

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

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

Nr. 5 • Mai 2008

Inhalt

Arbeiten in Frankreich Gute Chancen für ausgebildete Fachärzte

Das Arbeiten jenseits der französischen Grenze ist für deutsche Mediziner attraktiv – und gut ausgebildete Fachärzte sind dort nach wie vor gesucht.

Seite 8

Geriatric Antibiotikatherapie beim älteren Patienten

Infektionen sind die vierthäufigste Todesursache bei älteren Patienten. Bei der Pharmakokinetik von Antibiotika sind jedoch bei älteren Menschen einige Besonderheiten zu beachten.

Seite 11

COPD Von der Pathogenese zur Therapie

Die aktuellen Therapiekonzepte der COPD richten sich an neuen pathophysiologischen Erkenntnissen aus. Ihr Ziel ist es, über eine reine Symptomkontrolle hinauszugehen.

Seite 12

Was tun in Problemfällen? Patienteneinwilligung

Vor jede ärztliche Handlung hat die Rechtsprechung das Aufklärungsgespräch gesetzt. Doch nicht alle Mediziner kommen dieser Pflicht fachgerecht nach. Und in Problemfällen wissen viele nicht, was zu tun ist.

Seite 16

Impressum

Seite 14

Neuwahlen zum Vorstand des BDI e.V. am 30. März 2008 in Wiesbaden

Präsidiums-Trio überzeugend wiedergewählt

Die Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Internisten BDI e.V. hat am 30. März 2008 in Wiesbaden den Vorstand für die nächsten vier Jahre gewählt. Dabei ist das bisherige Präsidium im Amt bestätigt worden.

Mit **Dr. med. Wolfgang Wesiack**, niedergelassener Internist aus Hamburg, ist erstmals seit 16 Jahren ein Präsident des BDI mit deutlicher Mehrheit für eine zweite Amtsperiode wiedergewählt worden. Ebenfalls in ihren Ämtern bestätigt wurden der 1. Vizepräsident **Dr. med. Wolf von Römer**, hausärztlich tätiger Internist in München, und der 2. Vizepräsident **Prof. Dr. med. Malte Ludwig**, Angiologe am Krankenhaus Tutzing/Obb., der von den Sektionen erneut nominiert wurde.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2



Bild: Klaus Schmidt

Das alte und das neue Präsidium des BDI e.V.: Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (Mitte) umrahmt vom 1. Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer (rechts) und dem 2. Vizepräsidenten Prof. Dr. Malte Ludwig (links).

Der Erweiterte BDI-Vorstand tagte am 29.03.2008 in Wiesbaden

KVen kämpfen offensiv um ihre Zukunft

Nach Ansicht von **Walter Plassmann**, dem **Zweiten Vorsitzenden der KV Hamburg**, wird es immer ein System der verfassten Ärzteschaft geben, ob das nun KV heißt oder anders.



Walter Plassmann

Zunächst einmal versucht das bestehende KV-System, mit einer umfassenden Offensive seinen Platz für die Zukunft zu behaupten und abzusichern. Wie das aussieht, schilderte er auf

der 8. Sitzung des Erweiterten Vorstands des BDI e.V. vor Beginn des diesjährigen Kongresses der DGIM in Wiesbaden.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren bereits mehrere Ansätze zu einer Reform des Versorgungssystems auf den Weg gebracht, die von KV-Vorständler Plassmann allerdings als wenig erfolgversprechend angesehen werden. Da sind zum Beispiel die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V. Die Idee der Integration sei zwar richtig, doch die Umsetzung alles andere als

geglückt, findet er. Schon die große Zahl von mehr als 9000 IV-Verträgen täusche: Wenn etwa ein Vertrag mit einer Krankenkassen-Arbeitsgemeinschaft oder einer länderübergreifenden Kasse abgeschlossen werde, entstünden gleich 20 bis 30 Verträge, obwohl es sich nur um Doubletten handle. Er glaube, dass die echte Anzahl im zwei- bis dreistelligen Bereich zu finden sei. Lege man die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zugrunde, dann handle es sich bei gut der Hälfte aller Verträge nicht wirklich um Integrierte Versorgung, weil sie nicht sektorenübergreifend angelegt seien.

Hinzu komme die nachteilige Überregulierung der Integrierten Versorgung mit Einschreibeverfahren, Evaluation, verschiedenen Abrechnungswegen und zum Teil unlösbaren Problemen für die Versorgerpraxen. Als Meta-Problem stelle sich aber der Risikostrukturausgleich (RSA) dar: Krankheiten wie MS oder die psychiatrischen Erkrankungen brächten den Kassen kein Geld aus dem RSA, sondern kosteten nur. Deshalb gebe es auch keine IV-Verträge für diese Krankheiten.

Plassmann rechnet damit, dass es im Sommer 2008 zu einer großen Kündigungswelle bei den IV-Verträgen kommen wird, weil sie niemand mehr in der Welt des Gesundheitsfonds haben wolle.

Lesen Sie weiter
auf Seite 5

114. Kongress der DGIM
in Wiesbaden

Grußwort des BDI-Präsidenten Dr. Wolfgang Wesiack

*Sehr geehrte Frau Bundesministerin Schavan,
Frau Sozialministerin Lautenschläger,
sehr geehrter, lieber Herr Kongresspräsident Ertl,
lieber Herr Hoppe,
Herr Oberbürgermeister Müller,
liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren,*

ich freue mich, Ihnen auch in diesem Jahr die herzlichen Glückwünsche Ihrer internistischen Schwesterorganisation, des Berufsverbandes Deutscher Internisten, zum 114. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin übermitteln zu dürfen. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und gutes Gelingen und natürlich auch große öffentliche Aufmerksamkeit, wie es diesem wichtigen Kongress gebührt.

Lesen Sie weiter
auf Seite 4

Gutachten zum Morbi-RSA

Die Disease-Management- Programme und der Risiko- strukturausgleich

Wir alle wissen, dass die Disease-Management-Programme von der Politik weniger zur Verbesserung der Qualität der Versorgung eingeführt wurden, sondern dass sie Hilfsmittel waren, um die Risikoselektion der Krankenkassen durch den Wettbewerb über die Beitragshöhe einzudämmen. Neben Alter und Geschlecht hat man Krankheiten über Disease-Management-Programme definiert, die es den Krankenkassen ermöglichen für schwerkranke Versicherte auch mehr Geld zu bekommen. Dies wird im Risikostrukturausgleich (RSA) geregelt.

Die gesetzlichen Vorgaben schreiben eine Neuordnung des Risikostrukturausgleiches über einen Morbiditätsausgleich („Morbi-RSA“) vor. Wir werden deshalb erwarten können, dass die Politik, die Disease-Management-Programme abschafft bzw. dass die Krankenkassen an ihrer Umsetzung nicht mehr interessiert sein werden. Die Arbeiten an einem neuen Risikostrukturausgleich haben bereits begonnen. So hat sich eine Gruppe von Wissenschaftlern nach den gesetzlichen Kriterien daran gemacht, etwa 80 ICD-Diagnosen und Krankheitsbilder zu definieren, die für eine höhere Bewertung des Falles im Risikostrukturausgleich sorgen sollen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 7

Editorial

Mit der am 30. März 2008 durchgeführten Neuwahl des Vorstandes des BDI beginnt die nächste 4-jährige Amtsperiode

Die Mitglieder haben sich mit ihrem Votum für eine weitgehende Kontinuität in der personellen Zusammensetzung des neuen Vorstandes entschieden. Wir werten dies als Indiz, dass der Kurs der letzten vier Jahre der richtige war und nehmen dies als Auftrag für die nächsten vier Jahre. So bestätigte der Vorstand das bisherige Präsidium mit dem Präsidenten an der Spitze des Verbandes.

Der BDI, Europas größter Facharztverband, setzt sich damit auch in Zukunft und mit aller Kraft für die berufspolitischen Interessen aller Internisten in Klinik und Praxis, im hausärztlichen wie im fachärztlichen Versorgungsbereich ein. Die drei Säulen des Verbandes sind dabei gleichberechtigt; der Vorstand vertritt ihre Interessen einheitlich und gemeinsam.

Mit den vier neu in den Vorstand gewählten Mitgliedern ist sicherge-

stellt, dass neben Kontinuität und Erfahrung durch „frisches Blut“ auch neue Ideen in die Vorstandsarbeit einfließen werden. Dies ist deshalb notwendig, weil wir uns in den kommenden Jahren großen neuen Herausforderungen stellen müssen. Der Umbau unseres Gesundheitswesens mit durchgreifenden staatsmedizinischem Zentralismus einerseits und gnadenlosem Wettbewerb der „Leistungserbringer“ andererseits wird weiter zunehmen. Die Auseinandersetzungen um die für eine

adäquate medizinische Versorgung unserer Patienten notwendigen finanziellen Ressourcen werden sich auch in unserem Verband verschärfen; der Kampf um eine adäquate Bezahlung unserer Leistungen wird ungebrochen weiter zu führen sein.

Bei alledem dürfen wir aber Grundsätzliches nicht aus den



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Augen verlieren: die Sicherung der Zukunft unseres Berufstandes, den Erhalt seiner Unabhängigkeit, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, den Einsatz für ein ungestörtes Patienten-Arztverhältnis als zentralem Bestandteil ärztlicher Arbeit. Es geht bei allem auch immer darum, unsere ärztliche Würde zu bewahren.

Der neu gewählte Vorstand dankt für das Vertrauen und nimmt die vor uns liegenden Aufgaben sofort in Angriff. Er ist zuversichtlich und entschlossen, gemeinsam und gestützt auf unsere Mitglieder gute Arbeit abzuliefern.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

(Fortsetzung von Seite 1)

Präsidiums-Trio überzeugend wiedergewählt

Vorstandsmitglied **Dr. med. Horst Feyerabend**, niedergelassener fach-



Dr. Horst Feyerabend

ärztlich tätiger Internist mit Versorgungsschwerpunkt in der Gastroenterologie, Hagen, wurde von den Landes-

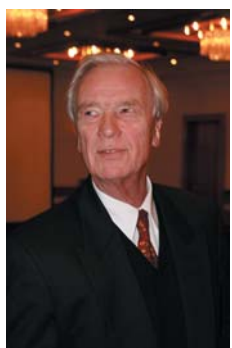
verbänden wieder nominiert. Als neuer Vertreter der außerordentlichen Mitglieder wurde **Dr. med. Michael Denking**, Ulm, in den Vor-



Dr. Michael Denking

stand entsandt. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat wie in den Jahren zuvor ihren Generalse-

ekretär **Prof. Dr. med. Hans-Peter Schuster**, Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Städtischen Krankenhauses Hildesheim, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover,



Prof. Dr. Hans-Peter Schuster

in den Vorstand des BDI entsandt. In einem Statement zur Wahl betonte Präsident Wesiack, dass der BDI

als zentraler Berufsverband der Inneren Medizin Hort und Orientierung für Vertrags- und Klinikarzt sein und bleiben muss. Die begonnene enge Kooperation mit der wissenschaftlichen Schwesterorganisation, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, werde weiter fortgesetzt werden. Die (Wieder-)Einführung des Facharztes für Innere Medizin und die Durchführung des 1. Deutschen Internistentags 2007 in Berlin nannte er als erfolgreiche Ergebnisse einer abgestimmten gemeinsamen Politik. Vizepräsident von Römer nannte als seine politischen Ziele u. a., der Ökonomisierung der Medizin Einhalt zu gebieten, die in eine ethisch-moralische wie auch juristische Zwickmühle führe, ein Ende der zunehmenden Rationalisierung des Gesundheitswesens, eine solide Finanzierung des Gesundheitswesens mit ausreichenden Mitteln für die stationäre und ambulante Versorgung sowie den Widerstand gegen die Pläne zur Deprofessionalisierung des Arztberufes.

Wichtig für Vizepräsident Ludwig sind u.a. die Fortsetzung und das Vorantreiben einer guten und effektiven Kooperation zwischen den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften des BDI sowie den einzelnen Berufsverbänden der Schwerpunkte der Inneren Medizin, um gegenüber der Politik und den Körperschaften eine Einheit der Internisten zu demonstrieren. Oberste Maxime für Vorstandsmitglied Feyerabend bleibt, die Innere Medizin zusammen zu halten, nicht im Sinne einer um jeden Preis zu haltenden Tradition, sondern angepasst an die Herausforderungen eines sich ändernden Versorgungsbedarfes. Das

werde nur möglich sein, wenn alle, die Vielfalt des Faches widerspiegelnden Gruppierungen in der ambulanten und stationären Versorgung, den haus- und fachärztlich, auf unterschiedlichem Spezialisierungsgrad Tätigen mit ihren Verbänden einen gleichberechtigten Platz unter dem Dach des BDI haben.

● 25 Kandidaten zur Auswahl

Um die restlichen Vorstandsplätze bewerben sich in Wiesbaden 25 Kandidaten. Neben den zuvor genannten neuen Vorstandsmitgliedern wurden folgende Kolleginnen bzw. Kollegen in den Vorstand gewählt:

Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann,

Direktor der Medizinischen Klinik C, Klinikum der Stadt Ludwigshafen/Rhein (wiedergewählt). Aus seiner Sicht muss sich die Innere

Medizin als Königsdisziplin immer wieder mit ihren Anliegen an die Patientenöffentlichkeit, vor allem aber auch an die Entscheider im Gesundheitswesen wenden, um ihre Vorstellungen deutlich zu machen. Dazu gehören für ihn u.a. die nachhaltige Verbesserung der Arbeitsplatzsituation und die leistungsgerechte Vergütung in Klinik und Praxis, die Entrümpelung von arztfremden Leistungen im täglichen Alltag, die Aufwertung des ärztlichen Berufsbildes sowie die Motivation junger Ärzte für ihren Beruf.

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Internistin mit Schwerpunkt



Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger

Endokrinologie am Klinikum München-Bogenhausen. Mit ihrer gleichzeitigen Mitgliedschaft im Ausschuss der DGIM

und dem Vorstand des BDI sieht sie eine Chance zur Realisierung der dringend notwendigen konstruktiven und engen Kooperation von BDI und DGIM. Durch eine gute Zusammenarbeit und gemeinsame Strategie der beiden Verbände würden alle Internistinnen und Internisten, gleich auf welchem Gebiet oder in welcher Versorgungsebene tätig, politisch deutlich an Einfluss und nötiger Schlagkraft gewinnen.

Dr. med. Peter Schmied, niedergelassener fachärztlich tätiger Internist mit



Dr. Peter Schmied

Versorgungsschwerpunkt Gastroenterologie und belegärztliche Tätigkeit am Krankenhaus Lichtenfeld,

Burgkunstadt (wiedergewählt). Sein Engagement im vorigen wie im neuen Vorstand gilt dem Ziel, dem fachärztlichen Internisten eine Existenzbasis zu erhalten bzw. neu zu erkämpfen. Damit verbunden sind für ihn der Kampf für eine wirksame Außendarstellung sowie ein klares Statement für vernünftige Qualität.

Dr. med. Cornelia Jaurisch-Hancke,

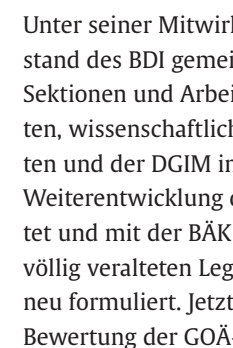


Dr. Cornelia Jaurisch-Hancke

Leiterin Fachbereich Endokrinologie-Diabetologie, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden (wiedergewählt). Sie hat sich in

den vergangenen vier Jahren intensiv um die Arbeit in den Vorstandesressorts Fortbildung, GOÄ-Honorarfragen, Integrierte Versorgung gekümmert. Hieran möchte sie weiterarbeiten und sich für die Belange aller im BDI vertretenen Ärztinnen und Ärzte einzusetzen.

Dr. med. Ullrich Schindlbeck, niedergelassener fachärztlich tätiger Internist und FK für nuklearmedizinische Diagnostik, Herrsching (wiedergewählt).



Dr. Ullrich Schindlbeck

Unter seiner Mitwirkung hat der Vorstand des BDI gemeinsam mit den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften, wissenschaftlichen Gesellschaften und der DGIM intensiv an der Weiterentwicklung der GOÄ gearbeitet und mit der BÄK zusammen die völlig veralteten Legenden der GOÄ neu formuliert. Jetzt geht es um die Bewertung der GOÄ-Leistungsziffern vor allem auf betriebswirtschaftlicher Basis. Daran werde er wieder im neuen Vorstand mitwirken.

Dr. med. Thomas Engels, niedergelassener Kardiologe aus Ludwigsburg und Vorsitzender des Landesverbands Baden-Württemberg im BDI e. V. Für ihn ist der BDI

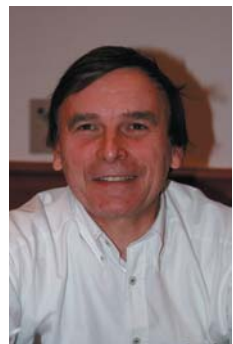


Bild: Klaus Schmidt

Dr. Thomas Engels

als Hausarzt, Facharzt und Klinikarzt vereinender Verband Plattform und Basis für die Formulierung und Weiterentwicklung der Interessen der Fachgruppen und der Inneren Medizin. Hierfür erforderlich hält er eine ausreichende Repräsentation aller Regionen und Teilgebiete im Vorstand, eine Stärkung der Landesverbände und eine noch intensivere Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen Berufsverbänden.

Dr. med. Fritz Matzkies, niedergelassener Internist mit Schwerpunkt Nephrologie aus Hamm. Er sieht den fachärztlichen Internisten in Praxis und Klinik aktuell



Bild: Klaus Schmidt

Dr. Fritz Matzkies

vor einer großen berufspolitischen Herausforderung. Plänen, den Facharzt als niedergelassenen Kollegen und größten Kostenverursacher mit seinen schwerkranken Patienten wieder in die Struktur eines Krankenhauses einzugliedern, will er entschieden entgegen wirken und soweit möglich verbandsübergreifend eine offene Informationspolitik unserer Regierung erzwingen.

Dr. med. Hans-Friedrich Spies, niedergelassener Internist und Kardiologe mit belegärztlicher Tätigkeit am Bethanien-Krankenhaus, Frankfurt (wiedergewählt).



Bild: Klaus Schmidt

Dr. Hans-Friedrich Spies

Er plädiert dafür, dass sich der BDI in Zukunft neben der ambulanten Versorgung auch den Problemen am Krankenhaus zuwenden, wo der Nachwuchs des Fachs weitergebildet wird. Im ambulanten Bereich verliert die Kassenärztliche Vereinigung immer mehr an Einfluss. Er ist der Ansicht, dass das dadurch entstehende Vakuum für die Internisten durch den BDI ausgefüllt werden muss. Die Schwesterverbände BDI und DGIM vertreten beide die Internisten. Viele Mitglieder des BDI können die historisch begründete Aufgabentrennung in der heutigen Zeit nicht mehr nachvollziehen. Es sollte deshalb eine wichtige Aufgabe für die nächste Legislaturperiode sein, die beiden Verbände wieder zusammen zu führen.

Die weiteren Kandidaten erhielten bei der Mitgliederversammlung nicht die benötigte Stimmenzahl:

Dr. med. Rieke Alten, Chefärztin Innere Medizin II an der Schlosspark-Klinik Berlin,

Dr. med. Manfred Pinkernell, hausärztlich tätiger Internist aus Paderborn,

Dr. med. Johannes Bruns, Leitender Oberarzt der Akutgeriatrie und der geriatrischen Rehabilitation (internistisch geleitet) im Ev. Krankenhaus Hubertus in Berlin-Zehlendorf,

Dr. med. Wolfgang Drossard, niedergelassener Internist in Kelkheim/Ts.,

Dr. med. Thomas Schröter, niedergelassener Internist und Ärztlicher Leiter eines MVZ in Weimar,

Dipl. med. André Althoff, tätig in der Medizinischen Klinik und Poliklinik II, Abteilung Pneumologie und Intensivmedizin, der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,

Dr. med. Christian Sailer, hausärztlich tätiger Internist in München,

Dr. med. Gottfried von Knoblauch, niedergelassen als fachärztlich tätiger Internist in Stadtallendorf,

Prof. Dr. med. Jürgen Zehner, ehem. Chefarzt der Medizinischen Klinik I Klinikum Passau (Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Gastroenterologie, Stoffwechsel), jetzt Privatpraxis,

Dr. med. Heinz Rauch, hausärztlich tätiger Internist in Ludwigshafen,

Dipl. med. Bernd Helmecke, Chefarzt der Inneren Abteilung im Medclin Krankenhaus am Crivitzer See, Crivitz/Mecklenburg-Vorpommern ,

Dr. med. Tillmann Bert, Internist in Weimar, und

Dr. med. Helmut Gudat, niedergelassener Internist in Duisburg-Meiderich.

Die Führungsmannschaft des größten Facharztverbands in Europa will sich in ihrer ersten Klausursitzung vornehmlich der dringlichen Probleme der Krankenhausärzte annehmen. Trotz der hohen Zahl von Klinikern im BDI-Vorstand stehen selbstverständlich auch die Sorgen der hausärztlichen Internisten ganz oben auf der Agenda des Berufsverbandes, versicherte das wieder gewählte Präsidium in Wiesbaden.

