser Getränke täglich um 85% höher. Frisch gepresster Fruchtsaft und Obst, das viel Fruktose enthält (z.B. Äpfel, Orangen) erhöhten das Gichtisiko ebenfalls ($p < 0.05$). Diätgetränke ohne Fruktose führten bei den Männern hingegen nicht zu einem höheren Gichtisiko.

Als Ursache vermuten die Autoren den vermehrten Abbau von ATP zum Harnsäure-Vorläufer AMP durch die Fruktosephosphorylierung: Bereits wenige Minuten nach dem Verzehr fruktosehaltiger Getränke steigt der Harnsäure-Spiegel im Plasma.

● Fazit

Die Ergebnisse sprächen nicht gegen Obst als Ernährungsbestandteil, so die Autoren. Die vor allem auf Purine fokussierten Ernährungsempfehlungen müssten jedoch überdacht werden. Personen mit einer familiären

Vorbelastung oder bestehender Gicht sollten fruktosehaltige Getränke meiden.

Dr. med. Katja Flieger

Accuvix
169 x 188

Thromboseprophylaxe

In vielen Ländern noch großer Nachholbedarf

Die tiefe Beinvenenthrombose ist eine gefürchtete medizinische Komplikation. Mittlerweile existieren klar definierte und empirisch abgesicherte Richtlinien zur suffizienten Thromboseprophylaxe. Doch wie sieht es mit der Umsetzung dieser Richtlinien im internationalen Vergleich aus? A.T. Cohen et al. gingen dieser Frage kürzlich nach. *Lancet* 2008; 371: 387–394

Nur in wenigen Ländern, etwa Deutschland, hat sich die Thromboseprophylaxe im klinischen Alltag wirklich durchgesetzt. Das belegt die multinationale Vergleichsstudie, in deren Rahmen die Daten von 68 163 Patienten in 358 Krankenhäusern, aus insgesamt 32 Ländern ausgewertet wurden. Überprüft hatte man zum einen, ob bei dem Patienten ein relevantes Thromboserisiko vorlag. Dies war zum Beispiel bei einer medizinisch induzierten Bettruhe der Fall. Zum anderen erfassten die Autoren, wie und ob bei diesen Patienten dann eine Thromboseprophylaxe durchgeführt wurde. Registriert wurden sowohl medikamentöse (z.B. Heparin, Acetylsalicylsäure) als auch physikalische Maßnahmen (z.B. Kompressionsstrümpfe). Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wurde nach den Standards des ACCP (American College of Chest Physi-

ans) bewertet. Die Dosierung der Medikamente konnte dabei nicht ausgewertet werden, da hierfür keine internationale Standardisierung existiert. Patienten, bei denen eine Kontraindikation gegen eine medikamentöse Thromboseprophylaxe vorlag (z.B. akute Blutung oder Trauma), wurden nicht in die Studie einbezogen. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom August 2006 bis Januar 2007. Im internationalen Maßstab zeigte sich eine erhebliche Schwankungsbreite bei der Durchsetzung der Prophylaxestandards. Im Durchschnitt bestand bei 64% der chirurgischen und bei 42% der internistischen Patienten ein relevantes Thromboserisiko. Überwiegend verursacht durch die Bettruhe. Die höchste Durchdringungsrate der ACCP-Empfehlungen fand sich in Deutschland. 92% der chirurgischen und 70% der

internistischen Risikopatienten waren nach diesen Standards suffizient mit einer Thromboseprophylaxe versorgt worden. In den USA erreichte die Prophylaxerate bei chirurgischen Patienten nur 71% und bei internistischen Patienten nur 48%. Polen lag mit 66% Prophylaxe bei chirurgischen Patienten und 35% bei internistischen Patienten eher im Mittelfeld. Auffallend war die geringe Durchdringung der internationalen Standards in Ländern wie Thailand und Bangladesch. Hier lagen die entsprechenden Raten nur im Promillebereich. International gesehen wurde bevorzugt niedermolekulares Heparin eingesetzt. Es diente bei 46% der chirurgischen und bei 30% der internistischen Patienten zur Prophylaxe.

● Fazit

Die Thromboseprophylaxe hat sich international noch nicht als medizinischer Standard durchgesetzt. Besonders in Entwicklungsländern findet praktisch keine Prophylaxe statt. Aber auch in hoch entwickelten Ländern wie etwa Polen besteht noch ein erheblicher Optimierungsbedarf.

Dr. med. Horst Gross

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 449 – 451). Alle Rechte vorbehalten.

Kurzmitteilung

Erhöhter BMI begünstigt bestimmte Krebsarten

Bekannt ist, dass Übergewicht sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Aber dass ein erhöhter BMI (Body-mass index) bestimmte Krebsarten wahrscheinlicher werden lässt und dabei auch zwischen dem Geschlecht unterschieden werden kann, haben jetzt A.G. Renehan et al. in einer Meta-Analyse (mit Studien zwischen 1966 und 2007) herausgefunden. Durch die Zunahme des BMI um 5 kg/m² steigt bei Männern das Risiko an Ösophaguskrebs zu erkranken an. Auch die Wahrscheinlichkeit von Schilddrüsen-, Darm- und Nierenkrebs erhöht sich. Bei Frauen hingegen steigt mit Zunahme des BMI um 5 kg/m² das Auftreten von einem Gebärmutter-schleimhaut- und Gallenkarzinom. Dagegen macht die ethnische Herkunft der untersuchten Personen keinen Unterschied aus, lediglich das Risiko prämenopausal und postmenopausal an Brustkrebs zu erkranken war für übergewichtige Frauen im Raum Asien-Pazifik höher als in anderen Regionen. Die Studie macht deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit an bestimmten Krebsarten bei Übergewicht zu erkranken bezüglich des Geschlechts aufgespalten werden kann. *Lancet* 2008; 371: 569–78