KS

Anzeige
224 x 297

114. Kongress der DGIM in Wiesbaden (Fortsetzung von Seite 1)

Grußwort des BDI-Präsidenten Dr. med. Wolfgang Wesiack

Auch in diesem Jahr sind die gesundheitspolitischen Probleme nicht kleiner geworden. Der für 2009 geplante Gesundheitsfonds, dieses bürokratisch-zentralistische Supermonster, wirft seine langen Schatten voraus. Selbst innerhalb der Regierungskoalition gibt es große Bedenken gegen den Fonds, doch niemand traut sich, den Zug zu stoppen, der sich mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Bewegung gesetzt hat.

Man kann nur hoffen, dass es auch in Berlin Politiker mit Mut gibt, die nicht blind ihrer Fraktionsführung folgen, wenn sie erkannt haben, dass man die Notbremse ziehen muss, ehe es zu spät ist.

Manchmal, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen ja erst Wahlen stattgefunden haben, damit Politiker den Irrsinn ihres eigenen Handelns erkennen. Die bayerischen Landtagswahlen am 28. September finden noch vor der geplanten ersten Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes statt. Vielleicht hat ja danach eine der Regierungsparteien den Mut, den Zug anzuhalten, bevor er endgültig in Richtung Staatsmedizin abgefahren ist.

Denn eines ist klar, liebe Kolleginnen und Kollegen, der Gesundheitsfonds löst keine Probleme, er ist das Problem! Der Gesundheitsfonds bindet finanzielle Mittel für einen bürokratischen Apparat, an dem das Gesundheitswesen zu ersticken droht. Dringend benötigtes Geld für die Versorgung der Patientinnen und Patienten wird einer Bürokratie hinterher geworfen, die niemand im Gesundheitswesen braucht.

Dabei haben wir schon jetzt mit einer beispiellosen Unterfinanzierung zu kämpfen, die immer mehr Kolleginnen und Kollegen ihren Beruf verleidet. Die Ressourcenknappheit wird auch nach Einführung des Fonds unverändert fortbestehen. Denn nach wie vor lebt das System von der Hand in den Mund. Die Unterfinanzierung ist in der Versorgung jeden Tag spürbar – unsere Patienten erleben das hautnah.

Ich fürchte, die Politiker haben immer noch nicht begriffen, was die Reglementierungen und Begrenzungen der ärztlichen Therapiefreiheit schon jetzt angeordnet haben und noch anrichten werden: Nachwuchsmangel, Versorgungsengpässe und erhebliche Verunsicherung bei den Patienten. Die Menschen aber



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack erhielt viel Applaus für sein Grußwort bei der Eröffnungsveranstaltung des 114. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden.

wollen ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, wie sie es kennen- und schätzen gelernt haben und um das uns die Welt lange Zeit beneidet hat. Die Menschen wollen keine staatlich festgelegte Kasernenversorgung mit Minimalstandard – sie wollen schlicht und einfach, auf dem neuesten Stand der Medizin versorgt werden, so wie sie es gewohnt waren. Und die Menschen wollen, dass Ärzte so arbeiten können, dass sie von dieser Arbeit auch vernünftig leben können. Und sie wissen, dass dies längst nicht mehr überall der Fall ist.

Die Politik aber erweckt den Eindruck, als könne mit den Ressourcen einer

beschneiden und ihn auf einen aber nicht mehr den wichtigsten „Player“ im Gesundheitswesen zu beschränken. Ich rede von der drohenden De- bzw. Entprofessionalisierung unseres Berufes. Ich rede vom Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Das Gesetz weitet das Tätigkeitspektrum von Pflegekräften und Physiotherapeuten auf heilkundliche Tätigkeiten aus, ohne dies genauer festzulegen. Es geht bei den Modellvorhaben nicht um Delegation, sondern um Abgabe ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Berufsgruppen, ohne dass der Arzt die Letztverantwortung für die Therapie behält. Das ist keine Lappalie – das ist ein handfester Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen. Es ist bezeichnet, dass diese wegweisende Entscheidung so en passant in einer Pflegereform geregelt wird. Die Öffentlichkeit soll wohl möglichst wenig davon mitbekommen. Denn eines ist doch klar: Wenn die Patienten wüssten, dass Ärzte und nichtärztliche Berufe künftig auch noch Verteilungskämpfe ausfechten sollen, wäre die Zustimmung zu diesem Experiment wohl sehr gering. Die Politik verschweigt, dass die Budgets – wenn auch unter anderem Namen – weiterexistieren. Das heißt: Der Budgetanteil für uns Ärzte wird kleiner werden, wenn nun auch nichtärztliche Berufe in Eigenverantwortung Leistungen vorordnen dürfen.

Übrigens steht dies im Gegensatz zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen, der die Schaffung vorbehalter Tätigkeiten für Krankenpflegeberufe ausdrücklich als versorgungspolitisch überholt ablehnt.

Der Bundesrat lehnt bisher Änderungen von Berufszulassungsgesetzen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und des Sozialrechtes ab und empfiehlt zunächst eine Bestandsaufnahme und ggf. Neubewertung von Aufgaben aller nichtärztlicher Berufe. Mit einem Katalog delegationsfähiger Leistungen auf einen den neuen Versorgungsherausforderungen gerecht werdenden Stand kommen BÄK und KBV nach Rücksprache auch mit dem

Budgetmedizin der medizinische Fortschritt für alle gesichert werden. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist eine bewusste Irreführung der Öffentlichkeit.

Eine weitere große gemeinsame Sorge ist der Versuch der Politik, dem Arzt die zentrale Steuerungsfunktion mit all ihren Konsequenzen zu

BDI und der DGIM dieser Aufgabe nach.

Eines muss aber ganz klar sein: die Systemsteuerung und die übergeordnete Koordinierungsfunktion muss beim verordnenden Arzt als der zentralen Stelle der Verantwortung von Leistungen zu Lasten der Versichertengemeinschaft erhalten bleiben. Ärztliche Verantwortung, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ist und bleibt unteilbar!

Zum Schluss aber auch zu etwas Erfreulichem, der Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin auf dem letzten Deutschen Ärztetag in Münster 2007. Hier ist es uns, DGIM und BDI gemeinsam, mit dem Vorstand der Bundesärztekammer gelungen, mit einer fast 2/3 Mehrheit der Delegiertenstimmen den Facharzt für Innere Medizin in die Musterweiterbildungsordnung als dritte Säule in das gemeinsame Gebiet Innere und Allgemeinmedizin wieder einzuführen. Obgleich uns bewusst war, dass die weitere Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung in einzelnes Landesärztekammerrecht kein Selbstgänger sein würde – Berlin und Baden-Württemberg belegen dies – haben inzwischen zehn Landesärztekammern den Facharzt für Innere Medizin wieder eingeführt. In Nordrhein, Bremen, Schleswig-Holstein und Brandenburg steht die Entscheidung noch aus, Rheinland-Pfalz, Hessen und Thüringen haben ja dem Internisten in etwas unterschiedlicher Art behalten. An dieser Stelle sei noch einmal und ganz ausdrücklich für die Allgemeinmediziner, den Deutschen Hausärzterverband und die Öffentlichkeit festgestellt, dass dieser Facharzt für Innere Medizin für die Versorgung von Patienten mit internistischen Erkrankungen in der Klinik dringend benötigt wird – übrigens auch im Rahmen der stationären Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen, die sich später im hausärztlichen Versorgungsbereich niederlassen wollen – und keine Konkurrenz zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, dem neuen Typus für die hausärztliche Versorgung darstellt.

Die gesundheitspolitischen Aufgaben werden leider nicht weniger sondern mehr und sie werden für uns Internisten immer bedeutsamer. Da ist es gut zu wissen, dass beide Verbände, DGIM und BDI, nicht nur an einem Strang ziehen, sondern auch beide überzeugt sind, dass wir nur gemeinsam für unsere Internistinnen und Internisten, für die Innere Medizin in Deutschland, aber vor allem für unsere Patientinnen und Patienten mit internistischen Erkrankungen Lösungen erarbeiten und durchsetzen können. Gemeinsam sind wir stark.

Lieber Herr Ertl! Liebe DGIM! Ich wünsche Ihrem Kongress einen erfolgreichen Verlauf.

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident des Berufsverbandes
Deutscher Internisten e.V.
30. März 2008

Leserbrief „Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?“

von Dr. Hans-Friedrich Spies in BDI aktuell 4/08

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie zitieren in Ihrem Artikel „Wo bleibt das Geld in der ambulanten Versorgung?“ Fallwerte im Bereich der KV Hessen, die sehr zweifelhaft sind. Sie sind deutlich zu hoch angesetzt. Es ist zweifelhaft, ob die KV Hessen überhaupt in der Lage ist, verlässliche Fallwerte zu präsentieren, denn die KV Hessen ist leider die mit Abstand schlechteste und chaotischste KV Deutschlands. Nach Einführung des EBM 2000 plus war sie 1,5 Jahre nicht in der Lage, eine zeitgerechte, verlässliche Abrechnung zu präsentieren! Die Mitglieder-Ärzte der KV Hessen wurden mit Abschlagszahlungen nach schwer verständlichen Rechenformeln über Wasser gehalten, anschließend wurde das überzahlte Honorar wieder von den Restzahlungen abgezogen. Außerdem musste eine externe Qualitätsmanagement-Firma für die Abrechnungen eingesetzt werden!

Nun zur Berichtigung der Fallwertzahlen im Quartal 3/07: Die Fallwerte der Orthopäden sind ähnlich wie die der Neurologen „abgestürzt“ und nicht unverändert geblieben, die Fallwerte der schwerpunktlosen Facharztinternisten liegen im Quartal 3/07 bei ca. 30 Euro und nicht bei 83 Euro. Ich bin selbst nicht-invasiver Angiologe, liege 30% über dem Regelleistungsvolumen und über 200 Fälle über der durchschnittlichen Fallzahl und hatte 3/07 trotzdem nur einen Fallwert von 37 Euro und nicht von 96,34 Euro. Die Fallwerte der Hausärzte und der Urologen stimmen in etwa, d.h. die Hausärzte haben eher einen leichten Fallwertzuwachs, die Urologen einen Fallwertverlust. Zu beachten ist aber, dass die Fachärzte im Gegensatz zu den Hausärzten deutlich höhere Gerätekosten haben.

Dr. med. Oliver Kohl
Facharzt für Innere Medizin und
Angiologie
Südanlage 16
35390 Gießen



Die Redaktion von BDI aktuell freut sich über jeden Leserbrief. Bitte richten Sie Ihre Leserbriefe an bdi-aktuell@thieme.de oder schreiben Sie an den Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden.

Der Erweiterte BDI-Vorstand tagte am 29.03.2008 in Wiesbaden (Fortsetzung von Seite 1)

KVen kämpfen offensiv um ihre Zukunft

● Die Hausarzt-zentrierte Versorgung ist auch kein Erfolgsmodell

Die Hausarzt-zentrierte Versorgung nach § 73b an der KV vorbei ist nach seinen Worten auch nicht ohne: Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft sei immer noch dabei, ein Abrechnungssystem zu basteln, mit dem sie die Verträge im Alltag umsetzen kann. Die Barmer Ersatzkasse, Partner des ersten großen Hausarztvertrags mit der HÄVG, hält sich bis heute zurück, was Zahlen über Kosten oder Nutzen des Vertrags betrifft. Der renommierte Leiter des AQUA-Instituts, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szczenyi, Göttingen, soll gesagt haben, dass Hausarzt-Verträge dieser Art nichts bringen. Auffallend ist, dass es immer noch nicht gelungen ist, andere Krankenkassen dazu zu bewegen, ebenfalls solche Verträge abzuschließen.

Einen anderen Weg geht die AOK in Baden-Württemberg, die die Hausarzt-zentrierte Versorgung ausgeschrieben und einer Vertragsgemeinschaft aus Hausärzterverband und Medi-Verbund den Zuschlag gegeben hat. Plassmann weist auf einige Besonderheiten hin: So kann der teilnehmende Arzt nicht mehr die Medikamente verordnen, die er für richtig hält, sondern muss in jedem Einzelfall die Genehmigung der AOK einholen. Auch die Abrechnung läuft direkt online über die AOK, die auch eine elektronische Patientenakte führt. Plassmann rät abzuwarten, was daraus letztlich wird. Insgesamt hält er die Hausarzt-zentrierte Versorgung ohne KV nicht für ein Erfolgsmodell.

Verträge für eine besondere ambulante Versorgung nach § 73 c SGB V enthalten seiner Ansicht nach viel Sprengstoff. Es gibt erst einen einzigen Versuch der Umsetzung, und zwar im Raum Kassel. Der KV-Experte sieht das als Testlauf. Wenn man es wirklich wolle, räumt er ein, sei dies durchaus ein Weg, das KV-System zu knacken.

Die Versorgung nach § 116b SGB V (hochspezialisierte Leistungen) gibt dem Krankenhaus die Möglichkeit, ambulant tätig zu werden. Plassmann weist darauf hin, dass es sich hier weder um eine Zulassung noch um eine Ermächtigung handelt, sondern um eine Genehmigung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) war bisher sehr großzügig bei der Festlegung der in Frage kommenden Indikationen. So hat er de facto die gesamte Onkologie für das Krankenhaus eröffnet. Für den KV-Vorständler ist eine ganze Reihe von Rechtsfragen hierzu noch ungeklärt und es ist mit einer Flut von Klagen, u.a. auch der KV Hamburg, gegen die Genehmigung zu rechnen.

Bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist ein kontinuierli-

cher Anstieg zu beobachten. An die 950 sind es bereits, davon zwei Drittel Gründungen von niedergelassenen Ärzten. Es arbeiten mittlerweile mehr als 4000 Ärzte, zumeist im Angestelltenstatus, in den MVZ. In mehr als der Hälfte aller MVZ arbeiten nur zwei bzw. drei Ärzte, was den Schluss nahe legt, dass es sich eigentlich um umgewandelte Gemeinschaftspraxen handelt.

Die weit größere Reformwirkung sieht Plassmann allerdings in der Liberalisierung des Arztrechts durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG). Er spricht von einer „sehr hohen Dynamik“ vor allem bei der Anstellung von Ärzten, der Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen und Filialen.

Im Jahre 2009 soll der Gesundheitsfonds kommen, der inzwischen von allen möglichen Seiten, auch von Politikern aus dem Regierungslager, wieder in Frage gestellt wird. Sollte er kommen, dann werden die Gelder der Krankenkassen neu verteilt: 70 bis 80% der Ausgaben (ca. 140 Milliarden Euro) werden dann für ca. 14 Millionen Morbi-Versicherte ausgegeben, die restlichen 40 Milli-

arden bleiben für ca. 56 Millionen Versicherte. Plassmann prophezeit eine Risikoselektion in neuer Form. Die Verteilung der Patienten mit hohen Kosten, solchen mit durchschnittlichen Kosten und der Gesunden entscheidet über den Erfolg der Kasse. Um möglichst viel Geld aus dem Topf zu erhalten, ist die Versuchung groß, die Morbidität der eigenen Versicherten „upzugraden“.

● Überlebensstrategien der KV

Die Alternative „Ausstieg aus dem System“ wird zur Zeit in Bayern und in Baden-Württemberg durchgespielt. Plassmann zeigte Verständnis für die Sorgen der ausstiegswilligen Hausärzte. „Dass sie die Schnauze voll haben, kann ich verstehen.“ Wenn dann einer wie Bayerns Hausärzterverbands-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaler komme und offen ausspreche, was alle denken, habe er schnell alle hinter sich. Dennoch glaubt Plassmann, dass Hoppenthaler zuviel versprochen und sich verkalkuliert hat. Die erhoffte Quote von 70% Aussteigern werde wohl nicht erreicht.

Die Hausärzte sollten sich der harten Konsequenzen bewusst sein, die Ex-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer im Gesetz (§ 72a SGB V) für die Rückgabe der Zulassung eingeführt hat. Die Krankenkassen würden keineswegs zu Kreuze kriechen und bei den Hausärzten um Verhandlungen betteln, sondern alle anderen Wege ausprobieren, sei es durch Beschäftigung von ausländischen Ärzten oder die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf andere Heil- und Hilfsberufe, die bereit stünden, in die Bresche zu springen. Die ausgestiegenen Ärzte dürfen sechs Jahre lang keine Kassenpatienten mehr behandeln und die Krankenkassen übernehmen in diesen Regionen die komplette Steuerung des Gesundheitswesens.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Suche nach Überlebensstrategien gemacht. Zunächst wurde eine Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination gegründet, an der 15 KVen außer Baden-Württemberg und Bayern beteiligt sind. Sie gehen arbeitsbereit vor: Eine Kasse handelt einen Vertrag aus, der mit Mehrheit angenommen und dann bundesweit von allen anderen übernommen wird. Erste Abschlüsse gibt es bereits: einen Vertrag über Hausarzt-zentrierte Versorgung mit der Bundesknappschaft und einen Impfvertrag mit der BIG BKK.

Das KV-Safenet sorgt für eine innerärztliche Vernetzung, über die Abrechnung, Arzneimittel-Beratung und dergleichen mehr abgewickelt werden. Der Service ist für die Ärzte kostenlos, nur für die Nutzung der Leitungen müssen 10 Euro im Monat gezahlt werden.

● Neue Versorgungsstruktur mit Primärarztssystem

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler hat ein Modell für eine neue Versorgungsstruktur in die Diskussion gebracht. Es sieht ein Primärarztssystem als Regelversorgung vor, mit Hausärzten, Kinderärzten, Augenärzten und Gynäkologen als erste Anlaufstelle für die Patienten, mit Sachleistung. In unterversorgten Gegenden sollen auch Fachärzte mit „Case-Management“-Qualifikation hausärztliche Funktionen übernehmen.

Stufe 2 ist die wohnortnahe fachärztliche Versorgung durch Fachärzte, die auf Überweisung aufgesucht werden können. Für diese zwei Stufen hat die KV den Sicherstellungsauftrag. Die Sicherstellung der Stufe 3, die spezialisierte fachärztliche Versorgung nach §§ 115 b und 116 b SGB V, tragen die Krankenkassen. Bedingung der KBV: Die KVen sollen immer optionaler Vertragspartner sein, auch bei Verträgen nach § 73c und § 140 SGB V. Plassmann: „Damit wollen wir wieder aktiv in die gesundheitspolitische Diskussion einsteigen.“

Ganz neu ist Köhlers Idee einer „New Company“, die auf einer gemeinsamen Stiftung aus KBV, Apo-Bank und Deutschem Ärzteverlag beruht. Diese Aktiengesellschaft hat laut Plassmann den Auftrag, im ambulanten Sektor zu verhindern, dass die Zulassungen an Krankenhäuser und andere abwandern: „Wir wollen in den Markt eintreten und die MVZ selbst betreiben.“ Die KBV habe einen Weg gefunden, den Körperschaftsstatus abzustreifen, um selbständig im Vertragsgeschäft mitmischen zu können. Details dazu will Köhler der KBV-Vertreterversammlung im Mai in Ulm mitteilen.

● Skepsis beim BDI

Die KV-Vision stieß in der anschließenden Diskussion auf nicht zu überhörende Skepsis. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack äußerte Bedenken angesichts des geplanten Primärarztssystems. „Wollen wir das und wollen das auch die Patienten?“, fragte er und wies darauf hin, dass es keinen rein hausärztlichen und keinen rein fachärztlichen Internisten gebe. Er meinte, dieses System beschere den Ärzten eine Menge von Nachteilen, ohne einen einzigen Euro mehr zu bringen.

KS

Anzeige
167 x 188

Günther-Budelmann-Medaille verliehen

Preisverleihung an Prof. Dr. Wolfgang Arnold und Prof. Dr. Dr. Hans Joachim Sewering

Die größte Ehrung, die der Berufsverband Deutscher Internisten zu vergeben hat, ist die nach seinem ersten Präsidenten benannte Günther-Budelmann-Medaille. Diese wurde bei der Mitgliederversammlung in Wiesbaden als Zeichen der Würdigung ihrer hervorragenden Verdienste an Prof. Dr. med. Wolfgang Arnold und Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans Joachim Sewering verliehen.

Seit 26 Jahren ist Prof. Dr. Wolfgang Arnold Mitglied im BDI, Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Er war bis vor kurzem Direktor des Klinikums Bremen-Mitte und Chefarzt der Medizinischen Klinik II, das Aufgaben eines Krankenhauses der Maximalversorgung übernimmt. Mit 40 Jahren trat er in den BDI ein und wirkt seither aktiv mit, sowohl in berufspolitischen Fragen als auch bei den Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen des BDI.

Herr Prof. Arnold ist seit 1993 aktiv in die BDI-Fortbildungsarbeit eingebunden; seit 1994 leitet er die internationalen interdisziplinären Seminarkongresse in Bad Kleinkirchheim und Puerto de la Cruz. Der BDI verdankt unter anderem Herrn Prof. Wolfgang Arnold den guten Ruf, welche die Fortbildungen und Kongresse bei Ärztinnen und Ärzten genießen. Sein berufliches Hobby ist die Hepatologie, die er neben der Leitung der Kongresse auch als Referent den Kon-

gressteilnehmern näher bringt. Seine Lebenswürdigkeit, Menschlichkeit und Umgänglichkeit, gepaart mit hervorragendem medizinischen Wissen und einem trockenen Humor, machen ihn bei allen Teilnehmer/innen zum angenehmen und geschätzten Kollegen. Es ist daher beinahe selbstverständlich, dass Prof. Arnold in vielen Gremien und Fachbereichen der Inneren Medizin vertreten ist und sein Rat gerne eingeholt wird. Der BDI drückt durch diese Verleihung seinen großen Dank und seine Anerkennung aus für das ständige Bemühen und die Verdienste um die Innere Medizin.

Mit der Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille möchte der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. auch Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering für seinen unermüdelichen Einsatz zum Erhalt der Inneren Medizin auszeichnen. In vielen Jahrzehnten hat sich Professor

Sewering durch seine berufspolitischen Aktivitäten wie kaum ein anderer um die Freiheit unseres ärztlichen Berufsstandes, die Unabhängigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung und um das nationale Gesundheitswesen verdient gemacht. Auch auf europäischer Ebene und im Weltärztebund hat sich Professor Sewering engagiert eingesetzt, ebenso als Vertreter der freien Berufe. Während seiner Amtszeit als Präsident der Bundesärztekammer lagen die Schwerpunkte seiner Arbeit in der Gestaltung der Ausbildung der Ärzte im Rahmen der Approbationsordnung und die maßgebliche Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung. Als anerkannter Fachmann für Weiterbil-

dungsfragen bemühte er sich, die durch die Entwicklung der Medizin entstandene Differenzierung der Fachgebiete zu gestalten. Er schuf gleichzeitig Konzepte zu unumgänglich notwendigen Kooperationen der Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen. So tragen die (Muster-)Weiterbildungsordnung in den 70er Jahren sowie 1987 und 1991 seine Handschrift.

Besonders für die Internisten und den BDI e. V. war Professor Sewering ein kenntnisreicher, verständnisvoller Verhandlungspartner. Der BDI drückt durch diese Verleihung seinen großen Dank und seine Anerkennung aus für das ständige Bemühen und die Verdienste um die Innere Medizin.



BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (rechts) überreicht Prof. Dr. Wolfgang Arnold die Günther-Budelmann-Medaille. Prof. Dr. Dr. Hans Joachim Sewering konnte an der Preisverleihung leider nicht teilnehmen.

Bild: Gabriele Matzki



Dr. Michael Hans Ausserwinkler (rechts) erhält die Ehrenmitgliedschaftsurkunde von BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack. Dr. Gisbert Voigt konnte die Ehrung leider nicht persönlich entgegennehmen.

Bild: Gabriele Matzki

Preisverleihungen des BDI beim DGIM-Kongress

Ehrenmitgliedschaft für Dr. Ausserwinkler und Dr. Voigt

Im Rahmen der Mitgliederversammlung beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin verlieh der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. Ehrenmitgliedschaften an zwei Mediziner, die sich um die deutschen Internisten verdient gemacht haben: Dr. med. Michael Hans Ausserwinkler und Dr. med. Gisbert Voigt.

Dr. Michael Hans Ausserwinkler ist seit 1985 Mitglied im BDI, Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Als Fortbildungsreferent für die Ärztekammer Kärnten nahm er ab 1985 nicht nur regelmäßig an den Eröffnungsveranstaltungen der Kongresse des BDI in Österreich teil, sondern war auch ein eifriger Kongressbesucher in Bad Kleinkirchheim und Pörtlach am Wörthersee. Seine politische Karriere führte ihn über das Vizebürgermeisteramt und Gesundheitsreferat der Stadt Klagenfurt schließlich zum höchsten gesundheitspolitischen Amt in Österreich, er wurde Bundesminister für Gesundheit und Sport. Nach diesem verantwortungsvollen Amt wurde er zum stellvertretenden Landeshauptmann in Kärnten, Vizebürgermeister von Klagenfurt und in viele weitere politische Gremien gewählt. Trotz seiner zahlreichen politischen Verpflichtungen ließ es sich Dr. Ausserwinkler aber nicht nehmen, immer wieder

bei den Kongressen vorbeizuschauen und teilzunehmen. Er ließ nie Zweifel daran aufkommen, dass seine Berufung der Medizin und dem Menschen gilt und so war es nur konsequent, dass er nach den politischen Ämtern sich wieder intensiver dem ärztlichen Beruf zuwandte. Seit 2001 ist Dr. Ausserwinkler Leiter der Außenstelle Althofen des angesehenen Ludwig Boltzmann Institutes für Rheumatologie und Balneologie und Ehrenmitglied der österreichischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Eine Ordination in Villach kam kürzlich dazu. Für den BDI ist Herr Dr. Ausserwinkler inzwischen ein wertvoller und geschätzter Referent für Rheumatologie geworden. Es ist auch sein Verdienst, dass die österreichisch-deutsche Zusammenarbeit, vor allem mit den Kärntner Landeskrankenhäusern, so hervorragend klappt und der BDI auf hochqualifizierte Referenten aus Österreich zählen kann.

Mit der Verleihung seiner Ehrenmitgliedschaft möchte der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Dr. med. Gisbert Voigt für den in außergewöhnlichem Maße erbrachten Einsatz zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin danken. Seine große Erfahrung sowie seine langjährige Tätigkeit in der Ärztekammer Niedersachsen sind das sachliche Fundament seines Wirkens, das in besonderem Maße durch seine lautere Persönlichkeit geprägt wurde. Durch das stete Festhalten an seiner Meinung und ob seines Mutes auch „heiße Eisen anzufassen“, hat er vor allem in der Inneren Medizin Respekt und Anerkennung gefunden.

GVK-Ausstieg und/oder 73er Verträge

Medi-Verbund verfolgt eine Doppel-Strategie

Nach der beeindruckenden Korbveranstaltung des Bayerischen Hausärzterverbands am 30. Januar in Nürnberg fand jetzt am 16. April in Stuttgart die entsprechende Versammlung des Medi-Verbunds in der Hanns-Martin-Schleyer-Halle statt. In der Analyse stimmen die beiden Initiatoren überein, doch ihre Wege unterscheiden sich in wichtigen Punkten.

In der Nürnberger Arena jubelten um die 7000 Hausärzte dem Vorsitzenden des Bayerischen Hausärzterverbands, Dr. Wolfgang Hoppenthaller, begeistert zu, als er sie zum Ausstieg aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung aufrief. Das hoch gesteckte Ziel: Wenn in einem Regierungsbezirk 70% der Hausärzte ihre Zulassung zurückgeben wollen, sollten die Verzichtserklärungen, die zuvor in einem Korb bei einem Juristen gesammelt worden sind, an den Zulassungsausschuss weitergeleitet werden. Stichtag war Ende März. Das Ziel ist verfehlt worden, gestand Hoppenthaller als Gastredner auf der Korbveranstaltung des Medi-Verbunds Mitte April in Stuttgart. In drei Regierungsbezirken sind etwa 50% erreicht worden, in einem etwas über 50%, in allen anderen weniger. „Nürnberg war ein Fest“, lautete sein Fazit, „aber ein Fest der Emotionen.“ Danach aber sei eine Zeit der kleinteiligen Diskussionen angebrochen.



Bild: Klaus Schmidt

Der Medi-Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner kämpft für bessere Rahmenbedingungen für die Ärzte.

„Machen Sie

den bayerischen Hausärzten Mut und überholen Sie uns!“, ermunterte er die gut 4000 baden-württembergischen Ärzte und Helferinnen in der Schleyer-Halle, die bis zu 10 000 Menschen fassen kann und deshalb nicht so voll wirkte wie die Arena in Nürnberg. Aber er fügte, um sich zu unterscheiden, an die Adresse des Medi-Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner hinzu, mit Verträgen nach § 73b und § 73c würden die Grundprobleme des Systems nicht gelöst werden.

• „Systemausstieg jetzt“

Baumgärtners Taktik sieht anders aus als die des Bayern. Die ganzen Protestaktionen der Ärzte in den letzten Jahren haben nichts gebracht, stellte er nüchtern fest. Die Politik zeigte keinerlei Wirkung. Deshalb hat Medi Deutschland zusammen mit dem Bundesverband der Ärztegenossenschaften und der Freien Ärzteschaft vor etwa zwei Jahren die „Arbeitsgruppe Systemausstieg“ gegründet, um einen kollektiven Ausstieg professionell vorzubereiten. Im Sommer letzten Jahres hat sich auch der Bayerische Hausärzterverband der Arbeitsgruppe angeschlossen.

Nach zahlreichen regionalen Veranstaltungen zum Korbmodell sieht Baumgärtner die große Versammlung in Stuttgart als Zwischenstation an. Hier sollte unter dem Motto „Gemeinsam unsere Praxen retten – Systemausstieg jetzt“ allen niedergelassenen Kollegen im Land die Möglichkeit gegeben werden, ihre Zulassungsverzichtserklärungen in den Korb zu werfen und gemeinsam für bessere Rahmenbedingungen zu kämpfen. Gleichzeitig startet eine landesweite Unterschriftenaktion der Patienten-Organisation von Renate Hartwig, die sich an alle Patienten und Versicherte im Land richtet und Medi unterstützt. Mit ihrer Unterschrift demonstrieren die Patienten und Beitragszahler den Schulterchluss mit den Ärzten. Weitere regionale Veranstaltungen von Medi sollen bei den Ärzten um Zustimmung zum Systemausstieg werben. Für Baumgärtner gibt es drei Handlungsoptionen: 1. Weiter so wie bisher (ein nicht zu überhörendes Buh war die Reaktion der Ärzte in der Schleyer-Halle). 2. Abschluss von 73er-Verträgen (verhaltene Zustimmung), 3. Systemausstieg (begeisterter Applaus).

Die 73er Verträge sind für Baumgärtner ein wichtiges Ziel. Bei den Verhandlungen mit der AOK Baden-Württemberg über einen Vertrag nach § 73b für die hausarzt-zentrierte Versorgung ohne KV-Beteiligung ist die Vertragsgemeinschaft aus Medi und Hausärzterverband Baden-Württemberg nach seinen Worten schon ein gutes Stück vorangekommen. Am 8. Mai soll nach jetzigem Stand der fertige und von allen Seiten unterschriebene Vertrag auf der Bundespressekonferenz in Berlin vorgestellt werden. Über die Details konnte und wollte Baumgärtner deshalb jetzt in Stuttgart noch nichts sagen. Seine K.O.-Kriterien wiederholte er vor den versammelten Kollegen in der Schleyer-Halle:

- bessere Vergütung für Haus- und Fachärzte
 - 73b- und 73c-Verträge
 - Minimierung von Kontroll- und Abrechnungsbürokratie
 - keine Fallzahl-Zuwachsbegrenzung
 - Geld bleibt in Baden-Württemberg.
- Bei den Zeitvorgaben gibt sich der Medi-Vorsitzende großzügig. Es war Hoppenthallers Fehler, betonte er, dass dieser zu enge Zeitvorgaben gemacht habe. Wenn etwa Ende dieses Jahres oder erst im nächsten Jahr die Entscheidung über einen Ausstieg fällt, wird zunächst mit der Politik verhandelt. Im Forderungskatalog

von Medi stehen u.a. der Erhalt der freien Arztwahl und kalkulierbare Rahmenbedingungen zum Erhalt der freien Arztpraxen, eine feste Vergütung nach Stundensätzen vergleichbarer freier Berufe, ein Ende von Budgetierung, Rationierung und Zuteilungsmedizin sowie für die ambulante Versorgung einen Anteil von 25% an den Gesamtausgaben der GKV. Sollte die Politik diese Forderungen bis Ende 2009 nicht erfüllen, wäre nach seinen Worten ein kollektiver Ausstieg unvermeidlich.

KS

„Gemeinsam unsere Praxen retten – Systemausstieg jetzt“ lautete das Motto der Korbversammlung in Stuttgart.



Bild: Klaus Schmidt

Neues aus der Rechtsprechung

Nutzungsentgelt für die Behandlung von Privatpatienten in der Universitätsklinik

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 27. Februar 2008 (Az.: 2 C 27/06) entschieden, dass ein Nutzungsentgelt, das die Erstattung der Kosten des Krankenhauses sowie einen Vorteilsausgleich in Höhe von 20% der Bruttoeinnahmen aus den Privatbehandlungen durch den beamteten Chefarzt umfasst, nicht zu beanstanden sei.

Universitätsprofessoren des Faches Medizin, denen in ihrer Eigenschaft als Chefarzte der Universitätskliniken die stationäre Behandlung von Privatpatienten und das hieraus resultierende Liquidationsrecht gestattet ist, haben grundsätzlich für die Inanspruchnahme der Infrastruktur ein Nutzungsentgelt zu entrichten. Beamtete Chefarzte sind nach der Bundespflegesatzverordnung verpflichtet, diejenigen Abzüge zu

erstaten, die das Krankenhaus aufgrund der Behandlung von Privatpatienten bei den Pflegesätzen hinzunehmen hat. Darüber hinaus sieht die nordrhein-westfälische Rechtsverordnung einen Vorteilsausgleich in Höhe von 20% der bezogenen Bruttoeinnahmen vor. Damit soll der wirtschaftliche Nutzen abgezogen werden, den die Chefarzte aus der Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses ziehen.

Ulsenheimer Friederich
Rechtsanwälte
RA Helge Rühl
www.uls-frie.de

Gutachten zum Morbi-RSA (Fortsetzung von Seite 1)

Die Disease-Management-Programme und der Risikostrukturausgleich

Man hat alle ICD-Diagnosen durchforstet und hat einen entsprechenden Vorschlag im Bundesgesundheitsministerium eingebracht. Bei diesem Vorschlag ist festzustellen, dass zum Beispiel die arterielle Hypertonie oder auch einfache Formen des Diabetes mellitus und der koronaren Herzkrankheit nicht mehr dazu führen, dass eine Krankenkasse mehr Geld bekommt. Den Krankenkassenvertretern ist dies offensichtlich ein Dorn im Auge. Sie forderten eine Korrektur der wissenschaftlichen Ergebnisse.

• Keine Wissenschaft auf Bestellung der Krankenkassen

Die Sachverständigen, die sich an eine strikte rechtliche Vorgabe bei der Definition dieser Krankheitsbilder gehalten haben, ließen sich aber nicht verbiegen. Wissenschaft auf Bestellung sollte es wohl nicht geben,

sodass sie von ihrem Amt zurückgetreten sind. Davor kann man in der heutigen Zeit nur den Hut ziehen. Es dürfte nicht lange dauern bis sich Alternativen finden werden, die mit wissenschaftlicher oder pseudowissenschaftlicher Begründung den Wünschen der Krankenkassen Rechnung tragen werden. Dennoch verzögert sich die Definition des Morbiditätsindex. So darf man gespannt sein, welche Folgen

Nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts gibt es keinen verfassungsrechtlichen Grundsatz, dass mindestens die Hälfte der Bruttoeinnahmen verbleiben muss. Es reicht vielmehr aus, dass der Vorteilsausgleich sachlich gerechtfertigt und der Höhe nach angemessen ist. Dies ist hier im Hinblick auf den Wettbewerbsvorteil gegenüber niedergelassenen Ärzten bejaht worden. Insbesondere bei Universitätskliniken wird eine erhebliche Anziehungskraft auf die Patienten ausgeübt, da hier zu recht moderne Infrastruktur, hochqualifiziertes Personal und damit Behandlung nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erwarten ist. Diesen Marktanteil können sich die beamteten Chefarzte ohne ein unternehmerisches Risiko zunutze machen.

dies auf die Vergütungsreform der Vertragsärzte aber auch auf den Gesundheitsfonds haben wird. Insbesondere für die Vertragsärzte steht eine Menge auf dem Spiel. Ihre Vergütung soll in Zukunft morbiditätsbezogen definiert werden. Dies wird nur möglich sein, wenn man die Systematik des Morbiditätsbezuges auch im Risikostrukturausgleich einführen kann. Das neue System des Morbiditätsbezuges lässt einiges befürchten. Je mehr Krankheitsbilder für die Finanzierung von Bedeutung sind, umso mehr werden die Krankenkassen hinter Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern her sein. Wir kennen diese Jagd bereits von den DMPs.

HFS

Anzeige
109 x 50

Arbeiten in Frankreich:

Gute Chancen für ausgebildete Fachärzte

Über Frankreich und die Franzosen existieren Clichés wie über kaum ein anderes Land. Dabei ist Frankreich unser direkter Nachbar und französisch neben englisch die meist gelernte Sprache an Deutschlands Schulen. Trotz einer wechselhaften Geschichte und stereotypen Vorstellungen auf beiden Seiten: Das Arbeiten jenseits der französischen Grenze ist gerade für Deutsche besonders attraktiv. Und gut ausgebildete Fachärzte sind dort nach wie vor gesucht.

Wolfgang Nachtwey leitet eine der größten Personalvermittlungsagenturen für Mediziner in Frankreich und vermittelt seit 15 Jahren immer wieder Mediziner nach Frankreich. Er weiß, worauf es bei der Bewerbung und Selbstdarstellung ankommt. Ein Wermutstropfen vorab: Gesucht sind in erster Linie bereits ausgebildete Fachärzte. „Ohne den in Frankreich nötigen ‚Concours d'Internat‘ ist es dort nicht möglich, die komplette Weiterbildung zu machen. Und ich kenne praktisch keinen deutschen Arzt, der nach dem Abschluss des deutschen Medizinstudiums diesen je geschafft hätte“, so Nachtwey.

schließen sich das vier Jahre dauernde Hauptstudium (der „2ème cycle“ oder „zweiten Zyklus“) und – nach einer sehr strengen und selektiven Prüfung – der „3ème cycle“ oder „dritte Zyklus“, die eigentliche Facharztausbildung, an. Fünf Jahre dauert die Weiterbildungszeit – insgesamt nimmt so die medizinische Ausbildung eines Internisten elf Jahre in Anspruch.

● Französischkenntnisse unbedingt nötig

Um in Frankreich als Facharzt zugelassen zu werden, ist laut Nachtwey unter anderem ein Facharztzeugnis

suche ich selbst zum Beispiel fünf Nephrologen, zwei Hämatologen, einen Gastroenterologen und zwei Onkologen.“

● Kollegiale, fächerübergreifende Zusammenarbeit

Zur Stellensuche rät der Agenturchef Interessenten, entweder Spontanbewerbungen auf ausgeschriebene Stellen abzuschicken oder sich an eine Personalvermittlung zu wenden. Zur Bewerbung benötigt man meist die auch in Deutschland üblichen Bewerbungsunterlagen, wie einen tabellarischen Lebenslauf und Zeugniskopien.



Bild: MEV

lich vier Wochen als Freizeitausgleich für eventuelle Überstunden. Auch die Verdienstmöglichkeiten liegen nach Angaben Nachtweys deutlich über denen in Deutschland. So erhielten Fachärzte im Nachbarland etwa 15 bis 20 Prozent netto mehr als ihre deutschen Kollegen, Nephrologen beispielsweise so um die 4.800 bis 5.200 Euro. Dienste würden meist extra bezahlt. Oft wird auch eine kostenfreie Wohnung für die ersten Monate gestellt. Im allgemeinen gebe es vom Krankenhaus getragene Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an durchschnittlich 15 Arbeitstagen im Jahr.

Nachtwey lobt besonders die in Frankreich fehlende starre Chefarzt-hierarchie und die zumeist kollegiale und unkomplizierte, häufig fächerübergreifende Zusammenarbeit mit den Kollegen. Bereits jungen Kollegen werde frühzeitig eigene Verantwortung in der Klinik übertragen. „Als Arzt sind Sie in Frankreich viel schneller am Patienten. Es gibt hier keine überbordende Bürokratie. Die vielen Überprüfungen der Krankenversicherungen, die zeitraubenden Qualitätskontrollen, all dies ist in Frankreich unbekannt“, schildert der Berater die Vorteile für auswanderungswillige deutsche Kollegen. Hinzu komme eine besser Ablaufplanung: „In Frankreich ist alles etwas geordneter und für den Arzt besser organisiert. Zum Beispiel gibt es eine Art Stundenplan, der für alle Ärzte die Arbeit der Woche einteilt.“ Häufig seien so für die Vormittagsstunden andere Tätigkeiten vorgesehen als für den Nachmittag. In der Radiologie etwa würden beispielsweise vormittags Mammographien vorgenommen und am Nachmittag Computertomographien. Einfachere, arztfremde Tätigkeiten, die der Arzt in Deutschland selbstverständlich mit übernehmen müsse, aber auch Injektionen oder Routineuntersuchungen, wür-

den im Nachbarstaat an dafür extra ausgebildete Assistenten delegiert.

Die meisten Internisten in Frankreich arbeiten nach Angaben der Französischen Gesellschaft für Innere Medi-

zin an Kliniken. Laut Nachtwey ist es aber auch problemlos möglich, sich als Facharzt in Frankreich niederzulassen. Es herrsche Niederlassungsfreiheit, sodass jeder Mediziner frei wählen könne, wo er seine Praxis eröffne.

● Offen sein und Vorurteile abbauen

Die Erfahrungen der von ihm vermittelten Fachärzte mit den Kollegen vor Ort seien meist gut, so der Personalberater. „Man sollte natürlich franco-phil und francophon sein und auf die Menschen zugehen. Außerdem sollte man zuhören können und bereit sein, eigene Vorurteile im Umgang mit anderen Nationen abzubauen“, verrät der Agenturchef die Geheimnisse des Sicheinlebens in der Grande Nation. Der Personalvermittler selbst hat sich vor allem wegen des berühmten „savoir vivre“ für seine neue Heimat entschieden, das in Deutschland viel zu häufig unterschätzt werde.

„Warum wohl gibt es in Frankreich viel mehr Hundertjährige als in Deutschland?“, fragt sich der Agenturchef. Wer sich entschieden hat, für eine Weile in Frankreich sein Glück zu suchen, der braucht keine Angst vor einer Endgültigkeit der Entscheidung zu haben. Nach einer Periode der Arbeit als Facharzt in Frankreich wieder nach Deutschland zurückzukehren, hält Nachtwey für grundsätzlich möglich. Allerdings zeige seine Erfahrung, dass viele Kollegen nach zwei oder drei Jahren in Deutschland wieder nach Frankreich zurückkehren wollten. „Das Arbeiten im Kollegialsystem ohne Chefarzt will kein aus Frankreich kommender deutscher Arzt mehr missen.“

Stephanie Hügler



Bild: MEV

In Frankreich werden vor allem ausgebildete Fachärzte gesucht. Assistenzärzte haben aber die Möglichkeit, für kurze Zeit in einem französischen Krankenhaus zu arbeiten. Die komplette Weiterbildung in der „Grande Nation“ zu absolvieren, ist für deutsche Mediziner fast unmöglich.

Deutsche Assistenzärzte könnten derzeit lediglich für kurze Zeiten – etwa für sechs Monate bis zu einem Jahr – in einem französischen Krankenhaus arbeiten. „Wer als deutscher Arzt in Frankreich seine Weiterbildung absolvieren möchte, benötigt nämlich zunächst ein französisches Krankenhaus mit Weiterbildungsurlaub, dessen Ausbildung auch in Deutschland von den Landesärztekammern anerkannt wird“, so Nachtwey. Die gegenseitige automatische Weiterbildungsanerkennung sei leider EU-weit noch nicht geregelt. Hinzu komme, dass die Medizinausbildung in Frankreich vollkommen anders strukturiert sei als in Deutschland. Das Medizinstudium ist in Frankreich in drei „Zyklen“ aufgeteilt. Der zwei Jahre dauernde „erste Zyklus“ (1er cycle) entspricht etwa dem deutschen Grundstudium. Daran

mit EU-Vermerk laut Richtlinie 2005/36/EG zwingend nötig. Dieses muss bei der regionalen Ärztekammer eingereicht werden, die dann über die Approbation entscheidet. Das Beherrschen der Sprache sei für die Arbeit beim Nachbarn unbedingte Voraussetzung: „Ohne gute Französischkenntnisse ist ein Arbeiten in Frankreich nicht möglich“, erzählt Nachtwey. Wer jedoch bereit sei, sein Schulfranzösisch in Sprachkursen aufzubessern, werde gern genommen. Nachtwey selbst bietet den von ihm vermittelten Ärzten einen kostenfreien einmonatigen Intensivsprachkurs an, währenddessen der Facharzt bereits von seiner zukünftigen Klinik bezahlt wird. Im Bereich der Inneren Medizin hätten derzeit vor allem ausgebildete Nephrologen, Hämatologen und Onkologen gute Chancen, so Nachtwey: „Momentan

Allerdings werde alles wesentlich komprimierter und nicht so detailliert wie in Deutschland dargestellt. Wichtiger sei dann der persönliche Kontakt beim lokalen Vorstellungstermin, so Nachtwey. Hier entscheide oft die „persönliche Chemie“ zwischen allen Beteiligten. Damit seine Kandidaten beim interkulturellen Bewerbungsgespräch keine Fehler machen, gibt ihnen der Personalberater Insider Tipps, trainiert die Bewerbungssituation mit ihnen und begleitet sie persönlich zum Vorstellungstermin.

Im Vergleich zu Deutschland sind die Arbeitsbedingungen in Frankreich zumeist sehr attraktiv: So gelten 35 Stunden pro Woche plus Dienste (max. 48 Std pro Woche) als normale Arbeitszeiten. Es würden sechs Wochen Urlaub gewährt und die Krankenhäuser garantierten zusätz-

Weitere Informationen

● Französische Gesellschaft für Innere Medizin
Société Nationale Française de Médecine Interne:

www.snfmi.org/

● European Federation of Internal Medicine

www.efim.org

● Young Internists in Europe

Eine Seite der European Federation of Internal Medicine für junge Internisten

www.younginternists.efim.org/

● Französische Gewerkschaft für Internisten

Syndicat des Médecins internistes français:

www.syndif.net/index.php?pageID=syndif_harmoniser_europe

● Seite für französischsprachige Internisten

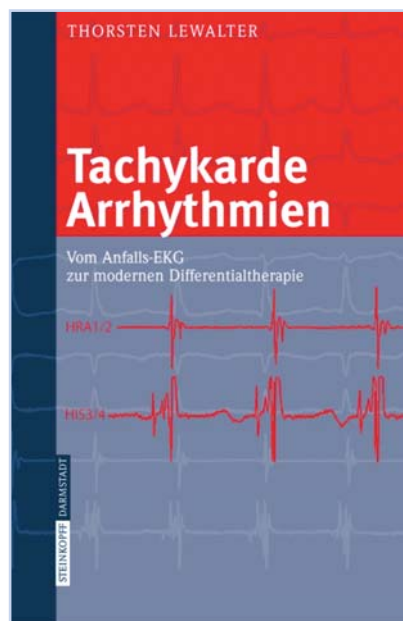
www.medinterne.net/

● Französische Internetseite mit Informationen für Medizinstudenten

www.bmlweb.org/etudiant.html

● Personalvermittlung durch Nachtwey International

<http://facharzt-frankreich.de.tt>



Thorsten Lewalter
Tachykardie Arrhythmien – Vom Anfalls-EKG zur modernen Differentialtherapie
Steinkopff Verlag, Darmstadt 2007
96 Seiten, 49,95 €

Vom EKG zur Therapie

Die Behandlung von Herzrhythmusstörungen stellt eine besondere Herausforderung an den klinisch tätigen Arzt dar. Selbst für den Erfahrenen ist es nicht immer einfach, die richtigen therapeutischen Entschei-

dungen zu treffen. Thorsten Lewalter zeigt in seinem Buch einen Weg vom konkreten EKG zur modernen Therapiestrategie. Ausgehend vom EKG aus der täglichen Praxis werden in Fallbeispielen die von Fachgesellschaften empfohlenen Therapieansätze angewandt.

Das Buch ist in vier Übersichtskapitel aufgeteilt, wobei der vierte Teil mit der Differentialtherapie anhand anschaulicher Fallbeispiele den größten Raum einnimmt.

Der erste Teil des Buches zeigt antiarrhythmische Therapiemaßnahmen im Überblick. Dieses ist in Allgemeine Behandlungspfade, medikamentöse Therapie und elektrotherapeutische Maßnahmen gegliedert.

Im zweiten Kapitel dieses Buches werden die Tachyarrhythmien in die drei Hauptgruppen atriale Tachyarrhythmien, atrioventriculäre Tachykardien und ventriculäre Tachyarrhythmien unterteilt. Die einzelnen Rhythmusstörungen werden von der Pathophysiologie bis zur Therapie besprochen. Anhand eines jeweiligen Links zu konkreten Fallbeispielen im vierten Kapitel wird ein klinischer Bezug gegeben und die Komplexität der Rhythmologie einprägsam veranschaulicht.

Das dritte Kapitel zeigt Algorithmen zur Differentialdiagnose bei Tachy-

kardien mit schmalen und breiten QRS-Komplexen.

Das letzte Kapitel widmet sich der Differentialtherapie und nimmt im Buch den größten Raum ein. In diesem Hauptteil werden praxisrelevante Therapiestrategien entwickelt. Der Autor führt vom EKG zur Behandlung anhand von konkreten Fallbeispielen und zeigt hier differenzialtherapeutische Möglichkeiten der verschiedenen tachykarden Rhythmusstörungen auf. Durch die vielen kasuistischen EKG-Beispiele, Algorithmen, Tabellen und Übersichten wird dieses Buch anschaulich und Praxisnah.

Fazit: Ein praxisnahes Lehrbuch, das den Weg vom EKG zur Therapiestrategie aufzeigt und dabei auch auf differenzialdiagnostische Überlegungen eingeht.

Birgit Schirach



Birgit Schirach ist Internistin und in der Weiterbildung zur Kardiologin. Sie ist derzeit am Bethanienkrankenhaus in Frankfurt tätig.



Günter Schmidt, Christian Görg
Kursbuch Ultraschall Nach den Richtlinien der DEGUM und der KBV
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2008
Buch und DVD, 408 S., 1273 Abb., 89,95 €

Didaktisch hervorragend

Das Kursbuch Ultraschall vermittelt auf 374 Seiten die gesamte internistische Ultraschalldiagnostik inklusive einer kurzen Darstellung der farbkodierten Duplexsonographie und der Endosonographie.

Die 5. überarbeitete und deutlich erweiterte Auflage überzeugt neben der didaktisch hervorragenden Darstellung des Textes durch mehr als 1200 Abbildungen in sehr guter Bildqualität sowie durch eine DVD mit Videosequenzen zum Untersuchungsgang, Normalbefunden und pathologischen Befunden. Das Buch ist sehr übersichtlich in drei Teile (Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs) gegliedert und folgt dem von der DEGUM und KBV empfohlenen Kursaufbau. Es richtet sich an alle interessierten Ärzte in der Sonographieausbildung, die diese Technik strukturiert und gründlich erlernen möchten, aber auch an Lehrende, die Kurse abhalten. Des Weiteren ist es als Nachschlagewerk geeignet, um Informationen zu bestimmten Organpathologien zu erhalten.

Im Grundkurs werden neben den physikalischen Grundlagen die Geräteeinstellung, Artefakte und sonographische Zeichen leicht erkennbarer Organerkrankungen vermittelt. Der Aufbaukurs stellt typische Befunde bei Gefäßerkrankungen, Gallenwegspathologien, fokalen Leberläsionen und der portalen Hypertension dar. Ausserdem wer-

den die Nieren- und Urogenitalerkrankungen ausführlich behandelt. Im Abschlusskurs werden dann die Sonographie der Schilddrüse, des Gastrointestinaltrakts, der Pleura sowie die sonographischen Kriterien der chronischen Pankreatitis vermittelt. Auch pathologische Befunde an der Nebenniere, die FKDS, die Möglichkeiten der interventionellen Sonographie und die Endosonographie werden didaktisch gelungen dargestellt. Die einzelnen Kurse sind in organbezogene Kapitel unterteilt, hier werden die bei den jeweiligen Erkrankungen zu erwartenden Befunde erklärt.

Der Text wird durch zahlreiche, hochwertige Abbildungen der Ultraschallbefunde aufgelockert, viele Tabellen stellen übersichtlich Differentialdiagnosen dar. Im Text finden sich immer wieder farblich abgesetzte Textboxen, die kurz und prägnant die sonographischen Zeichen bestimmter Erkrankungen zusammenfassen. Am Ende eines jeden Kapitels findet der Leser eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte.

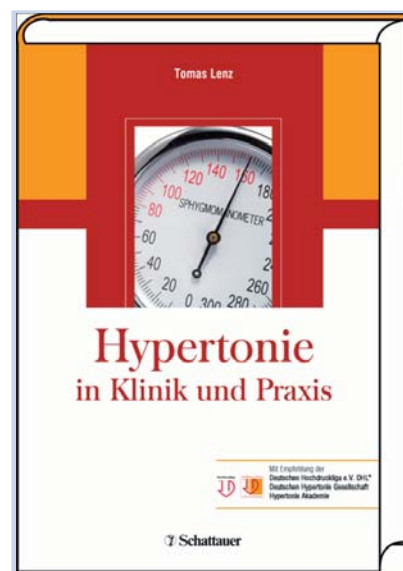
Das Layout des Buches ist sehr ansprechend und lädt ein zum Schmökern in Befunden und Bildern. Angesichts der strukturierten Darstellung, der Fülle an hochwertigen Bildern sowie der beigefügten DVD darf man das Preis-Leistungs-Verhältnis als sehr gut bezeichnen.

Fazit: Das Kursbuch Ultraschall vermittelt sehr strukturiert Grundlagen und Spezialwissen der gesamten abdominalen Sonographie inklusive FKDS und Endosonographie, Videosequenzen auf DVD lassen den Leser „live“ dabei sein. Es kann allen sonographisch interessierten Ärzten in der Ausbildung, die einen Kurs besuchen, aber auch denen, die sich die Kenntnisse im Eigenstudium aneignen möchten, empfohlen werden und ist auch als Nachschlagewerk für den versierten Untersucher bestens geeignet.

Dr. Kristina Groh



Dr. Kristina Groh ist Assistenzärztin in der Medizinischen Klinik II (Gastroenterologie) am Klinikum Wetzlar-Braunfels.



Thomas Lenz (Hrsg.)
Hypertonie in Klinik und Praxis
Schattauer Verlag, Stuttgart 2008
512 S., 104 Abb., 89,- €

Umfassende Informationsquelle

Einer der Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten und der damit verbundenen hohen Morbidität und Mortalität ist der arterielle Hypertonus. Neben der Bedeutung des arteriellen Hypertonus mit seinen Folgeerkrankungen und Komplikationen für den einzelnen Patienten ist die ökonomische Bedeutung der arteriellen Hypertonie für unser Gesundheitssystem enorm. Das Buch „Hypertonie in Klinik und Praxis“ von Thomas Lenz wird dieser Bedeutung gerecht und bietet dem interessierten

Leser eine umfassende und strukturierte Darstellung dieser Erkrankung. Dies spiegelt sich auch in der Buchempfehlung der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® wieder, die sich der gezielten Aufklärung der Bevölkerung, der Fortbildung von Ärzten sowie Förderung von Wissenschaft und Forschung widmet.

Der Leser wird mit der Epidemiologie, der Ätiologie und Pathogenese sowie der Komplexität von Diagnostik und Behandlung vertraut gemacht. Weiterführende Kapitel beschäftigen sich mit Hypertonie bei speziellen Populationen und in speziellen Situationen, z. B. der schwer einstellbaren Hypertonie oder Hypertonie und Sport bzw. Anästhesie. Hervorzuheben ist das Kapitel „Nichtpharmakologischen Maßnahmen bei Hypertonie“, in dem deutlich aufgezeigt wird, wie eine Änderung des individuellen Lebensstils zur Grundlage einer jeden antihypertensiven Therapie werden sollte. Erwähnenswert ist das Update über den primären Hyperaldosteronismus, dessen Häufigkeit in Publikationen mit bis zu 10% angegeben wird. In diesem Update werden auf eindrückliche Weise die doch mitunter schwierige Diagnostik und die Wertigkeit der einzelnen Diagnoseverfahren aufgezeigt. Anhand eines Diagnose-Workflows lässt sich das weitere Vorgehen sehr verständlich fortführen.

Die Kapitel mit den einzelnen Unterkapiteln sind gut strukturiert und

erfassen in klaren Worten die Problematik. Sinnvolle Abbildungen, Tabellen mit Definitionen, Diagnosen und Fehldiagnosen, Studien, Therapien sowie besonders markierte Textfelder z. B. zu Leitsymptomen, Therapierichtlinien und Essentials innerhalb der einzelnen Kapitel geben dem Leser einen schnellen und umfassenden Überblick. Am Ende eines jeden Unterkapitels wird dieses in einem kurzen Fazit für die Praxis zusammengefasst. Innerhalb des Textes werden relevante Aussagen durch Hinweis auf die zugrunde liegende Publikation betont. Weiterhin ist am Ende eines jeden Kapitels ein Literaturverzeichnis aufgeführt, das dem interessierten Leser ein weiterführendes Studium ermöglicht.

Fazit: In dem vorliegenden Buch findet der interessierte Leser ein sehr gutes, ausführliches Lehrbuch über den arteriellen Hypertonus vor. Für Kollegen und Kolleginnen, die sich in der Ausbildung befinden, aber auch Fachärzte stellt dieses Buch eine umfassende Quelle an Informationen über die Vielseitigkeit der Erkrankung dar. Das Preis-Leistungs-Verhältnis ist gut.

Dr. Stefan Krzossok



Dr. Krzossok ist Nephrologe und Oberarzt an der II. Medizinischen Klinik des Markus-Krankenhauses in Frankfurt.



Chronischer Kopfschmerz mit Depression durch Pachymeningitis bei Wegener-Granulomatose

Die Wegener-Granulomatose ist eine relativ seltene Systemerkrankung (Inzidenz ca. 1 : 100 000/Jahr). Pathophysiologisch liegt ihr neben einer meist nekrotisierenden Glomerulonephritis eine granulomatöse Entzündung des Respirationstraktes und eine nekrotisierende Vaskulitis kleiner und mittelgroßer Gefäße zugrunde. Der Befall von Niere und Respirationstrakt bestimmt zumeist Beschwerdebild und Prognose der Patienten, grundlegend können jedoch alle Organsysteme vom Entzündungsprozess betroffen sein [8, 9, 13]. Das zentrale Nervensystem ist in 1–10 % der Fälle beteiligt, nur in extrem seltenen Fällen wird ein isolierter Befall der Hirnhäute beobachtet [3, 4, 15]. Wir berichten über einen Patienten mit Wegener-Granulomatose, als Ausdruck dieser Erkrankung der primär mit einer Pachymeningitis (entzündlich-vaskulitische Beteiligung der Dura mater) symptomatisch wurde, die über schwerste Kopfschmerzen vor Diagnosestellung zu Depression und Berufsunfähigkeit sowie zu dauerhaftem Analgetika- und Psychopharmakagebrauch geführt hatte.

● Anamnese

Ein 43-jähriger Patient wurde wegen Exazerbation von seit drei Jahren bestehenden, schwersten therapierefraktären Kopfschmerzen stationär aufgenommen. Die Kopfschmerzen beschrieben er als stechend bzw. bohrend, vom Nacken ausgehend und bilateral nach frontal und temporal ziehend. Sie hatten zu dauerhaftem Analgetikagebrauch und zu einer Depression mit Psychopharmakagebrauch sowie schließlich konsekutiv zu einer Berufsunfähigkeitsberentung (Elektriker) im 42. Lebensjahr geführt. Eine im Vorjahr vorausgegangene externe Ursachenabklärung mit laborchemischen Untersuchungen (Routinelabor mit Blutbild, Elektrolyten, Leber- und Nierenwerten) und kranialer Computertomographie hatte keinen pathologischen Befund ergeben. Die weitere Vorgeschichte des Patienten war unauffällig.

● Körperlicher Untersuchungsbefund

Der Untersuchungsbefund zeigte einen maximal schmerzgeplagten (Visual Analogue Scale 0 – 10 [VAS] = 10), klagenden und depressiv verstimmt afebrilen Patienten in reduziertem Allgemein- und ausreichendem Ernährungszustand (180 cm, 72 kg). Die klinisch-internistische Untersuchung war bis auf einen gering überhöhten Blutdruck (145/90 mm Hg) ebenso unauffällig wie die klinisch-neurologische Untersuchung. Ein Meningismus oder Pathologika im Reflexstatus lagen nicht vor.

● Klinisch-chemische Untersuchungen

Im Aufnahmelabor waren auffällig eine akute Entzündungssituation (C-reaktives Protein 103 mg/l, Blutsenkung 67/110 mm), eine Nierenfunktions Einschränkung (Kreatinin 2,8 mg/dl, Harnstoff 108 mg/dl) sowie im Urin eine Erythrozyturie, eine Proteinurie (quantifiziert mit 6 g/24 Std.) und der Nachweis hyaliner Zylinder. Ferner fanden sich auf 37 U/ml (Normwert < 7 U/ml) erhöhte antineutrophilen cytoplasmatischen Antikörper mit einer Spezifität gegen Proteinase 3 (PR3-ANCA) bei negativen Myeloperoxidase-antineutrophilen cytoplasmatischen Antikörpern (MPO-ANCA). Der cANCA-Immunfluoreszenz-Titer (IFT) war mit 1 : 160 (Normbereich < 1 : 20) ebenfalls deutlich pathologisch. Sämtliche weiteren rheumaspezifischen, autoimmunologischen und ausgedehnt bestimmten infektionserologischen Werte (u. a. Tbc und Lues) waren unauffällig. Im Liquor war bei sonst regelrechtem Status diskret das IgG mit 4,3 mg/dl (Normwert 2 – 4 mg/dl) sowie das IgM mit 0,13 mg/dl (Normwert < 0,01 mg/dl) erhöht, wobei sich in der isoelektrischen Fokussierung keine Hinweise auf eine autochthone Immunglobulinproduktion fanden.

● Ergänzende Untersuchungen

Im kranialen MRT zeigte sich bei unauffälligem Hirnparenchym überraschenderweise eine auffällig stark vermehrte Kontrastmittelanreicherung der sich generalisiert verdickt darstellenden Meningen, vereinbar mit einer

Pachymeningitis (Abb. 1a). Eine Nierenbiopsie wurde vom Patienten abgelehnt. Eine Nasenschleimhautbiopsie war ebenso unauffällig wie EKG, Langzeit-EKG, Echokardiografie, Abdomensonografie, Spirometrie, Bodyplethysmografie, Diffusionskapazitätsmessung, Thorax-CT sowie die initial durchgeführte kraniale Computertomographie und ein EEG.

● Therapie und Verlauf

Die vorliegenden Befunde führten zur Diagnosestellung einer generalisierten Pachymeningitis im Rahmen einer bisher bei dem Patienten nicht bekannten Wegener-Granulomatose mit ausgeprägter Nierenbeteiligung. Es wurde eine orale Therapie mit Prednisolon (75 mg/d) und Cyclophosphamid (150 mg/d) eingeleitet. Hierunter wurde der Patient binnen zwei Wochen komplett frei von den zuvor quälenden Kopfschmerzen (VAS = 0) und konnte den Analgetikagebrauch ebenso wie den Psychopharmakagebrauch in der Folge vollständig beenden, so dass die Entlassung erfolgen konnte (vgl. auch Abb. 2). Nach sechs Wochen zeigte sich bei anhaltender Beschwerdefreiheit unter stufenweise auf 40 mg/d reduzierter Prednisolontherapie (Cyclophosphamid weiterhin 150 mg/d) in der kranialen MRT-Kontrolle ein deutlicher Rückgang der Pachymeningitis (Abb. 1b). Laborchemisch waren die PR3-ANCA noch minimal auf 9 U/ml erhöht (cANCA-IFT 1:20), C-reaktives Protein und Blutsenkung hatten sich normalisiert; die Proteinurie hatte sich auf 1,5 g/24 Stunden reduziert, die Nierenfunktion nur gering gebessert. Ein Jahr später bestand unter weiter reduzierter immunsuppressiver Therapie weiterhin eine komplette Remission der zerebralen Beteiligung bei gebesselter Nierenfunktion (Kreatinin 2,1 mg/dl, Harnstoff 70 mg/dl) und rückläufiger Proteinurie (250 mg/24 Stunden). In Abb. 2 ist der Verlauf dargestellt.

● Diskussion

Eine vaskulitische Beteiligung des zentralen Nervensystems findet sich bei Wegener-Granulomatose in maximal 10 % aller Fälle [3, 15–17]. Meist kommt es hierbei zu intrazerebralen Verschlüssen arterieller oder venöser Gefäße, oder man beobachtet Blutungen oder Granulombildungen im Hirnparenchym [4]. Extrem selten findet man bei der Wegener-Granulomatose

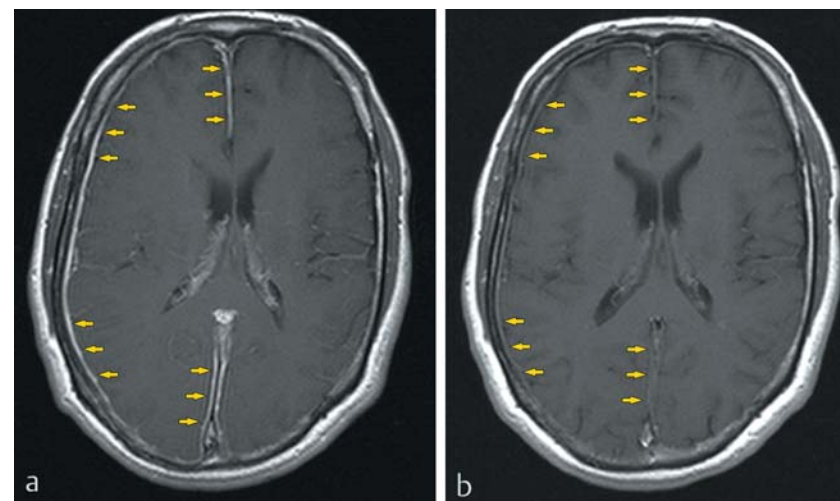


Abb. 1 T₁-gewichtete kraniale MRT in axialer Schnittführung. a) Initial vor Therapieeinleitung: Verdickung und deutlich verstärkte Kontrastmittelanreicherung der Meningen (Pfeile) als Ausdruck der Pachymeningitis bei Wegener-Granulomatose. Klinisch starke Kopfschmerzen (VAS = 10). b) Sechs Wochen nach Therapieeinleitung (Prednisolon/Cyclophosphamid) waren die Verdickung und die verstärkte Kontrastmittelanreicherung der Meningen nicht mehr nachweisbar (Pfeile). Klinisch sistierte die Kopfschmerzsymptomatik (VAS = 0). Analgetika und Psychopharmaka wurden nicht mehr eingenommen.

eine entzündliche Beteiligung der Dura mater in Form einer sog. Pachymeningitis mit dem klinischen Leitsymptom ausgeprägter, quälender Kopfschmerzen [5, 10, 11, 14, 18]. Weitere seltene Symptome bei Beteiligung des zentralen Nervensystems können Gesichtsschmerzen, eine zerebelläre Ataxie, Hirnnervenausfälle und neuro-ophthalmologische Komplikationen sein. In seltenen Fällen kommt eine solche Pachymeningitis auch bei anderen rheumatologischen (u. a. Mixed connective tissue disease, Sjögren-Syndrom, Rheumatoide Arthritis, Tuberkulose) Systemerkrankungen, aber auch in Assoziation mit malignen (z. B. Lymphom) oder infektiösen Entitäten (z. B. Lues) vor [2, 5, 11, 20]. Bei Fehlen einer solchen Grunderkrankung spricht man von idiopathischer Pachymeningitis [12].

Die Pathogenese ist nicht definitiv geklärt. Histologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Pachymeningitis zumeist durch die Pericontinuitatem-Ausbreitung einer granulomatösen Entzündung ausgehend von den Sinus und/oder der Nasenhöhle mit der Lamina cribrosa als Locus minoris resistentiae entsteht. Seltener kann es wohl, ausgehend von einem vaskulitischen Befall meningealer Arterien, zu einem direkten Übergreifen des Entzündungsprozesses auf die benachbarte Dura mater kommen. Diese erscheint in der MRT-Darstellung bei der Pachymeningitis charakteristischerweise verdickt und weist eine deutlich verstärkte Kontrastmittelanreicherung auf. Für die Wegener-Granulomatose typische histologische Veränderungen konnten in dieser verdickten Dura mater bei M. Wegener-assoziiierter Pachymeningitis nachgewiesen werden [10, 18, 19].

Therapeutisch reagiert die Pachymeningitis zumeist prompt auf die typische Therapie der Grunderkrankung [11, 14, 18]. Auch im vorliegenden Fall sistierte die zuvor mehrere Jahre lang quälend bestehende Kopfschmerzsymptomatik binnen weniger Tage unter einer hochdosierten Steroidtherapie und die bildgebenden Zeichen der Pachymeningitis waren unter fortgesetzter immunsuppressiver Therapie nach sechs Wochen deutlich rückläufig. Das Schema zur Dosisreduktion und zur Verlaufskontrolle entspricht bei der Pachymeningitis ebenfalls dem Management der Grunderkrankung

unter Beobachtung der klinischen Symptomatik und der laborchemischen Veränderungen (C-reaktives Protein, PR3-ANCA). Der Kopfschmerz zählt zu den häufigsten Alltagsbeschwerden in der Allgemeinbevölkerung [6], wobei zwischen primären Kopfschmerzen (ohne nachweisbare strukturelle Läsionen) und sekundären Kopfschmerzen, denen eine in der Regel apparativ fassbare Erkrankung zugrunde liegt, unterschieden werden muss [7]. Die vorliegende Kasuistik weist darauf hin, dass bei ausgeprägter und anhaltender Kopfschmerzsymptomatik eine sorgfältige Diagnostik inklusive kranialer MRT-Untersuchung und biochemischer Untersuchung des Liquors zwingend erforderlich ist, um eine gravierende Grunderkrankung nicht zu übersehen [1]. Auch ist eine gegebenenfalls im Intervall zu wiederholende laborchemische Untersuchung zu fordern, da die zerebrale Symptomatik wie im vorliegenden Fall einer sonstigen Organbeteiligung (z. B. Niere) im Rahmen einer Systemerkrankung um Monate bis Jahre vorausgehen kann [9, 13].

Autorenerklärung: Die 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).

A. von Bierbrauer¹, C. Pelzer¹, V. Fischer²

¹ Abteilung Innere Medizin, Städtisches Klinikum Neunkirchen gGmbH
² Abteilung Neurologie, Städtisches Klinikum Neunkirchen gGmbH

Korrespondenz

PD Dr. med. Axel F. G. von Bierbrauer
Chefarzt Abteilung Innere Medizin
Städtisches Klinikum Neunkirchen gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes
Brunnenstraße 20
66538 Neunkirchen/Saar
Tel. 06821/182400
Fax 06821/182409
eMail a.vonbier@krh-nk.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 DMW (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 185–188). Alle Rechte vorbehalten.

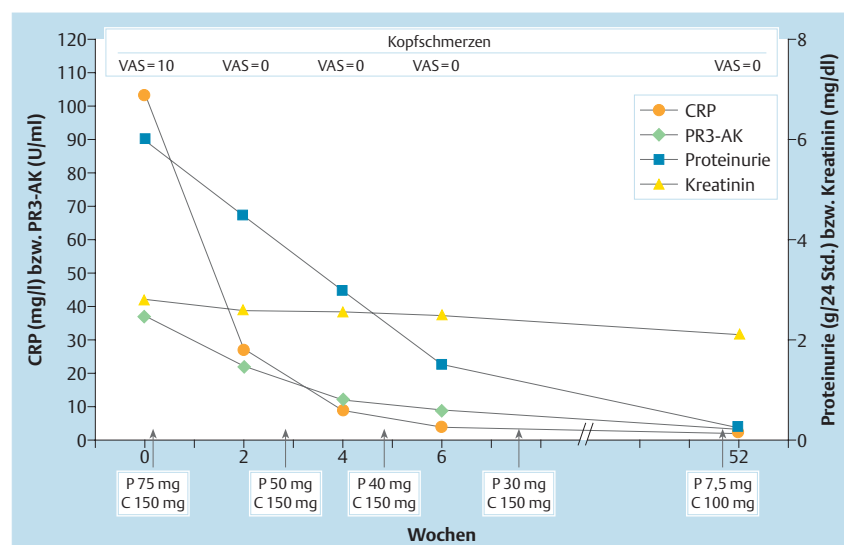


Abb. 2 Verlaufsentwicklung von C-reaktivem Protein, PR3-Antikörpern, Proteinurie und Kreatinin als Parameter der Krankheitsaktivität bei Wegener-Granulomatose unter langsam reduzierter immunsuppressiver Therapie mit Prednisolon (P) und Cyclophosphamid (C). Die vor Therapieeinleitung (Zeitpunkt 0) bestehenden stärksten Kopfschmerzen (Visual Analogue Scale [VAS] = 10) waren binnen 2 Wochen nach Therapieeinleitung – und seitdem anhaltend – komplett resolut (jewe. VAS = 0).

Antibiotikatherapie beim älteren Patienten

Der Anteil alter Menschen (> 65 Jahre) in der Bevölkerung liegt derzeit im Schnitt bei ca 15 % und ist im Steigen begriffen. Infektionen sind die vierthäufigste Todesursache in dieser Personengruppe und stellen eine spezielle Herausforderung dar. Auf 100 Altersheimbewohner kommen im Schnitt 10–20 Infektionen im Monat, die unter Umständen eine stationäre Aufnahme erforderlich machen und zum Verlust der Selbständigkeit führen können.

● Diagnostik – was ist anders?

Infektionen gehen im Alter mit einer **höheren Mortalität** einher, was teilweise auf deren späte Erkennung und die verzögerte therapeutische Intervention zurückzuführen ist. Die Gründe hierfür sind oft ein verändertes klinisches Erscheinungsbild, ein zunächst stiller Verlauf, späte Diagnosestellung und vielfach ein schwerer Krankheitsverlauf aufgrund von Begleiterkrankungen. Bei älteren Patienten wird die Diagnostik weniger aggressiv vorangetrieben, darüber hinaus ist der Ernährungsstatus oft schlecht [14, 19].

Ältere Menschen sind aber auch generell **anfälliger für Infektionen**, das Immunsystem altert, weniger zirkulierende B-Lymphozyten, eine verminderte Proliferation von B-Lymphozyten in Lymphknoten-Keimzentren (verminderte Funktionalität von dendritischen Zellen), schlechte Antigenpräsentation und damit eine reduzierte Immun- und Impfantwort sind ebenso Ausdruck der Immuno-Senescence wie die T-Zelldysfunktion durch die Thymusinvolution, verminderte T-Lymphozytenproduktion und -proliferation und eine leicht erhöhte Produktion proinflammatorischer Zytokine [5, 12, 15]. Auch die non-adaptive Immunität verändert sich, die Haut wird dünner, der Hustenreflex schwächer. Dazu kommen noch funktionelle Beeinträchtigungen wie Schluckstörungen, chronische Vorerkrankungen, daher vielfach vorbestehende Medikation, Mangelernährung und Dehydratation.

Erschwerend kommt dazu, dass sich ältere Menschen mit **unspezifischen Symptomen** präsentieren können. Solche können allein schon ungeklärte Verhaltensänderungen, besonders eine plötzliche Verwirrtheit, Wahrnehmungsstörungen, psychomotorische Unruhe oder Lethargie, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Dehydratation, Schwindel, Stürze, Inkontinenz, Tachypnoe, Tachykardie, plötzliche Herzinsuffizienz oder fokale neurologische Defizite sein [24]. Im Besonderen zu erwähnen ist die oft abgeschwächte oder fehlende Fieberreaktion („the older the colder“) bei alten Menschen. Zugrunde liegende Mechanismen sind die verminderte Produktion von Zytokinen, die reduzierte Empfindlichkeit hypothalamischer Rezeptoren für Zytokine und eine Funktionsminderung peripherer Thermoregulationsmechanismen. Natürlich ist auch an die Einnahme von antipyretisch wirksamen Medikamenten (NSAR) zu denken. Daher sollte eine Erhöhung der Ausgangstemperatur um > 1,5° bereits als febrile Reaktion gewertet werden.

kurzgefasst

Die Inzidenz für Infektionen ist beim älteren Patienten deutlich höher und geht mit einer höheren Mortalität einher. Die Symptome können unspezifisch sein, so ist eine Befindlichkeitsänderung beim älteren Menschen als Alarmsymptom zu werten, und eine der Differenzialdiagnosen ist die Infektion.

● Grundlagen der Antibiotikatherapie im Alter

Grundsätzlich können Antibiotika bei älteren Patienten in den meisten Fällen wie bei jüngeren verwendet werden, sie zeigen eine vergleichbare orale Resorption und haben die gleiche Indikation. Aber aufgrund des oft niedrigen Körpergewichts und der reduzierten Nierenfunktion ist auf Dosis, Dosierungsintervall und Dauer (so kurz als möglich) zu achten [3]. Nebenwirkungen sind bei älteren Patienten 2 – 3mal häufiger als bei 30-jährigen [23]. Die Inzidenz der Nebenwirkungen lag in einer belgischen Studie bei hospitalisierten Menschen bei 20 %, und Medikamentennebenwirkungen waren in 20 % Grund für Spitalsaufenthalte [20, 22]. In der **Pharmakokinetik** sind einige wesentliche Punkte zu berücksichtigen:

- Die Änderung der Körpergewebezusammensetzung hat auch eine Änderung des Verteilungsvolumens zur Folge: Die Abnahme des Körperwassers führt zu einem kleineren Verteilungsvolumen für hydrophile Substanzen, die Zunahme des Fettanteiles dagegen zu einem größeren Verteilungsvolumen lipophiler Substanzen. Durch die Abnahme der Eiweißaffinität und das niedrigere Serumalbumin bedingt können stark eiweißgebundene Medikamente höhere freie Serumspiegel aufweisen.
- Die Leberfunktion bleibt weitgehend konstant, obwohl die Durchblutung abnimmt, bei Substanzen mit hoher hepatischer Extraktion kann es so zu einer Abnahme der hepatischen Clearance kommen. Die Funktion der hepatischen Phase-1- und -2-Enzyme bleibt weitgehend erhalten. Eine Reduktion der hepatischen Metabolisierung bereits bei physiologischer Abnahme der Leberfunktion findet sich bei Chloramphenicol und Clindamycin. Erst bei höhergradiger Leberinsuffizienz sind Clavulansäure, Flucloxacillin, Makrolide, Rifampicin und Streptogramine einzusetzen.
- Aus klinischer Sicht ist die verminderte Nierenfunktion am

bedeutendsten. Die renale Elimination ist physiologischer Weise durch die Abnahme der glomerulären Filtrationsrate (GFR) eingeschränkt. Das Serumkreatinin spiegelt die Nierenfunktion nur schlecht wider, daher sollte die tatsächliche Nierenfunktion – am besten mittels MDRD-Formel berechnet – zur Dosisanpassung herangezogen werden. Dies gilt vor allem für Antibiotika mit schmaler therapeutischer Breite (z. B. Aminoglykoside, Glykopeptide). Auch Betalactame müssen dosisadaptiert werden. Eine Dosisanpassung erst bei höhergradig eingeschränkter Nierenfunktion ist für Makrolide und Ceftriaxon erforderlich.

- Da ältere multimorbide Patienten häufig eine Dauertherapie einnehmen, ist den Arzneimittelinteraktionen besonderes Augenmerk zu schenken (Tab. 1 [1, 16]). So führt eine Hemmung von CYP 3A4 zum verminderten Abbau von Medikamenten wie Makroliden, Azolen und Chinolonen (kompetitiv). Die Induktion von Cytochrom-Isoenzymen zB durch Rifampicin kann subtherapeutische Spiegel bewirken.

● Antibiotikatherapie bei bestimmten Infektionen

Die häufigsten Infektionen im Alter sind Harnwegsinfektionen (HWI) und Atemwegsinfektionen, die ungefähr für 2/3 aller Infektionen bei älteren Patienten verantwortlich sind, gefolgt von Weichteil-, Fremdkörper- und gastrointestinalen Infektionen.

Harnwegsinfektionen

Das Keimspektrum beim HWI des älteren Patienten ist verändert. Macht *E. coli* bei jüngeren Patienten den Großteil aus, so sind im Alter neben *E. coli* auch *Proteus mirabilis*, *Klebsiellen* und *Providencia* zu finden, die in etwa gleichen Teilen der Mehrzahl der Infektionen zugrunde liegen [21]. Die häufigsten unspezifischen Symptome sind neu auftretende irritative Miktionsbeschwerden, Fieber, Verwirrung, Apathie, neu aufgetretene Inkontinenz und Abnahme der Kooperationsfähigkeit. Eine bakteriologische Untersuchung ist aufgrund der zunehmenden Resistenzen auf *E.coli* auch im niedergelassenen Bereich zu empfehlen. Der empirische Therapiebeginn ist jedoch unbedingt schon vor Erhalt des Antibiotogramms erforderlich und richtet sich nach der regionalen Resistenzsituation. Die Therapiedauer der Harnwegsinfektion orientiert sich in erster Linie nach der Klinik und beträgt

beim unkomplizierten HWI 3 – 5 Tage, beim komplizierten HWI sollte die Behandlung zumindest 2 – 3 Tage über das Abfiebern hinaus gehen [1, 25].

Bei fast allen Patienten mit liegendem Dauerkatheter entwickelt sich innerhalb weniger Wochen eine Bakteriurie; es kommt zur Biofilmbildung am Katheter mit der Gefahr aufsteigender Infektionen und in 1/3 der Fälle zu Katheterobstruktion durch Inkrustierungen [25].

Die asymptomatische Bakteriurie ist ein häufiges Phänomen bei 20 – 25 % aller Frauen (25 – 50 % bei Heiminsassinnen), bzw. 10 – 19 % aller Männer im höheren Alter (15 – 40 % bei Heimbewohnern). Die Inzidenz steigt bei über 80-jährigen Frauen auf über 50 % an [18]. Die asymptomatische Bakteriurie ist jedoch keine Indikation für eine antibiotische Behandlung.

Pneumonie

Pneumonien gehen bei Patienten über 65 Jahren mit einer vierfach erhöhten Morbidität und einer dreifach erhöhten Mortalität einher. Das gilt sowohl für ambulant erworbene Pneumonien (CAP) als auch für im Krankenhaus (nosokomiale Pneumonie; NAP) oder im Altenwohnheim/Pflegeheim erworbene Pneumonien (healthcare-associated pneumonia; HCAP) [6]. Das Erregerspektrum bei älteren Patienten mit einer CAP umfasst in erster Linie *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* (häufig bei sekundärer

Pneumonie nach Influenza), gefolgt von *Haemophilus influenzae* und atypischen Erregern (*Mycoplasma pneumoniae* und *Legionella pneumoniae*) [7]. Bei nosokomialer oder HCAP kommen auch gramnegative Erreger wie *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiellen*, *E. coli*, *Enterobacter*, *Proteus* spp., *Stenotrophomonas*, *Acinetobacter*, *Staphylokokken* und vor allem nach antibiotischer Vortherapie auch MRSA in Betracht [7]. Anaerobier sind aufgrund der höheren Inzidenz von Aspirationen ebenfalls in die Differentialdiagnose einzubeziehen. Die Symptomatik der Pneumonie ist vielgestaltig, ein beträchtlicher Anteil der Patienten berichtet nur über allgemeine Schwäche, Fallneigung, Unruhe, Verwirrtheit, Magen-, Darmbeschwerden, Appetitlosigkeit oder Gewichtsabnahme. Fieber fehlt immerhin bei 20 – 50 % der Patienten, und 10 % haben überhaupt keine Symptomatik [11]!

Der Therapiealgorithmus richtet sich nach der Anamnese des Patienten (z. B.: Vortherapie, von woher kommt der Patient? Begleiterkrankungen, Symptomatik, Labor inkl. Bed-side Tests). Mittel der ersten Wahl für diese Patientengruppe sind Betalaktame sowie als Alternative – wie auch den Guidelines der IDSA/ATS entsprechend [2] – gegebenenfalls Chinolone der III und IV Generation. Hinsichtlich der Entscheidung über eine stationäre Aufnahme können der PSI Score nach Fine oder praktikabler, wie von der Paul Ehrlich Gesellschaft empfohlen, der CRB-65 oder CURB Index > 0 sich als hilfreich erweisen [8, 9].

Eine wesentliche Rolle zur Senkung der Mortalität scheint die Dauer bis zur Gabe der ersten Antibiotikadosis zu spielen, die so rasch als möglich – am besten innerhalb der ersten vier Stunden [10, 11] – nach Krankenhaus-Aufnahme und Diagnosestellung erfolgen sollte. Besonderes Augenmerk ist bei länger andauernden und rezidivierenden Lungeninfektionen auf die Differentialdiagnose einer Tuberkulose zu legen. Ein entsprechender Verdacht muss spezifisch abgeklärt werden [13]. Ein weiterer Sonderfall ist die „end of life pneumonia“. Hier ist die Mortalität nicht durch die Infektion determiniert, weshalb eine Antibiotikatherapie nur wenig Effekt auf die Lebenserwartung hat [13]. Von erwiesenem Nutzen sind die jährliche Influenza- und die Pneumokokkenimpfung alle 5 Jahre. Mittler-

weile wurde auch in einer Langzeitstudie der Nutzen der Influenzaimpfung beim älteren Menschen belegt [17]. Trotz reduzierter Antikörperantwort im Alter zeigt sich bei diesen Patienten ein milderer Verlauf der Infektionen und eine 48 %-ige Reduktion von Hospitalisierungen und Mortalität [4].

weile wurde auch in einer Langzeitstudie der Nutzen der Influenzaimpfung beim älteren Menschen belegt [17]. Trotz reduzierter Antikörperantwort im Alter zeigt sich bei diesen Patienten ein milderer Verlauf der Infektionen und eine 48 %-ige Reduktion von Hospitalisierungen und Mortalität [4].

weile wurde auch in einer Langzeitstudie der Nutzen der Influenzaimpfung beim älteren Menschen belegt [17]. Trotz reduzierter Antikörperantwort im Alter zeigt sich bei diesen Patienten ein milderer Verlauf der Infektionen und eine 48 %-ige Reduktion von Hospitalisierungen und Mortalität [4].

weile wurde auch in einer Langzeitstudie der Nutzen der Influenzaimpfung beim älteren Menschen belegt [17]. Trotz reduzierter Antikörperantwort im Alter zeigt sich bei diesen Patienten ein milderer Verlauf der Infektionen und eine 48 %-ige Reduktion von Hospitalisierungen und Mortalität [4].

weile wurde auch in einer Langzeitstudie der Nutzen der Influenzaimpfung beim älteren Menschen belegt [17]. Trotz reduzierter Antikörperantwort im Alter zeigt sich bei diesen Patienten ein milderer Verlauf der Infektionen und eine 48 %-ige Reduktion von Hospitalisierungen und Mortalität [4].

Tab. 1 Für die Antibiotikatherapie wichtige Arzneimittelinteraktionen.

Medikament	Nebenwirkung	Antibiotikum
Antikoagulanzen	Blutungsgefahr erhöht	Aminopenicilline Cephalosporine Metronidazol Erythromycin
Digitalis	Wirkstoffverstärkung	Makrolide Penicilline
Thrombozyten-Aggregationshemmer	Blutungsgefahr erhöht	Cephalosporine Aminopenicilline
Theophyllin	Krampfanfälle	Makrolide
Calciumantagonisten	Kammerflimmern	Erythromycin, Clarithromycin

weile wurde auch in einer Langzeitstudie der Nutzen der Influenzaimpfung beim älteren Menschen belegt [17]. Trotz reduzierter Antikörperantwort im Alter zeigt sich bei diesen Patienten ein milderer Verlauf der Infektionen und eine 48 %-ige Reduktion von Hospitalisierungen und Mortalität [4].

kurzgefasst

Harnwegsinfektionen und respiratorische Infektionen machen 2/3 der schweren Infektionen beim älteren Menschen aus. Das Keimspektrum des älteren Patienten unterscheidet sich von dem jüngerer Patienten. Dem ist bei der Wahl der empirischen Antibiotikatherapie Rechnung zu tragen. Influenza- und Pneumokokkenimpfung tragen wesentlich zur Senkung der Hospitalisierungshäufigkeit und Mortalität bei.

Gastroenteritis

Divertikulitis und Divertikulose sind alterassozierte Erkrankungen. Die Empfindung von viszeralem Schmerz nimmt mit dem Alter deutlich ab, weshalb stille Perforationen vorkommen können. Auch die Diagnostik der Appendizitis oder Cholezystitis ist oft

schwierig und unter Umständen sind erst wiederholte Untersuchungen zielführend.

Akute Diarrhoen (auch im Inland erworbene) führen bei älteren Patienten rasch zu Dehydratation mit daraus resultierenden Komplikationen wie Nierenversagen, kardialer Insuffizienz oder Hyperkoagulation. Das Keimspektrum unterscheidet sich nicht wesentlich von dem junger Patienten. Vor allem in Altersheimen kann es immer wieder zum Ausbruch von Virusepidemien (Rotavirus, Norovirus) kommen. Bakterielle Infektionen bedürfen v. a. bei schwerer klinischer Symptomatik einer antibiotischen Therapie. Umgekehrt finden sich bei älteren Patienten auch Obstipationssyndrome bis hin zum Subileus/Ileus, die mit sekundären, vom Gastrointestinaltrakt ausgehenden Bakteriämien vergesellschaftet sein können.

Haut und Weichteilinfektionen

Die Therapie der Wahl beim Erysipel ist nach wie vor Penicillin G, alternativ auch Cefazolin oder Clindamycin. Dekubitus – Druckulcera sind an sich noch keine Indikation für eine Antibiotikatherapie. Infizierte Haut- und Weichteilläsionen sollten einerseits lokal antiseptisch behandelt werden. Bei Hinweisen für eine tiefe Penetration der Infektion ins Gewebe, eine progrediente Ulkus-Ausbreitung oder für eine vom Ulkus ausgehende systemische Infektion ist auch eine systemische antibiotische Therapie indiziert. Die häufigsten Erreger sind: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes und Anaerobier, gelegentlich auch Enterokokken und Enterobacteriaceae. Neben der antiseptischen-/Lokaltherapie ist stets ein Abstrich zu machen und entsprechend die Behandlung nach Möglichkeit nach Antibiogramm zu modifizieren. Dabei ist die korrekte Gewinnung des Abstrichs vom Ulcusgrund essentiell für die Aussagekraft der bakteriologischen Untersuchung. Eine Osteomyelitis muss mittels radiologischen Untersuchungsverfahren ausgeschlossen werden. Empirisch kann allenfalls mit Amoxicillin/Clavulansäure, Cephalosporinen oder Clindamycin begonnen werden.

Der diabetische Fuß ist eine allgemeine internistische Herausforderung, vorrangig ist die möglichst optimale Blutzucker-Einstellung und die Optimierung der Gewebepfusion. Nach erfolgtem Abstrich muss bei Entzündungszeichen sofort mit der Antibiotikatherapie begonnen werden. Der Diabetiker kann neben Staph. aureus und Enterokokken auch Pseudomonas, Streptokokken und ggf. Anaerobier oder einen MRSA haben. Empirisch kann die antibioti-

sche Behandlung wie beim infizierten Dekubitus erfolgen. Beim Nachweis von MRSA sind abhängig vom Resistenzverhalten z. B. Rifampicin plus Fucidinsäure, Linezolid, TMP-SMX oder Glykopeptide indiziert.

kurzgefasst

Gastrointestinale und Weichteilinfektionen beim älteren Patienten bedürfen einer gewissenhaften Abklärung. Nach Möglichkeit ist ein Erregernachweis anzustreben. Die möglichst gezielte empirische Antibiotikatherapie sollte von einer optimierten Therapie von Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes) begleitet werden.

• Konsequenz für Klinik und Praxis

- Das Erkennen von Infektionen beim älteren Menschen erfordert unsere besondere Wachsamkeit beim Aufspüren von Symptomen, die „untypisch“ sein können.
- Der Erfolg der Behandlung bakterieller Infektionen basiert auf der Kenntnis des in Frage kommenden Keimspektrums und der lokalen Resistenzsituation ebenso wie auf dem möglichst raschen Beginn einer nötigen Antibiotikatherapie. Dabei ist auf eine ausreichende Dosierung unter Anpassung an die tatsächliche Nierenfunktion zu achten.

R. Bellmann-Weiler, G. Weiss

Klinische Abteilung für Allgemeine Innere Medizin, Klinische Infektiologie und Immunologie, Medizinische Universität Innsbruck

Korrespondenz

Dr. Rosa Bellmann-Weiler
Medizinische Universität Innsbruck
Klin. Abteilung für Allgemeine Innere Medizin, Klinische Infektiologie und Immunologie
Anichstr. 35
A-6020 Innsbruck
Tel. + 43/512/504-23255
Fax + 43/512/504-23263
eMail rosa.bellmann-weiler@i-med.ac.at

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 DMW (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 350–353). Alle Rechte vorbehalten.

COPD: Von der Pathogenese zur Therapie

Nach der Definition der „Task Force“ der „American Thoracic Society“ und der „European Respiratory Society“ handelt es sich bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) um eine verhinderbare und behandelbare Erkrankung, die durch eine entzündlich bedingte, nicht vollständig reversible Verminderung des Atemflusses charakterisiert ist. Diese Definition rückt die Entzündung ins Zentrum der Pathogenese. Durch die Entzündung werden eine Bronchialobstruktion, strukturelle Veränderungen und eine mukoziliäre Dysfunktion, die die bekannten Auswirkungen auf den Patienten haben, hervorgerufen. Obwohl die COPD primär die Lunge betrifft, hat sie auch signifikante systemische Konsequenzen [31] (GOLD 2006 <http://www.goldcopd.org>). Im Folgenden werden neue experimentell gewonnene pathophysiologische Erkenntnisse näher beleuchtet und aktuelle sowie mögliche zukünftige Therapiekonzepte beschrieben. Die Therapie richtet sich zunehmend an neuen pathophysiologischen Erkenntnissen aus mit dem Ziel, über eine Symptomkontrolle hinauszugehen.

kurzgefasst

Die COPD ist eine verhinderbare und behandelbare Erkrankung, die durch eine entzündlich bedingte nicht vollständig reversible Verminderung des Atemflusses charakterisiert ist.

• Pathogenese

Intrapulmonale Entzündung
In Lungengewebe, dass bronchoskopisch oder operativ gewonnen wurde, und auch in Sputumproben konnte gezeigt werden, dass eine ausgeprägte Entzündung im Bereich der großen und kleinen Atemwege vorliegt. Sie ist schon in frühen Stufen der Erkrankung nachweisbar und nimmt mit dem Schweregrad zu. Inflammation und Destruktion sind offensichtlich gleichzeitig ablaufende Prozesse (Abb. 1), die sich wechselseitig bedingen. Makrophagen spielen eine wichtige Rolle für die Induktion und möglicherweise für die Unterhaltung der Inflammation und somit der COPD. In den Atemwegen, dem Lung parenchym und der bronchoalveolären Lavage von Patienten mit COPD findet sich eine fünf- bis zehnfach gesteigerte Zahl von Alveolar makrophagen. Die Makrophagenzahlen in den Atemwegen korrelieren mit dem Schweregrad der COPD [24]. Es mehren sich die Hinweise, dass auch den Epithelzellen eine aktive Rolle im Inflammationsprozess bei der COPD zukommt. Die Aktivierung der genannten Zellen führt nach aktueller Vorstellung zum Einstrom von Lymphozyten und neutrophilen Granulozyten. Wie die CD8-positiven T-Lymphozyten in den Lungen von Patienten mit COPD akkumulieren, ist bislang nicht genau geklärt. Nach neueren Studien finden sich auch vermehrt B-Lymphozyten und bronchienassoziiertes Lymphgewebe in den kleinen Atemwegen [32].

kurzgefasst

Inflammation und Destruktion sind offensichtlich gleichzeitig ablaufende Prozesse, die sich wechselseitig bedingen. Epithelzellen spielen im Inflammationsprozess bei COPD eine aktive Rolle.

Gestörtes Gleichgewicht zwischen Proteasen und Antiproteasen

Vor etwa 40 Jahren wurde die Vorstellung entwickelt, dass das Emphysem durch eine Destruktion von elastischen Fasern durch Elastasen entsteht. Dies ging auf klinische Beob-

achtungen von Laurell und Eriksson zurück, die erstmalig Patienten mit einem genetisch bedingtem Mangel an α_1 -Antitrypsin, dem wichtigsten Inhibitor der neutrophilen Elastase beschrieben [16, 17]. Die Protease-Antiprotease-Hypothese geht davon aus, dass das relative Gleichgewicht zwischen Proteasen und ihren Inhibitoren die Empfänglichkeit der Lunge für die emphysemtypische Destruktion determiniert.

Apoptose

Apoptose ist ein genau regulierter Mechanismus für den programmierten Zelltod. Dieser erlaubt die Eliminierung speziell markierter unerwünschter, beschädigter oder infizierter Zellen. Gegenwärtig sind verschiedene Mechanismen bekannt, die in die Regulation der Apoptose involviert sind. Es gibt zunehmende Hinweise dafür, dass bei der COPD im Lungengewebe eine Störung der

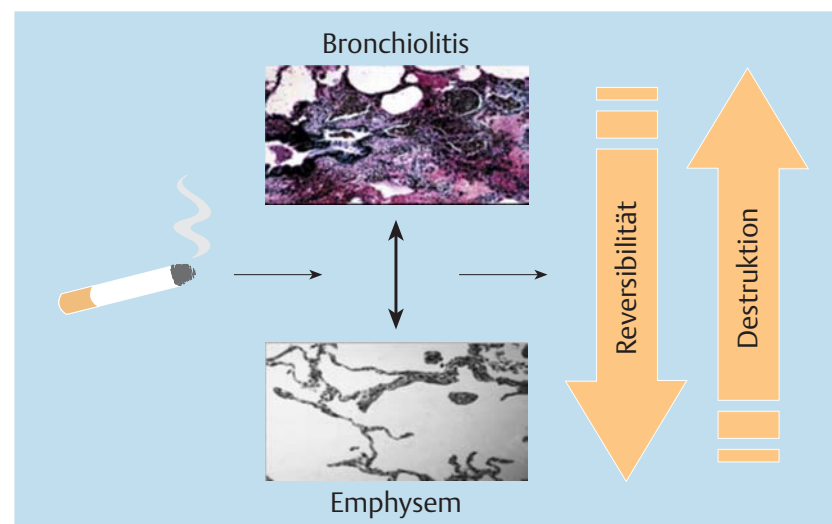


Abb. 1 Pathophysiologisches Modell für die Entwicklung der COPD.

kurzgefasst

Das relative Gleichgewicht zwischen Proteasen und ihren Inhibitoren determiniert die Empfänglichkeit der Lunge für die emphysemtypische Destruktion.

Reaktive Sauerstoffmetaboliten

Reaktive Sauerstoffmetaboliten werden oft auch unpräzise als „Sauerstoffradikale“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um Formen des Sauerstoffs mit schädlichem Potential, die bei oxidativem Stress und damit bei verschiedensten Erkrankungen sowie beim Alterungsprozess eine wesentliche Rolle spielen. Sie sind bei Gesunden maßgeblich an der Signalübertragung und der transkriptionellen Regulation beteiligt mit dem Ziel, die Homöostase der Zelle zu erhalten. Im Gegensatz dazu ist oxidativer Stress durch einen Überschuss an reaktiven Sauerstoffmetaboliten gekennzeichnet, was letztendlich zu einem Zellschaden über Reaktionen mit Proteinen, Nucleinsäuren und Lipiden führen kann.

kurzgefasst

Reaktive Sauerstoffmetabolite können zu einem Zellschaden über Reaktionen mit Proteinen, Nucleinsäuren und Lipiden führen.

Balance aus Apoptose und Proliferation besteht.

kurzgefasst

Bei der COPD besteht möglicherweise eine Störung der Balance aus Apoptose und Proliferation.

Systemische Komplikationen

Zusätzlich zu den krankheitstypischen Konsequenzen wie zunehmende Atemwegsobstruktion und Emphysem ist die COPD mit einer Reihe lokaler Komplikationen wie Entzündung, Emphysembildung und Veränderungen der basalen Abwehrmechanismen, aber auch systemischer Komplikationen verbunden,

Tab. 1 Mögliche systemische Komponenten der COPD.

Skelettmuskulatur
► Muskelschwäche
► Muskelatrophie
Gesamtorganismus
► Gewichtsverlust
► Kachexie
Herz-Kreislauf-System
► koronare Herzerkrankung
Zentralnervensystem
► Depression
Skelett
► Osteoporose
Endokrinium
► Hormonmangel

– Anzeige –

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

wie Gewichtsverlust, Kachexie, Osteoporose, Muskelabbau, Herzinsuffizienz, Atherosklerose, Depression und Tumorleiden (Tab. 1).

Therapie

Prävention

Der Verzicht auf Tabakrauchen ist die effektivste Maßnahme zur Behandlung der COPD. Alle Formen der Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotinplaster, sublinguale Tablette) führen zu einer Steigerung der Erfolgsquote [33]. Daneben konnte eine Reihe von Medikamenten anderer Stoffgruppen zu einem Entwöhnungserfolg beitragen: So lässt sich z. B. die Erfolgsrate der Raucherentwöhnung mit dem Antidepressivum Bupropion zusätzlich steigern. Der partielle Nikotin-Agonist Vareniclin ist eine weitere vielversprechende Option zur Raucherentwöhnung, die, wie in Studien gezeigt werden konnte, effektiver als das Antidepressivum Bupropion ist. Weitere Medikamente werden zur Zeit in Studien getestet, wie Rimonabant, ein Arzneistoff der zur Raucherentwöhnung entwickelt wurde und für Europa auch eine Zulassung hat. Zur Zeit wird Rimonabant jedoch vermehrt als Appetitzügler eingesetzt. Rimonabant greift in das körpereigene Cannabinoid-System (Endocannabinoidsystem) ein und vermittelt seine Wirkung über eine Hemmung von Cannabinoid-Rezeptoren des Subtyps CB₁ [27]. In den USA wurde die Substanz wegen ihrer psychiatrischen Schädwirkungen nicht zugelassen, in Europa werden die Risiken von Rimonabant intensiv diskutiert. Bei Depression darf Rimonabant nicht verabreicht werden. Weitere Wirkstoffe sind Mecamylamin, ein Nikotinrezeptorantagonist, der in Kombination mit Nikotinplastern erfolgreich vom Raucher entwöhnt [10], sowie Monoaminooxidase-Inhibitoren und Dopamin D₃-Rezeptor-Antagonisten.

kurzgefasst

Der Verzicht auf Tabakrauchen ist die effektivste Therapiemaßnahme zur Behandlung der COPD.

Nicht-medikamentöse Therapie

Die Bedeutung der nicht-medikamentösen Therapie wird in den neuen nationalen und internationalen Leitlinien verstärkt ausgeführt. Rehabilitationsmaßnahmen – ambulant oder stationär – sind bei den COPD-Schweregraden II-IV empfohlen, essentieller Bestandteil der Behandlung. Um bestmögliche Erfolge zu erzielen, empfiehlt sich eine Kombination mit dem ambulanten Lungensport. Gezeigt werden konnte, dass Rehabilitationsmaßnahmen bei COPD-Patienten eine Steigerung der Belastbarkeit, eine Reduktion der Dyspnoe, eine Besserung der Lebensqualität und eine Abnahme der mit COPD assoziierten psychischen Störungen (Angst, Depression) bewirken [36, 37].

Medikamentöse Therapie

Abb. 2 fasst die leitliniengerechte medikamentöse Therapie der stabilen

Schweregrad	I: leicht	II: mittel	III: schwer	IV: sehr schwer
Charakteristika	· FEV ₁ /VC < 70 % · FEV ₁ ≥ 80 % · mit/ohne Symptomatik	· FEV ₁ /VC < 70 % · 50 % > FEV ₁ < 80 % · mit/ohne Symptomatik	· FEV ₁ /VC < 70 % · 30 % > FEV ₁ < 50 % · mit/ohne Symptomatik	· FEV ₁ /VC < 70 % · FEV ₁ < 30 % oder FEV ₁ < 50 % plus chron. respir. Insuffizienz
Vermeidung von Risikofaktoren; Gripeschutzimpfung; zusätzlich bei Bedarf Kurzwirksamer Bronchodilatator				
Zusätzlich Dauertherapie mit einem oder mehreren langwirksamen Bronchodilatoren; Rehabilitation				
Zusätzlich inhalative Steroide bei wiederkehrenden Exazerbationen				
Zusätzlich Sauerstofflangzeittherapie bei respir. Insuffizienz; prüfen, ob chirurgische Behandlung angezeigt ist				

Abb. 2 Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieempfehlungen abhängig vom Schweregrad der COPD (DGP Leitlinie 2007). FEV₁ = forciertes Expirationsvolumen in einer Sekunde, Sekundenkapazität, VC = Vitalkapazität

COPD zusammen. Neue, länger wirkende Medikamente aus den bekannten Wirkstoffgruppen der β₂-Agonisten und der Anticholinergika werden zur Zeit in Studien untersucht. Dazu gehören ultralangwirksame β₂-Agonisten, wie Arfomerol, Carmoterol, Indacaterol mit einer Wirkdauer von mehr als 24h, die eine einmal tägliche Applikation erlauben [3, 20]. Auch weitere langwirksame Anticholinergika sind in Entwicklung oder in fortgeschrittenen Testphasen, wie z. B. die quartäre Ammoniumverbindung Glycopyrrolat. Ein bronchodilatatorischer Effekt war hier auch noch nach 30 h post Inhalation nachweisbar [7, 12].

kurzgefasst

Neue ultralangwirksame β₂-Agonisten, wie die Substanzen Arfomerol, Carmoterol, Indacaterol mit einer Wirkdauer von mehr als 24h, erlauben eine einmal tägliche Applikation.

Sauerstofflangzeittherapie

Bisher ist die Sauerstofflangzeittherapie die einzige Therapieform bei COPD, die mit einer nachweisbaren Verbesserung der Mortalität verbunden ist [1]. Indikationen dafür sind: PaO₂ ≤ 55 mmHg mit und ohne Hyperkapnie. PaO₂-Werte zwischen 55 mm Hg und 59 mm Hg bei Nachweis einer pulmonalen Hypertonie, peripheren Ödemen als Hinweis auf eine Herzinsuffizienz oder einer Polyglobulie (Hämatokrit > 55 %).

kurzgefasst

Sauerstofflangzeittherapie wird empfohlen bei PaO₂ ≤ 55 mm Hg mit und ohne Hyperkapnie.

Experimentelle und neue Therapieansätze

Eine Übersicht der neuen z. T. experimentellen Ansätze auf dem Boden der bisher bekannten Pathophysiologie gibt Abb. 3.

Alveoläre Reparatur Retinoide als Abkömmlinge der Vitamin-A-Säure sind während der Perinatalperiode an der alveolären Entwicklung beteiligt [21, 33]. Im Tiermodell konnte gezeigt werden, dass die Applikation von Vitamin-A-Säure zu einer Verminderung der Emphysembildung

führt [19]. In einer 2006 publizierten Arbeit zeigte sich bei 148 Patienten nach Therapie von 6 Monaten und einer Beobachtungszeit von 18 Monaten kein klinischer Vorteil. Lungenfunktion inklusive Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (DLCO) wie auch das Emphysem in der CT-Densitometrie waren durch die Therapie unbeeinflusst [23]. Eine große internationale Studie, die den Einfluss von Retinoiden bei α₁-Antitrypsin-Mangel prüfen soll, wird voraussichtlich Mitte 2008 abgeschlossen sein.

kurzgefasst

Die Applikation von Vitamin-A-Säure führt zu einer Verminderung der Emphysembildung im Tierexperiment.

Chemokininhibitoren Die Rekrutierung und Chemotaxis von neutrophilen Granulozyten erfolgt u. a. durch Interleukin 8 (IL-8) und Leukotrien B₄ (LTB₄) [33]. Die Antagonisierung dieser Zytokine kann möglicherweise die pathologische Ansammlung von Neutrophilen in den Atemwegen von COPD Patienten verhindern. Bisher haben weder die Inhibierung von IL-8 noch die Antagonisierung von LTB₄ wegweisende Erfolge gezeigt [18].

kurzgefasst

Bisher haben weder die Inhibierung von IL-8 noch die Antagonisierung von LTB₄ wegweisende Erfolge gezeigt.

P38-mitogen-aktivierte Proteinkinase-Inhibitoren Inflammatorische Zytokine wie z. B. IL-8, TNFα und MMPs werden über p-38 mitogen aktivierte Proteinkinasen (p38-MAPK) reguliert [33]. Diverse p38MAPK-Inhibitoren wie SB 203 580, SB 239 063, SB 681 323, RWJ 67 657 und SD-282 sind in der Entwicklung [2]. In vitro konnte gezeigt werden, dass die p38MAPK-Inhibition zu einer Hemmung der Freisetzung von TNFα und GM-CSF aus humanen Makrophagen der Lunge führt. Die IL-8 Freisetzung blieb unbeeinflusst [25].

kurzgefasst

Durch p38-MAPK-Inhibition wird die Freisetzung von TNFα und GM-CSF aus humanen Makrophagen der Lunge gehemmt.

Phosphodiesteraseinhibitoren Theophyllin ist ein unselektiver Phosphodiesteraseinhibitor (PDE). Neuere Substanzen hemmen selektiv die Wirkung der Phosphodiesterase Typ 4 (PDE-4) [33]. Das Wirkprinzip der PDE-4 beruht auf Interaktionen im cAMP Stoffwechsel von Entzündungszellen und glatten Muskelzellen. Bisher wurden für zwei Medikamente dieser Substanzklasse Studien publiziert: Roflumilast und Cilomilast. Es konnte gezeigt werden, dass es unter der Therapie mit PDE-4-Inhibitoren zu einem Rückgang von CD8-positiven Lymphozyten und Makrophagen in der Bronchialschleimhaut kommt, wobei IL-8 Level und die Zahl der neutrophilen Granulozyten unbeeinflusst blieb [9]. Weiterhin wurde gezeigt, dass es unter Therapie mit PDE-4-Inhibitoren zu einer signifikanten Zunahme des FEV₁ kommt.

kurzgefasst

Unter der Therapie mit PDE-4-Inhibitoren kommt es zu einem Rückgang von CD8-positiven-Lymphozyten und Makrophagen in der Bronchialschleimhaut.

Statine Statine weisen neben der lipidsenkenden Eigenschaft auch eine antioxidative und antiinflammatorische Wirkung auf. Es gibt Hinweise darauf, dass Statine den Verlauf der COPD günstig beeinflussen können. So zeigte sich unter Statintherapie bei Exazerbationen eine geringere Mortalität [14, 26, 33].

kurzgefasst

Statine könnten den Verlauf der COPD günstig beeinflussen.

Tetrazykline und Makrolidantibiotika Neben den bekannten antibiotischen Eigenschaften haben Tetrazykline und Makrolide antiinflammatorische und immunmodulatorische Eigenschaften, die über den bekannten antibiotischen Wirkmechanismus hinausgehen [11, 33]. Tetrazykline hemmen beispielsweise Matrixmetalloproteinasen und VEGF vermittelte Muskelproliferation, die bei vaskulärem Remodeling eine Rolle spielt [34]. Es gibt einige Hinweise, dass auch bei der COPD die Pathogenese der kleinen Gefäße eine wichtige Rolle spielt [30]. Für Makrolide ist bekannt, dass sie

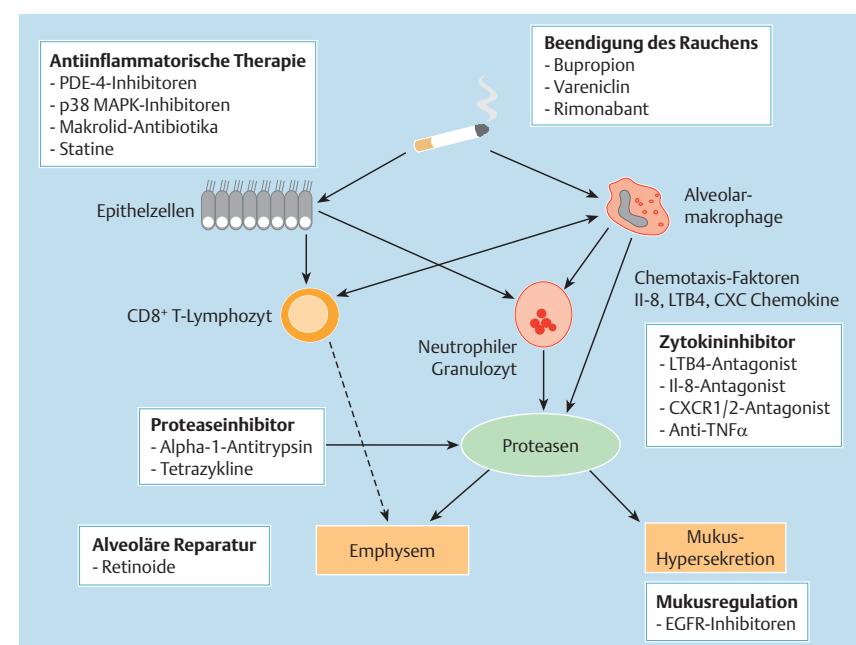


Abb. 3 Pathophysiologisches Modell der COPD-typischen Inflammation nach gegenwärtigem Verständnis mit neuen medikamentösen und immunmodulatorischen Therapieansätzen.

TNFα-Inhibitoren Der Tumornekrosefaktor α (TNFα) spielt eine wichtige Rolle in der Inflammationskaskade bei entzündlichen Prozessen, so auch bei der COPD [15, 33]. TNFα verstärkt Chemotaxis und die Freisetzung von IL-8 bzw. Matrixmetalloproteinase (MMP) 9 [4, 5, 6]. Der protrahierte Gewichtsverlust bei COPD Patienten kann mit TNFα vermittelten Prozessen korreliert werden [8]. In einer ersten plazebokontrollierten Pilotstudie wurden 22 Patienten (mittlere FEV₁ 80 % pred.) mit Infliximab behandelt, wobei sich jedoch kein klinischer Effekt nachweisen ließ. In einer nachfolgenden Studie konnten auch für Patienten mit moderater bis schwerer COPD keine Vorteile für eine Behandlung mit Infliximab gefunden werden. Die Zahl der malignen Erkrankungen und Pneumonien war in der Anti-TNFα-Gruppe höher, erreichten aber keine statistische Signifikanz [22, 28].

kurzgefasst

Die Behandlung mit Infliximab erbrachte keinen klinischen Vorteil.

die neutrophile Chemotaxis und die Infiltration ins respiratorische Epithel beeinflussen. Die proinflammatorische Zytokinproduktion kann durch Makrolide gemindert werden, ebenso wie die Produktion proinflammatorischer Sauerstoffradikale und die Mukusproduktion. Die Apoptose der neutrophilen Granulozyten wird gesteigert, ebenso wie die mukoziliäre Clearance [13].

kurzgefasst

Tetrazykline und Makrolide haben antiinflammatorische und immunmodulatorische Eigenschaften.

Mukusregulation Raucher beklagen häufig eine vermehrte Mukusbildung. Tritt bei COPD-Patienten vermehrt Mukus auf, so ist eine beschleunigte Abnahme der Lungenfunktion und eine höhere Exazerbationsrate zu beobachten [29]. Mukolytika haben klinisch nicht oder nur in Einzelfällen überzeugen können. Neue Therapieansätze werden gesucht und diskutiert. Bekannt ist, dass der Rezeptor des epidermalen Wachstumsfaktors

(EGFR) eine Rolle bei der Mukusproduktion durch die Becherzellen spielt. Daten zu den Effekten der Inhibition dieses Faktors bei COPD-Patienten fehlen bislang [35].

kurzgefasst

Die Hemmung des epidermalen Wachstumsfaktors könnte eine Rolle bei der Mukusproduktion durch die Becherzellen spielen.

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- Mit den bisher zur Verfügung stehenden Medikamenten – ist der Verlauf der COPD nach gegenwärtigem Verständnis nur partiell zu beeinflussen; – verläuft die Erkrankung üblicherweise trotz Medikation progredient; – lassen sich die für die Patienten bedrohlichen akuten Exazerbationen nur um etwa ein Drittel reduzieren.
- An der Entwicklung neuer Medikamente, die das Potential haben könnten, die COPD-bedingte Morbidität und Mortalität sowie die Lebensqualität signifikant zu beeinflussen, wird gearbeitet. Dabei wird der Focus nicht nur auf der Behandlung der pulmonalen Manifestationen der Erkrankung, sondern auch auf den systemischen Komponenten liegen.

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

A. R. Koczulla, C. Vogelmeier
Abteilung für Pulmonologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

Korrespondenz

Dr. A. R. Koczulla
Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Abteilung für Pulmonologie
Standort Marburg
Baldingerstraße 1
35042 Marburg
eMail koczulla@uni-marburg.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 DMW (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 471–475). Alle Rechte vorbehalten.

Gastroenterologie

Morbus Crohn: Kombinierte Immunsuppression überlegen?

Standardtherapie beim akuten Schub eines Morbus Crohn sind Kortikosteroide. Obwohl meist wirksam, werden viele Patienten jedoch abhängig oder entwickeln eine Resistenz gegen diese Medikamente. Nun verglichen G. D'Haens et al. den Effekt einer kombinierten Immunsuppression (KI) mit dem einer konventionellen Therapie. *Lancet 2008; 371: 660–667*

Die Autoren untersuchten dazu 133 Patienten in einer randomisierten Open-label-Studie in 18 Zentren in Belgien, Holland und Deutschland. Die Patienten hatten zuvor keine Therapie mit Kortikosteroiden oder Antimetaboliten erhalten.

Die 67 Patienten aus der KI-Gruppe erhielten 3 Infusionen von Infliximab (5 mg/kg Körpergewicht) in den Wochen 0, 2 und 6, zusammen mit Azathioprin. Die zusätzliche Gabe von Infliximab und wenn nötig Kortikosteroiden erfolgte bei akuten Schubphasen. 66 Patienten in der

Gruppe mit konventioneller Therapie erhielten Kortikosteroide gefolgt von zunächst Azathioprin und dann Infliximab. Primäre Endpunkte waren eine Remission ohne Kortikosteroide und ohne Darmresektion in den Wochen 26 und 52.

In Woche 26 waren 60% der Patienten aus der KI-Gruppe in einer Remission ohne Kortikosteroide und ohne Operation, im Vergleich mit 35,9% aus der Gruppe mit der konventionellen Therapie. In Woche 52 lagen die entsprechenden Raten bei 61,5% vs. 42,2%. Schwere Nebenwirkungen waren in der KI-Gruppe vergleichbar mit denen in der konventionellen Gruppe (30,8% vs. 25,3%).

● Fazit

Eine kombinierte Immunsuppression ist zur Erlangung einer Remission und Reduktion der Verwendung von Kortikosteroiden wirksamer als eine

konventionelle Therapie bei Patienten mit erst kürzlich diagnostiziertem Morbus Crohn. Der Beginn einer intensiveren Behandlung in frühen Stadien der Erkrankung könnte zu besseren Prognosen führen, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie

W. Sandborn weist auf eine derzeit noch laufende Studie (SONIC-Studie) mit mehr Patienten und längerer Verlaufskontrolle, deren Ergebnisse in der zweiten Hälfte des Jahres 2008 erwartet werden. Wenn sich die vorläufigen Daten von D'Haens et al. zur initialen Kombinationstherapie in frühen Stadien von Morbus Crohn in dieser Studie bestätigen sollten, dann werde sich auch der Behandlungsalgorithmus für Patienten mit Morbus Crohn verändern, so Sandborn. *Lancet 2008; 371:635–636*

Dr. med. Nasser Semmo

Arzt-Patienten-Verhältnis

Lebenserhaltende Maßnahmen: Informationen ausreichend?

Eine mechanische Beatmung im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen bei chronisch Schwerstkranken wird häufig gewünscht, auch wenn die Prognose ungünstig ist. Möglicherweise werden die Konsequenzen der Behandlung nicht ausreichend kommuniziert, so eine aktuelle Studie. *Arch Intern Med 2007; 167: 2509–2515*

Arch Intern Med 2007; 167: 2509–2515

In der prospektiven Beobachtungsstudie untersuchten J.E. Nelson et al. die Informationsbedürfnisse von 100 Patienten bzw. ihrer Angehörigen (meist erwachsene Kinder) in Bezug auf lebenserhaltende Maßnahmen und mechanische Beatmung bei chronisch Schwerstkranken. Die

Patienten aus 5 Intensivstationen eines New Yorker Universitätskrankenhauses waren im Median 74 Jahre alt und hatten innerhalb der letzten 3 bis 7 Tage eine elektive Tracheotomie zur künstlichen Beatmung erhalten. Ein 18-teiliger Fragebogen untersuch-

te die Information zu 6 übergeordneten Themen:

- 1 Art und Schwere der Erkrankung und Behandlung,
- 2 die Prognose inklusive dauerhafter Beatmungspflichtigkeit, funktionellen Einschränkungen und Lebensqualität,
- 3 die Folgen der Behandlung für den Patienten, auch hinsichtlich belastender Symptome durch die Beatmung,
- 4 mögliche Komplikationen der Behandlung,
- 5 voraussichtlicher Pflegebedarf im Anschluss an die stationäre Betreuung,
- 6 Alternativen zur Fortsetzung der Behandlung.

Insgesamt empfanden 78% der Antwortenden Informationen als wichtig für die Entscheidungsfindung zur Tracheotomie, bei 16 der erfragten 18

Items waren es sogar 98%. Tatsächlich hatten die Befragten im Median aber nur zur Hälfte der aufgelisteten Punkte Informationen erhalten, 95% berichteten, sie wären zu einem Viertel der Fragen überhaupt nicht aufgeklärt worden. Alle gaben an, zu mindestens einem Punkt nicht informiert worden zu sein. Am häufigsten war noch über die Art der Erkrankung, den Eingriff und die unmittelbaren Folgen (z.B. auf Sprache und Nahrungsaufnahme) aufgeklärt worden, schon seltener über kurzfristige Konsequenzen wie störende Symptome, Komplikationen oder das Mortalitätsrisiko im Krankenhaus. Die von den Teilnehmern als wichtig eingestuften Punkte „wahrscheinlicher funktioneller Status bei Entlassung“ und „1-Jahres-Prognose“ waren bei 76 bzw. 80% der Teilnehmer gar nicht angesprochen worden.

● Fazit

Nach diesen Ergebnissen fallen Patienten und Angehörige die Entscheidung zur künstlichen Beatmung, ohne ausreichend informiert zu sein und die Folgen verstanden zu haben. Insbesondere auch die schwierigen Themen der Prognose und der nachstationären Pflegebedürftigkeit werden als wichtig empfunden und sollten thematisiert werden, so die Autoren.

Friederike Klein

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: Dr. Rosa Bellmann-Weiler, V. Fischer, Dr. Kristina Groh, Stephanie Hügler, Friederike Klein, Dr. A. Koczulla, Dr. Stefan Krzossok, C. Pelzer, Renate Ronge, Birgit Schirach, Klaus Schmidt, Dr. Nasser Semmo, C. Vogelmeier, PD Dr. Axel von Bierbrauer, G. Weiss, Dr. Johannes Weiß

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmedia.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 anbelangt. 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.

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 617 bzw. 223). Alle Rechte vorbehalten.

Neurologie

Hilft Rituximab bei Multipler Sklerose?

Es gibt zunehmend Hinweise, dass in der Genese der Multiplen Sklerose neben T-Zellen auch B-Lymphozyten und humorale Immunmechanismen eine wesentliche Rolle spielen. S. L. Hauser et al. untersuchten nun, ob der monoklonale Antikörper Rituximab, der sich gegen CD20-positive B-Zellen wendet, die Erkrankung beeinflusst. *N Engl J Med* 2008; 358: 676–688

An der doppelblinden Phase-II-Studie nahmen 104 Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (MS) teil, die im Jahr vor Studienbeginn mindestens einen Schub erlitten hatten. Sie erhielten randomisiert an den Tagen 1 und 15 entweder 1000 mg Rituximab (n=69) oder Plazebo (n=35) als Kurzinfusion. In regelmäßigen Abständen fanden körperliche Untersuchungen, Labortests sowie Magnetresonanztomographien (MRT) des Gehirns statt. Die Studie erstreckte sich über insgesamt 48 Wochen. Primärer Endpunkt war die Anzahl an

Gadoliniumverstärkten Läsionen, die in den MRTs der Wochen 12, 16, 20 und 24 auffielen. Sekundäre Endpunkte waren unter anderem der Anteil an Patienten mit einem erneuten Schub und die jährliche Rate an Schüben.

Patienten, die Rituximab erhalten hatten, zeigten im Vergleich zur Plazebogruppe in den Wochen 12, 16, 20 und 24 signifikant weniger Gadolinium-verstärkte Läsionen im MRT (0,5 vs. 5,5). Dies entsprach einer Risikoreduktion von 91%. Auch die Zahl neu aufgetretener Läsionen lag bei ihnen

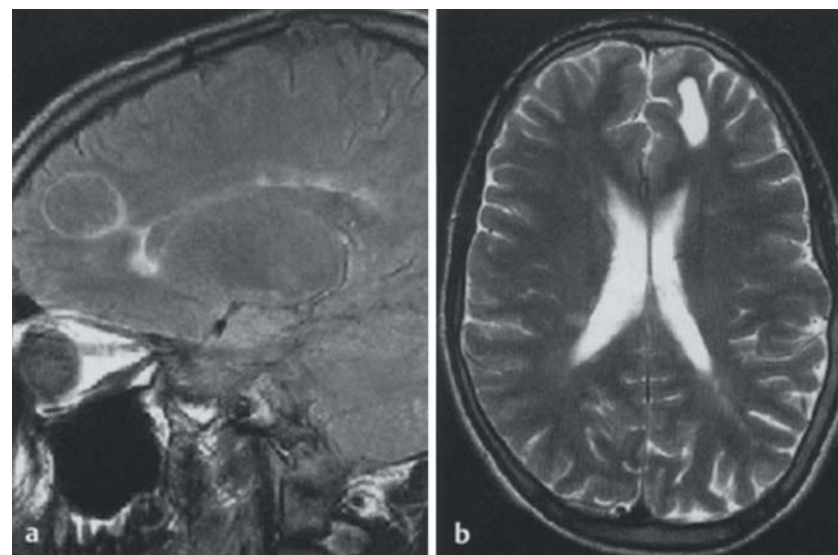
signifikant niedriger (0,2 vs. 4,5). Diese Befunde dauerten bis Woche 48 an. Der Anteil an Patienten mit Schüben war in der Rituximab-Gruppe im Vergleich zu Plazebo ebenfalls geringer (14,5% vs. 34,3% in Woche 24 und 20,3% vs. 40,0% in Woche 40). Nebenwirkungen innerhalb von 24 Stunden nach der ersten Infusion waren unter Verum häufiger, jedoch zumeist leicht bis mäßig. Nach der zweiten Infusion war die Rate an unerwünschten Wirkungen in beiden Gruppen vergleichbar.

● Fazit

Ein einzelner Zyklus mit Rituximab konnte bei Patienten mit schubweise verlaufender MS die Anzahl der im MRT sichtbaren Läsionen und der klinischen Schübe für 48 Wochen reduzieren, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie

Auch wenn die Mechanismen, die der Wirkung von Rituximab bei MS zugrunde liegen, nicht bekannt sind, legen die Ergebnisse der Studie nach



Chronisch progrediente Verlaufsform der Multiplen Sklerose (Bild: D. Uhlenbrock, M. Forsting. MRT und MRA des Kopfes. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 2007).

den Worten von H. F. McFarland nahe, dass die Rolle der B-Zellen bei der Erkrankung näher untersucht werden muss. Die Arbeit lasse nach wie vor viele Fragen offen: etwa, wie lange der Behandlungseffekt anhalte. Oder wie die Erkrankung fortschreite, und vor allem, welche Formen von

eher seltenen Nebenwirkungen es gebe. Auch wenn dieser Ansatz neue Behandlungsoptionen und ein besseres Verständnis des Krankheitsprozesses biete, könnte er ebenso unerwartete Probleme mit sich bringen. *N Engl J Med* 2008; 358: 664–665

Dr. med. Johannes Weiß

Kurzmitteilung

KHK-Risiko bei Resistenz gegenüber Acetylsalicylsäure

Der Einsatz der Acetylsalicylsäure (ASS) zur Senkung des Risikos für Myokardinfarkte oder Schlaganfälle bei Patienten mit koronaren Herzkrankungen (KHK) ist unbestritten. Dennoch sprechen einige der Patienten nur ungenügend auf die ASS an und benötigen weitere Thrombozytenaggregationshemmer. Hier spricht man von einer Resistenz gegenüber ASS. G. Krasopoulos et al. fassten nun die Ergebnisse von 20 Studien, welche die Auswirkungen einer solchen Resistenz auf kardiovaskuläre Ereignisse untersuchten, in einer Metaanalyse zusammen. Die insgesamt 2930 KHK-Patienten hatten täglich zwischen 75 und 325 mg ASS erhalten. 28% davon wurden als resistent eingestuft – Frauen und Patienten mit vorangegangener Beeinträchtigung der Niere waren häufiger betroffen. Bei KHK-Patienten mit einer Resistenz gegenüber ASS war, unabhängig von den klinischen Symptomen, das Risiko für Todesfälle, neue zerebrovaskuläre Ereignisse oder für ein akutes Koronarsyndrom erhöht. Trotzdem empfehlen die Autoren auch weiterhin die Verschreibung der ASS. Um

(*BMJ* 2008; DOI:10.1136/bmj.39430.529549.BE)

Transfusionsmedizin

Alte Blutkonserven beeinträchtigen die Prognose

Die Lagerung von Blutkonserven wirkt sich auf Struktur und Funktion der Blutzellen aus. Dass die Lagerungsdauer von Blutkonserven vor einer Transfusion bei kritisch Kranken die Prognose beeinflussen kann, belegten nun C. G. Koch et al. *N Engl J Med* 2008;358:1229–1239

Die Autoren werteten retrospektiv die Daten von über 6000 kardiologischen Patienten aus, die zwischen 1998 und 2006 in einer amerikanischen Klinik operiert worden waren. Ihnen standen die Angaben über alle perioperativ verbrauchten Konserven zur Verfügung. So konnte rekonstruiert werden, wie viele Blutkonserven mit welcher Lagerungsdauer jeder Patient erhielt. Zwei Patientengruppen wurden gebildet: In der ersten Gruppe hatten die Patienten nur „frische“ Konserven erhalten. Die Lagerungsdauer lag unter 14 Tagen. In der zweiten Gruppe wurden nur „alte“ Konserven verwendet, die mindestens schon seit 14

Tagen lagerten. In den USA dürfen Blutkonserven bis zu 42 Tage gelagert werden. Die Zuordnung von Blutkonserven und Patienten erfolgte im Rahmen der üblichen Routine durch das Labor. Die Komplikationsraten erfasste die Klinik im Rahmen der Qualitätskontrolle. 2872 Patienten hatten 8802 frische Blutkonserven erhalten. In der Vergleichsgruppe erhielten 3130 Patienten 10 782 ältere Blutkonserven. Die Patienten waren in beiden Gruppen ca. 70 Jahre alt und hatten ein identisches kardiovaskuläres Risikoprofil. In beiden Gruppen wurden zum Eingriff im Median 2 Konserven benötigt. Die Lagerungsdauer der Blutkon-

serven hatte einen entscheidenden Einfluss auf die Patientenprognose. So lag die Krankenhausmortalität in der Gruppe mit den kurz gelagerten Konserven bei 1,7%. Bei Patienten, die länger gelagertes Blut erhielten, stieg die Krankenhausmortalität auf 2,8%. In der Gruppe mit dem frischen Blut mussten 5,6% der Patienten beatmet werden. Wurde älteres Blut transfundiert, stieg diese Rate auf 9,7%. Die gleiche Tendenz fanden die Autoren auch für die Sepsisanfälligkeit, das Multiorganversagen und die Langzeitmortalität.

● Fazit

Die Lagerungszeit der Blutkonserven muss vor ihrer Transfusion beachtet werden. Sie sollte als möglicher Risikofaktor für multiple Organfunktionsstörungen, speziell bei kritisch Kranken, mit in die Indikationsstellung der Transfusion eingehen, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie

J. W. Adamson bewertet in seinem Editorial die Studie als Indiz dafür, dass Blutkonserven nicht nur ein Infektionsrisiko darstellen. Während dieses mittlerweile minimiert wurde, zeigen sich nun Risiken, die auf die Blutkonserven selbst zurückzuführen sind. Neben der transfusionsbedingten Lungenfunktionsstörung (TRALI) und der Immunsuppression zeigt sich jetzt mit der Lagerungsdauer ein weiteres Risiko. Auch wenn es, aufgrund des retrospektiven Studiendesigns und der speziellen Situation in der Kardiologie, schwierig ist, allgemeingültige Schlüsse aus der Studie zu ziehen. Eine prophylaktische Verkürzung der Lagerungszeit von Blutkonserven, als mögliche Konsequenz aus der Studie, ist zudem unpraktikabel. Aus logistischen Gründen würde dies einer Verknappung von Blutkonserven führen. Deshalb empfiehlt Adamson, vermehrt blutsparende Operationsverfahren einzusetzen und postoperativ die Blutbildung zu stimulieren. *N Engl J Med* 2008;358: 1295–1296

Renate Ronge

Anzeige
224 x 80

Patienteneinwilligung: Was tun bei Problemfällen?

Vor jede ärztliche Handlung hat die Rechtsprechung das Aufklärungsgespräch gesetzt. Doch nicht alle Mediziner kommen dieser Pflicht fachgerecht nach. Dabei ist eine qualifizierte Aufklärung unverzichtbar, wenn ein Patient rechtswirksam in eine Maßnahme einwilligen soll. Allerdings ist dies nicht immer ganz einfach.

Formal stellt jeder ärztliche Eingriff eine Körperverletzung dar. Dies gilt nicht nur für Operationen, sondern auch für diagnostische Maßnahmen oder solch banale Dinge wie Blutentnahmen und Medikamentengaben. Denn als Körperverletzung im Sinne der Paragraphen 223 ff. des Strafgesetzbuches (StGB) und 823 I des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist jede Handlung zu werten, welche die körperliche Integrität berührt. Dabei ist es für die formaljuristische Beurteilung völlig unerheblich, ob ein Eingriff indiziert ist und mit der nötigen ärztlichen Sorgfalt durchgeführt wird oder nicht. Körperverletzung bleibt Körperverletzung. Und die ist prinzipiell strafrechtlich verfolgbar, mit allen Konsequenzen wie Geld- oder Gefängnisstrafen. Damit nun nicht jede ärztliche Behandlung nach sich zieht, stellt die Rechtsprechung nur solche Körperverletzungen unter Strafe, die rechtswidrig und schuldhaft begangen wurden. Jeder Arzt kann sein Handeln durch die Einwilligung des Patienten legitimieren. Liegt diese vor, so bleibt die formale Körperverletzung straffrei. Fehlt sie, drohen unter Umständen juristische Folgen.

● Informierte Einwilligung

Damit der Patient einer medizinischen Maßnahme zustimmen kann, muss er zunächst einmal in laienge-rechter Form darüber aufgeklärt werden. Hat er alles begriffen und ist einverstanden, spricht man von der so genannten „informierten Einwilligung“, eingedeutscht vom englischen „informed consent“. Wesentlich ist hierbei das Gespräch mit dem Arzt, aus dem der Patient alle wichtigen Informationen beziehen kann und dabei auch Gelegenheit hat, nachzufragen. Die Rechtsprechung unterscheidet zwei Hauptformen der Aufklärung: die therapeutische oder Sicherungsaufklärung und die Selbstbestimmungsaufklärung, die sich noch einmal in Verlaufs- und Eingriffsaufklärung untergliedert. Bei der therapeutischen Aufklärung informiert der Arzt den Patienten darüber, was dieser selbst tun muss, um den Heilungserfolg zu gewährleisten bzw. keinen Schaden zu erleiden. Also etwa, dass er nach einer Arthroskopie das Bein nicht sofort voll belasten oder nach einer Siedierung im Rahmen ambulanter Eingriffe nicht Auto fahren darf. Auch der Hinweis auf Medikamentenunverträglichkeiten fällt unter diese Kategorie. Die Verlaufs-aufklärung informiert über Befunde, Diagnosen, das geplante Vorgehen sowie Erfolg-

schanzen und Versagerquoten. Sinn der Eingriffsaufklärung ist es, den Patienten über die mit einer Maßnahme verbundenen Gefahren zu informieren, insbesondere über unerwünschte Folgen oder Nebenwirkungen. Gibt es Behandlungsmethoden, die eine echte Alternative darstellen, so ist der Arzt dazu verpflichtet, dem Patienten auch das zu sagen. Wichtig ist der Zeitpunkt der Aufklärung: dem Patienten muss nach dem Gespräch ausreichend Bedenkzeit bleiben, bevor er zustimmt. Anders ist es bei Notfällen. Hier reicht es aus, unmittelbar vor einem Eingriff aufzuklären. Generell gilt: je dringlicher eine Maßnahme, desto knapper kann die Aufklärung ausfallen und desto weniger Bedenkzeit ist erforderlich.

● Unterschrift erleichtert Beweis-pflicht

Viele Ärzte glauben, dass man den Patienten nach dem Gespräch auf einem Vordruck unterschreiben lassen muss. „Es überrascht zwar viele, aber eine schriftliche Einwilligung ist eigentlich gar nicht erforderlich“, klärt Dr. iur. Dr. med. Rainer Erlinger (Kanzlei Ulsenheimer & Friederich, München) auf, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht. Notwendig sei



Dr. iur. Dr. med.
Rainer Erlinger

dies nur in bestimmten, gesetzlich festgelegten Belangen, beispielsweise bei Arzneimittelprüfungen. „In allen anderen Fällen gibt es keinen Formzwang, der eine Unterschrift erfordert“, erläutert der Jurist. Prinzipiell ist dies vernünftig, denn ansonsten müsste man den Patienten konsequenterweise bei jeder Blutentnahme oder Medikamentengabe unterschreiben lassen. Formal erfolgt aber auch hier eine Aufklärung, und der Patient erteilt sein Einverständnis. Der Experte rät allerdings dennoch mit Nachdruck zur gängigen Praxis der Unterschrift bei allen Eingriffen: Der Arzt, bei dem ja die Beweislast liegt, hat es im Falle eines Rechtsstreits mit einem schriftlichen Dokument leichter.

● Unsicherheit bei den Ärzten

Nicht immer jedoch ist es so einfach. Auf Intensivstationen sind Ärzte häufig mit bewusstlosen Patienten konfrontiert, bei denen Aufklärung und Einverständnis nicht ohne weiteres möglich sind. Was hierbei zu beach-

ten ist, wissen Mediziner oft nicht. Erst kürzlich erschien in der Amerikanischen Fachzeitschrift Archives of Internal Medicine eine Studie, die belegt, wie unsicher sich US-amerikanische Intensivärzte darüber sind, ob sie bei bewusstlosen Patienten einen HIV-Test ohne deren Einverständnis durchführen dürfen. Nur rund ein Viertel von ihnen konnte die rechtliche Situation korrekt einordnen. Bei einem Multiple-Choice-Fragebogen mit vier Antwortmöglichkeiten entsprach dies allerdings auch der Zufallswahrscheinlichkeit (Arch Intern Med 2007; 167: 2323-2328).

Gerade den HIV-Test an Bewusstlosen hält Prof. Dr. med. Georg Marckmann, stellvertretender Direktor des



Prof. Dr. med.
Georg Marckmann

Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen, für problematisch. „Jede Maßnahme am Patienten erfordert dessen Zustimmung. Man kann also nicht einfach eine Infektionsdiagnostik machen, ohne dass er eingewilligt hat. Auch dann nicht, wenn er bewusstlos ist“, erklärt Marckmann. Aus ethischer Sicht sieht er zwei Ausnahmen von dieser Regel: zum einen, wenn das Ergebnis für die weitere Behandlung des bewusstlosen Patienten einen signifikanten therapeutischen Nutzen hätte. Allerdings ist es nach seiner Auffassung auch hier erforderlich, einen gesetzlichen Vertreter zustimmen zu lassen. Die andere Ausnahme besteht für ihn bei Nadelstichverletzungen. Hier hält er es für ethisch durchaus vertretbar, auch ohne Zustimmung einen HIV-Test zu machen, da dies erhebliche Konsequenzen für eine eventuelle Postexpositionsprophylaxe des Verletzten hätte. „Der potenzielle Nutzen für Arzt oder Krankenschwester ist hier ethisch höher zu werten als der Eingriff in das Persönlichkeitsrecht des bewusstlosen Patienten“, sagt er.

● Mutmaßlicher Patientenwille maßgeblich

Generell empfiehlt sich bei bewusstlosen, also nicht zustimmungsfähigen Patienten, folgendes Vorgehen: Verliert jemand akut das Bewusstsein, etwa bei einem Verkehrsunfall, gilt zunächst, dass der Arzt nach einem erklärten Willen, beispielsweise in Form einer Patientenverfügung, handeln muss. Liegt diesbezüglich nichts vor, muss er versuchen, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, z.B. in einem Gespräch mit den Angehörigen. Ist auch das nicht möglich oder die Zeit dafür zu knapp, ist zu tun, was gemeinhin als vernünftig gilt. Soweit kein gegenteiliger Wille bekannt ist, kann jeder Arzt einen solchen Patienten also stets lege artis akut versorgen. Steht mehr Zeit zur Verfügung, sieht es anders aus: Hier ist das Einverständ-

nis eines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Gibt es den nicht und liegt auch keine Vollmacht des Patienten vor, ist das Vormundschaftsgericht einzuschalten. Dies gilt ebenfalls, wenn es um Ehepartner oder Eltern geht: Die Angehörigen sind nicht berechtigt, in einen Eingriff einzuwilligen. Auch hier muss zunächst das Vormundschaftsgericht angerufen und ein Betreuungsverfahren eingeleitet werden. In der Regel werden dann Kinder oder Ehepartner mit der Betreuung beauftragt. Das Vormundschaftsgericht kann aber auch im Bedarfsfall zunächst einen Arzt der Station vorläufig als Betreuer bestellen, um die weitere notwendige Behandlung zu gewährleisten. Anwalt Erlinger empfiehlt Kliniken, in denen solche Fälle häufiger vorkommen, schon im Vorfeld aktiv den Kontakt zum Vormundschaftsgericht zu suchen. „Man kann sehr gut einmal den zuständigen Richter zu einem Gespräch auf die Station einladen, und dann ein erleichtertes Procedere vereinbaren, beispielsweise per Fax. Dies macht es allen Beteiligten wesentlich einfacher und es geht vor allem schneller“, sagt er. Auch hier gilt jedoch, dass der Arzt in dringlichen Notfällen, die keinen Zeitaufschub dulden, zunächst einmal nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten oder der gebotenen Vernunft (be)handeln darf.

● Wer hat das Sorgerecht?

Bei Kindern dagegen sind grundsätzlich die Erziehungsberechtigten für die Einwilligung zuständig. Als Arzt sollte man nicht den Fehler machen, davon auszugehen, dass der anwesende Elternteil automatisch das Sorgerecht besitzt. „Bei der hohen Rate an Scheidungen und außerehelichen Kindern, die wir heutzutage haben, sollte sich der Arzt im Zweifelsfall vergewissern, ob der erschienene Elternteil überhaupt das Sorgerecht hat. Zudem müssen generell bei gemeinsamem Sorgerecht nach dem Gesetz beide Eltern mit einer Behandlung einverstanden sein“, warnt Erlinger daher. Zur Vereinfachung hat der Bundesgerichtshof (BGH) ein Stufenschema entwickelt. Es sieht vor, dass man bei Routineeingriffen, wie Wundversorgungen oder Impfungen, davon ausgehen darf, dass der anwesende Elternteil vom nicht erschienenen dazu bevollmächtigt ist, in die Behandlung einzuwilligen. Bei allen anderen Eingriffen müssen aber beide Eltern zustimmen, entweder durch Vollmacht oder Anwesenheit. Der Arzt sollte sich auf alle Fälle dessen vergewissern. Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren können prinzipiell selbst entscheiden, wenn sie in ihrer Entwicklung reif genug erscheinen. Dies muss der Arzt beurteilen. „Ich rate aber dringend dazu, solche Fälle sorgfältig zu dokumentieren“, sagt Erlinger. Er empfiehlt, bei größeren Eingriffen oder Zweifelsfällen sich eher dafür zu entscheiden, die Eltern hinzu zu ziehen.

● Behandlung kann angeordnet werden

Verweigern diese eine medizinisch erforderliche und eventuell sogar lebensnotwendige Maßnahme bei ihren Kindern, können Ärzte das Familiengericht anrufen, das dann eine Behandlung anordnen kann. In Notfällen mit Gefahr für das Kind kann und muss der Arzt auch ohne gerichtliche Anordnung handeln. Grundsätzlich darf zwar jeder Einwilligungsfähige eine Behandlung ablehnen, auch wenn diese sinnvoll und notwendig ist. Muss jedoch ein Stellvertreter einwilligen, seien es die Eltern oder ein Betreuer, dann ist dieser an das Wohlergehen des Patienten gebunden. „Entscheiden sich Eltern gegen eine medizinisch notwendige Maßnahme, dann ist es sowohl ethisch als auch rechtlich geboten, ihnen für diesen Bereich das Sorgerecht zu entziehen und eine Behandlung sicher zu stellen“, erläutert Medizinethiker Marckmann.

● Entscheidungsfreiheit des Patienten

Wie sieht es nun aber aus, wenn ein-sichts- und einwilligungsfähige Erwachsene medizinisch erforderliche Eingriffe ablehnen, möglicherweise sogar lebensnotwendige? „Prinzipiell gibt es keine Vernunftshoheit des Arztes“, stellt der Jurist Erlinger klar. Der willensfähige Patient kann also stets wählen was er will, auch wenn die Entscheidung für den Arzt noch so unsinnig erscheinen mag. Der Anwalt empfiehlt für solche Fälle eine ausführliche Dokumentation. „Eine Unterschrift auf dem Standardvordruck reicht bei einem nachfolgenden Rechtsstreits in der Regel nicht aus“, warnt der Anwalt. Er rät daher, auf dem Formular zu vermerken, dass man den Patienten in einer für ihn verständlichen Weise auf die drohenden Gefahren hingewiesen hat. „Es sollte dabei unbedingt das Wort ‚Lebensgefahr‘ auftauchen oder festgehalten werden, dass der Patient bei Verweigerung der Behandlung versterben kann, falls dies zutrifft“, unterstreicht Erlinger. Auch Ethiker Marckmann stellt die Entscheidungsfreiheit des Patienten heraus: „Ist er einsichts- und willensfähig, muss man einen solchen Entschluss akzeptieren.“ Er hält es jedoch für geboten, mit ihm zu sprechen und zu versuchen, die Ursachen seiner Ablehnung zu ergründen und ihn von der Notwendigkeit einer Maßnahme zu überzeugen. „Hat man aber alles getan, so ist es ethisch durchaus vertretbar, nichts weiter zu unternehmen und die Entscheidung zu akzeptieren“, sagt Marckmann.

Dr. med. Johannes Weiß

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 280-281). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw