

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

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

Nr. 6 • Juni 2008

Inhalt

Gastkommentar

Einheitsvergütung für Hausärzte?

Der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Dr. Wolfram Hartmann lehnt in seinem Gastkommentar eine Einheitsvergütung in der hausärztlichen Versorgungsebene ab.

Seite 4

Neue Hausarztversorgung in Baden-Württemberg

An der KV vorbei

Der Vertrag der AOK Baden-Württemberg mit Hausärzterverband und MEDI über eine Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist unterzeichnet. Damit ist der Kollektivvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung erstmals durchbrochen.

Seite 6

Diabetes mellitus

Notfälle und Akutkomplikationen

Diabetische Akutkomplikationen sind die häufigsten endokrinen Notfälle. Der Artikel gibt einen Überblick über die Häufigkeit, Symptome, Ursachen, Pathophysiologie und die Behandlung akuter Diabetes-assoziiierter Komplikationen.

Seite 10

Chronische Bauchschmerzen

Das Reizdarmsyndrom besser verstehen

Die Aufklärung der Pathomechanismen des Reizdarmsyndroms hat in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht, mit beträchtlichen Auswirkungen auf die Entwicklung neuer therapeutischer Optionen.

Seite 12

Impressum

Seite 14

111. Deutscher Ärztetag in Ulm

250 Co-Autoren korrigieren das „Ulmer Papier“ der BÄK

So einhellig, wie die 250 Ärztetags-Delegierten in Ulm den Vortrag von BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe bei der Eröffnung des Ärztetags in Anwesenheit von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt lobten, fiel die Akzeptanz des „Ulmer Papiers“ nicht aus. Der Ärztetag bestand darauf, die vom BÄK-Vorstand vorgelegte Fassung des „Ulmer Papiers“ bis in kleinste Details hinein zu korrigieren und zu ändern. Erst nach mehr als fünf Stunden gab es grünes Licht für das Papier.



BÄK-Präsident Hoppe warb beim Ärztetag vergeblich für seinen Entwurf des „Ulmer Papiers“.

Den Ärztetags-Delegierten ging es ähnlich wie der Ministerin, die dem BÄK-Präsidenten signalisierte: „Ich begrüße Ihre Standortbestimmung, auch wenn ich nicht alle Ansichten darin teilen kann.“ Damit war die Übereinstimmung aber auch schon zu Ende. Wie jedes Jahr betonte die Politikerin auch in Ulm,

dass man der Debatte um die Verteilung knapper Ressourcen nicht ausweichen könne. Was die Anhebung der ärztlichen Vergütung angeht, umgab sie sich mit Nebel. Sie bestätigte weder die von der KBV eingeforderten 4,5 Milliarden Euro noch die immer wieder genannten 2,5 Milliarden Euro, die angeblich ins System der vertragsärztlichen Versorgung

fließen sollen. Stattdessen stellte sie die Frage, ob es tatsächlich mehr Geld geben könne und müsse oder ob es nur anders verteilt werden müsse. Es sei jedenfalls nicht in Ordnung, dass für Arzneimittel mehr Geld ausgegeben werde

als für die ambulante ärztliche Versorgung. Alle sollten darüber nachdenken, wie die vorhandenen Mittel so eingesetzt werden, dass alle Bürger unabhängig vom Einkommen die notwendigen medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen können.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

KBV-Vertreterversammlung in Ulm

Köhler fordert 4,5 Mrd. Euro mehr mit gesetzlicher Garantie

Der Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung stimmte die Delegierten im Ulmer Messe-Centrum eher skeptisch als kämpferisch ein. Zwar seien sich alle maßgeblichen Politiker einig, meinte Dr. Andreas Hellmann, dass Ärzte und Psychotherapeuten lange genug gelitten und einen gewichtigen Nachschlag verdient hätten. Doch seien sich die Ärzte auch einig, wenn es um die Verteilung des Geldes geht?

Er sah sich bemüßigt darauf hinzuweisen, dass nicht das Geld, sondern die Struktur langfristig zähle. Damit spielte er auf den baden-württembergischen Hausärztervertrag zwischen AOK und dem Hausärzterverband und dem Medi-Verbund des Landes an. „Wir kennen gerade den Preis für eine einzelne Linse in dem Linsengericht. Wie die Suppe aber insgesamt schmeckt, werden wir erst in Zukunft sehen.“

Das war auch die Sorge des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler. Er sieht die Versorgungslandschaft zersplittern, und zwar nicht nach klaren Prinzipien, sondern eher willkürlich. In dieser Situation sei eine Klammer notwendig, die die Versorgung zusammen-

hält, und das ist und bleibe das KV-System und der Kollektivvertrag. Wie unverzichtbar diese Klammer sei, zeige gerade der Vertrag in Baden-Württemberg. Um die Mobilität ihrer eingeschriebenen Versicherten zu erhalten und die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb Baden-Württembergs zu ermöglichen, brauche die AOK den Fremdkassenzahlungsausgleich und den Kollektivvertrag in den anderen Bundesländern. Um den Notdienst zu gewährleisten, brauche die AOK die KV und den Kollektivvertrag im eigenen Lande.

Der Vertrag in Baden-Württemberg werde jetzt beweisen müssen, dass er Vorteile für Patienten, Versicherte und die Krankenkasse bietet. „Ist nur eine Gruppe durch ihn benachteiligt, wird er nicht funktionieren. Denn Versicherte und Patienten werden ihn nicht wählen, wenn er ihnen nicht dauerhaft eine gute und sichere Versorgung bietet. Ärzte werden ihm nicht beitreten oder ihn wieder verlassen, wenn er keine Vorteile hinsichtlich der Vergütung oder der Verwaltungsvereinfachung dauerhaft gewährleistet.“

Lesen Sie weiter auf Seite 5

Leserumfrage

Wie gut gefällt Ihnen BDI aktuell?

Seit Anfang 2007 erscheint BDI aktuell in neuem Gewand: Der Seitenaufbau ist übersichtlicher und das Format ist größer geworden. Der Teil „Kongresse und Services“ ist jetzt als Heft im Heft herausnehmbar. Auch Buchrezensionen und fachliche Artikel sind hinzugekommen. Nun ist es Zeit, unsere Leser zu befragen: Wie gut gefällt Ihnen BDI aktuell?

Aus diesem Grund liegt dieser Ausgabe von BDI aktuell ein Fragebogen bei. Wir möchten wissen, wie intensiv Sie BDI aktuell lesen und welche Themen Sie besonders interessieren. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um die fünf Fragen zu beantworten und uns den Fragebogen zurückzufaxen. Ihre Meinung ist uns wichtig! Helfen Sie uns, BDI aktuell für Sie noch attraktiver zu machen!

Sollte der Fragebogen dieser Ausgabe nicht mehr beiliegen, können Sie ihn auf der Homepage des BDI herunterladen.

Ihre Redaktion BDI aktuell

Ärztetag bekräftigt Bedenken Nein zur elektronischen Gesundheitskarte in dieser Form

Trotz allen Bemühungen der beiden Fach-Referenten, Dr. jur. Thilo Weichert, Datenschutzbeauftragter von Schleswig-Holstein, und Dr. Franz-Josef Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer, die bestehenden Ängste und Vorurteile gegen die elektronische Gesundheitskarte abzubauen, blieb die Mehrheit der 250 Ärztetags-Delegierten bei der ablehnenden Haltung wie bereits der 110. Deutsche Ärztetag in Münster 2007.

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm hat sich erneut dafür stark gemacht, die sensiblen Patientendaten durch die elektronische Speicherung und Bearbeitung nicht Dritten, etwa Arbeitgebern oder Versicherungen, zugänglich zu machen.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Editorial

Als überzeugter Verfechter höchster Qualität internistischer Leistungen und Versorgung hat sich der neue Vorstand des BDI präsentiert

Wir dürfen deshalb nicht nachlassen, der unübersehbar politisch gewollten rigiden Ökonomisierung der Medizin Einhalt zu gebieten, die uns Ärzte in eine immer ausgeprägtere ethisch-moralische wie auch juristische Zwickmühle führt. Zur Qualität ärztlicher Leistungserbringung auf Facharztstandard kann es keine Ökonomie-Alternative geben. Verschiedene Qualitätsstufen mit unterschiedlicher Honorierung sind für uns nicht denkbar.

Im Krankenhaus muss die medizinische neben der ökonomischen Kompetenz wieder eine größere Rolle spielen, indem die ärztliche Leitung mehr als bisher, d.h. angemessen, an der Krankenhausführung beteiligt wird.

Im niedergelassenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich sind bei der Honorierung Pauschalen weiter abzulehnen, auch wenn sie im Gesetz stehen. Zur Transparenz der Versorgungsrealität und der Qualität der Leistungserbringung sind Pauschalen, besonders für technikerunterstützte Leistungen, völ-

lig ungeeignet. Technik verursacht Kosten; Kosten steigen alleine schon inflationsbedingt, sie müssen adäquat bezahlt und dürfen nicht weiter mit dem ärztlichen Honoraranteil verrechnet, d.h. abgezogen werden. Die unsolide Finanzierung des Gesundheitswesens im stationären und ambulanten Bereich mit der sich daraus zwangsläufig ergebenden weiteren Rationierung ärztlicher Leistungen und eine zunehmende Deprofessionalisierung des Arztberufes mit dem Ziel, die Versorgung billiger zu gestalten, hat alleine die Politik zu verantworten. Unsere Aufgabe



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

ist es, Patienten zu helfen, Krankheiten zu vermeiden, diese zu erkennen und wenn möglich zu heilen. Unsere Aufgabe ist es dabei auch, die vorhandenen finanziellen Mittel effektiv und zielgenau zu verwenden, nicht aber, sie zu beschaffen.

Wir Internistinnen und Internisten in unserem gemeinsamen Berufsverband bleiben bei unseren Über-

zeugungen und vertreten diese auch deutlich nach innen und außen. Helfen Sie mit, diskutieren sie mit Entscheidungsträgern bei Kassen und Politik. Sprechen Sie auch mit den Patienten. Gute Medizin gibt es nicht zum Nulltarif.

Denken Sie auch daran, dass nächstes Jahr im September der Bundestag neu gewählt werden wird. Nichts fürchten die politischen Parteien so sehr wie eine Diskussion über diese völlig verfehlte Gesundheitspolitik.

Wir sind stärker als viele denken. Machen wir uns auch unsere Stärke bewusst. Gemeinsam sind wir stark.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

111. Deutscher Ärztetag in Ulm (Fortsetzung von Seite 1)

250 Co-Autoren korrigieren das „Ulmer Papier“ der BÄK

Sie versicherte erneut, dass zum 1. Januar 2009 eine neue Honorarordnung in Euro und Cent in Kraft treten und die Ärzte in Ost und West endlich gleichstellen werde. Unabdingbar sei jedoch der Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds, denn nur der Sorge dafür, dass die Beitragsmittel zielgenau bei den Krankenkassen landeten. Der Fonds sei notwendig für eine gerechte Verteilung der Gelder. Über eine bessere Finanzierung werde noch in diesem Herbst diskutiert.

Klarer war ihre Zusage für eine finanzielle Entlastung der Krankenhäuser. Diese sollten mit den Kostensteigerungen nicht allein gelassen werden. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum nahm zufrieden zur Kenntnis, dass die durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen des Budgetdeckels und des Sanierungsbeitrags entstandenen finanziellen Belastungen der Krankenhäuser durch den Gesetzgeber gemindert werden sollen.

● Rückblick auf die „Baustellenzeit“ im Gesundheitswesen

In einer frei gehaltenen Rede setzte sich BÄK-Präsident Hoppe nicht mit den Bemerkungen der Ministerin auseinander, sondern unternahm eine Globalschau auf unser Gesundheitswesen „nach 20 Jahren Baustellenzeit“. Er betonte, dass nach dem Grundgesetz der Staat zuständig ist für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Selbstverwaltung habe dabei eine justierende und feinsteuernde Funktion.

Diese Aufteilung, die von einem individuellen Patient-Arzt-Verhältnis ausgeht, ist aber durch Eingriffe des

Gesetzgebers mehr und mehr aufgebrochen worden durch eine kollektivistische Sicht des Gesamtsystems. Es wurden „Kolibri-Bereiche“ geschaffen, die sich der Staat vorbehält, der Rest ist zur Sache der Selbstverwaltung geworden. Eigentlich aber müsse der Sicherstellungsauftrag ganz gelten, nicht nur in Teilen, kritisierte Hoppe.

Was früher vom Staat als Daseinsvorsorge vorgehalten wurde, werde jetzt mehr und mehr dem Wettbewerb überlassen. Heute erlebe man, dass Freiberufler, die auf eigenes Risiko investieren und diese Mittel erarbeiten müssen, mildtätige Organisationen sowie profit-orientierte Unternehmen im Wettbewerb stehen. Letztere bringen Geld von außen mit, das Investoren dort eingebracht haben, um Gewinne zu erzielen. „Hier sind völlig ungleiche Spieße vorhanden.“ Die mildtätigen Einrichtungen und die Freiberufler seien damit am meisten gefährdet, obwohl sie für unseren Staat eine so große Bedeutung haben. Die Folge der staatlichen Eingriffe ist laut Hoppe eine chronisch ansteigende Unterfinanzierung im System. Eine grundlegende Besserung sei nicht in Sicht, auch nicht durch den Gesundheitsfonds, da Beitragssatzstabilität oberster Grundsatz bleibe. Wir erleben heute eine Rationierung in vielfältiger Form, zum Beispiel durch den Personalabbau in den Krankenhäusern, die mit den DRGs nicht zurecht kommen. „Diese heimliche, verdeckte Rationierung müssen wir seit Jahren ertragen, aber das wollen wir nicht mehr.“ Ausbeutung der Angehörigen der Gesundheitsberufe und Förderung des Misstrauens seien an der Tagesordnung. Wenn ein Arzt einem Patienten sagt, dass er etwas nicht

mehr bekommen könne, werde dieser misstrauisch und frage sich, welchen Vorteil der Arzt davon habe, wenn er die Leistung verweigert. Unser derzeitiges System lebe von Vorschriften und Kontrollen. Wir bräuchten weder eine Kodierung der Patientenrechte noch eine Versorgungsforschung, sagte Hoppe, wenn unser Versorgungssystem in Ordnung wäre. Eine Entwicklung des grauen Marktes, Beispiel IGeL, gebe sonst nur in Ländern mit massiver Unterfinanzierung oder in korrupten Ländern. Die Gewinner der Reformen seit 1993 sind nach seinen Worten die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen, die Planwirtschaftler, die Investoren und der graue Markt. Verlierer aber sind die Patienten, die Gesundheitsberufe sowie die mildtätig karitativ eingestellten Menschen und Organisationen. „Wir wollen keine Industrialisierung im Gesundheitswesen, sondern eine individuelle Patientenversorgung. Das ist auch der Sinn des Ulmer Papiers.“

● Über 60 Änderungsanträge zum Ulmer Papier

Die Worte Hoppes fanden uneingeschränkt Applaus unter den Delegierten. Die von ihm und seinen Vorstandskollegen Dr. Cornelia Giesmann, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, und Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, verantwortlich verfasste 35 Seiten starke Vorlage aber stieß im Plenum rasch auf zahlreiche Einwände und Vorbehalte. Es wurde gefragt, an wen sich das Ulmer Papier eigentlich richte, was es denn sein wolle – ein Grundsatzpapier oder nur eine Diskussionsgrundlage? Verbände und KV-Sprecher forderten



Auch BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und die beiden BDI-Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer und Prof. Dr. Malte Ludwig gehörten zu den Delegierten beim 111. Deutschen Ärztetag in Ulm.

Bild: Johannes Aevermann

stärkere Mitsprache, die Frauen oder der öffentliche Gesundheitsdienst sahen sich zu kurz gekommen, andere vermissten konkrete Aussagen oder gar Alternativen zum jetzigen System. Es dauerte nicht lange, da lagen weit über 60 Änderungsanträge vor. Der Vorschlag, diese gebündelt an den Vorstand zu überweisen, damit dieser sie bearbeiten und eventuell in eine Neu-Vorlage einbinden könnte, über die der nächste Ärztetag dann abstimmen könnte, fiel nach einer zweiten Abstimmung schließlich durch, trotz der Mahnung von Windhorst, das Papier nicht „durch Klein-Klein-Anträge zu verschlimmbessern“. So entstand schließlich in fünf Stunden ausgiebiger Diskussion ein Werk aus der Feder von drei BÄK-Vorständen und 250 Co-Autoren. Hoppe selbst schraubte den Anspruch an das Ulmer Papier dann zurück: Es solle kein Grundsatzpapier wie das „Blaue Papier“ der Ärzteschaft sein, sondern ein „erster Aufschlag zu einem work in progress, einem permanenten Diskussionsprozess“ innerhalb der Ärzteschaft.

Der Versuch von BÄK-Vizepräsident Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg, auf direktem Wege durch den Ärztetag

sein besonderes Anliegen einer kompletten Finanzierungsreform des Systems durchzubringen, scheiterte wie schon zuvor im Vorstand der Bundesärztekammer. Dort war die vorherrschende Meinung, dass die Finanzierung des Systems nicht in die Kompetenz der Ärzteschaft falle, erklärte Hoppe. Mit 80 gegen 142 Stimmen blieb Montgomerys Änderungsantrag auf der Strecke.

● Vorschläge zur Finanzierung der GKV

Dennoch hat der 111. Deutsche Ärztetag in der verabschiedeten Fassung des Ulmer Papiers auch Vorschläge zur kurzfristigen Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) präsentiert. Die Delegierten sprachen sich für eine stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern aus. „Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, heißt es in dem Beschluss. Zudem müsse die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung nur noch

für diejenigen Elternteile aufrechterhalten werden, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen. Bei der Beitragserhebung der Krankenkassen müsse der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten Rechnung getragen werden. Es sei nicht mehr ausreichend, ausschließlich lohnbezogene Einnahmen zu berücksichtigen, erklärte der Ärztetag. Stattdessen müsse die Einnahmehbasis auf sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommensteuerrecht erweitert werden. Zudem forderten die Delegierten die Politik auf, den seit Jahrzehnten andauernden Missbrauch der gesetzlichen Krankenversicherung zu beenden und die versicherungsfremden Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern. Auch müsse die Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige beendet werden. Allein durch die so genannte Hartz-Gesetzgebung gingen der gesetzlichen Krankenversicherung pro Jahr 3,6 Milliarden Euro verloren. „Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden“, forderte der Ärztetag.

Er kritisierte, dass sich die Politik vor der Verantwortung drücke, eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens anzugehen. „Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.“

Der Ärztetag forderte zudem ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Schon heute gebe es erhebliche Finanzierungslücken im stationären Sektor. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung dürfe jedoch angesichts ihres steigenden Bedarfs nicht weiter gefährdet werden. Das Sofortprogramm müsse die Deckelung der Budgets beenden, eine realistische Refinanzierung der Aufgaben ermöglichen, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhalten und die Investitionskraft der Krankenhäuser stärken.

KS

Kommentar

Eine Volksversicherung

Im Ulmer Papier, das auf dem Deutschen Ärztetag zur Diskussion gestellt wurde, findet sich ein großes Kapitel, das sich mit der Finanzierung unseres Gesundheitswesens beschäftigt. Allein diese Tatsache ist bemerkenswert! Mischt sich doch die Bundesärztekammer in eine finanzpolitische Diskussion ein, die weit über medizinische und ärztliche Versorgung hinausgeht. Ärzte wissen sicher viel, Kammern haben auch Juristen, dass sie auch ökonomisch versiert sind, ist aber neu. Die Bundesärztekammer hat sich unter ihrem Präsidenten Hoppe seither aus dieser Diskussion bewusst herausgehalten.

Sie hat die ärztliche Versorgung mit all ihren Facetten in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt. Sie setzt das Berufsrecht um, achtet auf die Freiberuflichkeit und sorgt sich um die Qualität ärztlichen Handelns. Sie entwickelt Qualitätsvorgaben und wird damit auch zu einem Gegenpol zur restriktiven Handhabung neuer Leistungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ihr Präsident hat in den vergangenen Jahren immer wieder den Finger in die Wunde bei Kassen und Politik gelegt, indem er den medizinischen Standard wertfrei definiert hat. Dabei wurde er nicht müde zu betonen: Dafür reichen die Finanzmittel nicht aus, die Politik hat ihre Hausaufgaben zu machen und für eine angemessene Finanzierung zu sorgen, sonst ist sie für die eintretende und jetzt schon sichtbare Rationierung allein verantwortlich. Die Konsequenz dieses Vorgehens wurde in Ulm nochmals deutlich. Die Rationierung wurde auf dem Deutschen Ärztetag offen angesprochen. Nach Meinung der Kammer darf sich ein Arzt nicht dazu hergeben, medizinische Scheinbegründungen für ökonomische Zwänge abzugeben, dies sei unärztlich.

So war es zumindest bis Ulm. In dem gleichnamigen Papier begibt man sich nun auf das Glatteis der ökonomischen Vorgaben. Schon die Forderung nach einer breiteren Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung und der Wunsch nach mehr Steuermitteln erinnert verteuftelt an die Bürgerversicherung. Die Autoren beeilen sich allerdings, diesen Eindruck zu korrigieren: Dies meine man natürlich nicht, es gehe um eine „Volksversicherung“ – was auch immer man darunter zu verstehen hat.

Die Bundesärztekammer macht plötzlich das Geschäft der Politik und trägt politische Grundsatzdebatten über die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme in die ärztliche Körperschaft, ohne dafür die Kompetenz und das Mandat zu haben. Schuster bleib bei deinen Leisten!

HFS

Ärztetag bekräftigt Bedenken

Nein zur elektronischen Gesundheitskarte in dieser Form

Gefordert wurde eine freiwillige Entscheidung von Ärzten und Patienten über die Nutzung von elektronischen Patientenakten, die Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten, etwa USB-Sticks, wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern sowie eine umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.

Die Anträge auf dem Ärztetag reichten von einer totalen Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte bis hin zu Modifizierungen bezüglich der Datensicherheit. Hessische Delegierte wiesen darauf hin, dass die Datensicherheit von vertraulichen Patientendaten keineswegs gewährleistet sei und führten als Beispiel, dass menschliche und technische Fehler zu schwersten Datenschutzverletzungen führen können, die Vorfälle in England an, wo CDs mit Kindergeldzahlungen an die Öffentlichkeit gelangt sind.

● **Umfassende Evaluation vor flächendeckender Einführung gefordert**
In ihrem Beschluss bemängelten die Delegierten, für einrichtungs- und sektorübergreifende Patientenakten bestünden keine allgemein anerkannten und technisch realisierten sowie rechtlich abschließend bewerteten Konzeptionen. Für den Aufbau einer sicheren Kommunikationsinfrastruktur müsse sich der Staat auf die

Schaffung sicherer rechtlicher Rahmenbedingungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen beschränken. „Die Entscheidung über die Einführung und den Einsatz telematischer Behandlungsverfahren für Patienten und Ärzte muss freiwillig sein. Die Auswirkungen des Einsatzes von Telematik im Gesundheitswesen auf die Patient-Arzt-Beziehung müssen verstärkt wissenschaftlich untersucht werden.“

Die Ärzteschaft macht ihr Mitwirken in der gematik GmbH und an den Tests in den Regionen von der Beachtung der von ihr formulierten Prüfsteine und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig. Folgende Forderungen müssten bei der erforderlichen Neukonzeption des Projektes erfüllt werden:

- Medizinische Daten sind so zu schützen, dass auch gegebenenfalls erfolgende Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.
- Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern.
- Umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.
- Erstellung und Veröffentlichung eines Sicherheitsgutachtens durch unabhängige Experten vor der flächendeckenden Einführung.

● **Auch Plädoyers für Telematik**

Aus Kreisen der Krankenhausärzte, die schon länger mit elektronischer Kommunikation und Vernetzung befasst sind, kam ein grundsätzliches Plädoyer für den Umgang mit der Elektronik in der täglichen Arbeit und die Einführung neuer Anwendungen zum Wohle der Patienten und zur Verbesserung und Erleichterung der Arbeit. Sie hielten es für völlig illusorisch, dass das Gesundheitswesen sich als einziger gesellschaftlicher Bereich aus der Entwicklung von Telekommunikations-Verfahren ausklammern könnte. Dieser Prozess lasse sich nicht mehr rückgängig machen. Umso wichtiger sei es daher, die Fragen der Datensicherheit zu lösen. Im Einsatz einer sicherstmöglichen Kryptographie liege der beste und möglicherweise sogar einzige Schutz einer ungestörten dualen Patient-Arzt-Beziehung. Allein mit einem sicherstmöglichen Kryptographieschlüssel lasse sich erreichen, dass nur der individuelle Patient und der jeweilige Arzt gemeinsam einen

Zugriff auf Daten unabhängig von dem jeweiligen Speicherort nehmen können. Das gelte für USB-Sticks ebenso wie für die eGK. In diese Richtung zielten auch die Äußerungen der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen Telematik-Experten. Der schleswig-holsteinische Datenschützer Weichert bemühte sich, ein weit verbreitetes Missverständnis aufzulösen. Medizinische Telematik und die Kontrolle des Gesundheitswesens durch Staat und Kassen hätten nur wenig miteinander zu tun. Die medizinische Telematik spiele sich im Verhältnis zwischen Patient und medizinischen Leistungserbringern ab. Die Kontrolle des Gesundheitswesens laufe



Die Mehrheit der Delegierten beim Deutschen Ärztetag lehnte die elektronische Gesundheitskarte ab. Einige Ärzte verdeutlichten ihre Haltung auch mit einer Demonstration vor dem Tagungsgebäude.

Bild: Johannes Aevermann

Der Gastkommentar

Einheitsvergütung in der hausärztlichen Versorgungsebene?

Im GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 01.01.2000 hat der Gesetzgeber die Gesamtvergütung in einen fach- und in einen hausärztliche Teil getrennt und die Vergütungsanteile festgeschrieben. Im SGB V wurde in § 73 unabhängig von den Inhalten der einzelnen Weiterbildungsordnungen festgelegt, welche Arztgruppen der hausärztlichen Versorgungsebene zuzuordnen sind:

- Allgemeinärzte
- Kinder- und Jugendärzte
- Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben
- Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und
- Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben

Diese Arztgruppen haben völlig unterschiedliche Weiterbildungen durchlaufen und auch innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs durch ihre besonderen Qualifikationen unterschiedliche Aufgaben. Dies haben die Patienten auch so in Anspruch genommen.

Der EBM 2008 hat mit seiner Versichertenpauschale alle Leistungen der hausärztlichen Versorgungsebene im Wesentlichen zusammengefasst und damit, wenn auch mit unterschiedlichen Gebührenordnungsziffern, eine Einheitsgebührenordnung für diese Versorgungsebene geschaffen, die die unterschiedlichen Leistungen der einzelnen Arztgruppen, die Inhalte der Weiterbildungsordnungen und die unterschiedliche Versorgungsrealität nicht mehr abbildet.

Im Beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung bei der KBV, der mehrheitlich vom Hausärzterverband (HÄV) bestimmt wird, hat die KBV unter Federführung des damaligen stellvertretenden Vorsitzenden Weigeldt eine Modellrechnung einer hausärztlichen Musterpraxis ohne Fachgruppenunterschiede erstellt, bei der der notwendige Durchschnittsumsatz einer hausärztlichen Praxis mit € 143,50 pro Stunde und der durchschnittliche Fallwert bei 800 Fällen pro Quartal mit € 85,- errechnet wurde. Leistungen der Prävention, alle Notfälle und Hausbesuche sollten außerhalb dieser Pauschale vergütet werden, für die Pädiatrie

waren 3 Zuschläge vorgesehen, die die Besonderheiten und die Kernkompetenz der Kinder- und Jugendmedizin abbilden sollten. Diesem Konzept des HÄV der weitgehenden Pauschalierung der Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich haben Internisten und Pädiater nur deshalb mit einigem Bauchgrimmen zugestimmt, weil als weitgehend gesichert dargestellt wurde, dass die errechneten höheren Honorare im hausärztlichen Versorgungsbereich politisch gewollt und damit auch realistisch seien.

Der Bewertungsausschuss hat das gesamte Konzept weitgehend zunichte gemacht und damit der Zustimmung von Internisten und Pädiatern die Grundlage entzogen. Der Unmut bei den betroffenen Berufsgruppen ist groß und der KBV-Vorstand ist aufgefordert, noch in diesem Jahr diesen Fehler wieder auszubügeln und im hausärztlichen Versorgungsbereich einen EBM zu schaffen, der der Versorgungsrealität gerecht wird und die unterschiedlichen Weiterbildungsinhalte ausreichend berücksichtigt.



Dr. Wolfram Hartmann ist Präsident des Berufsverbände der Kinder- und Jugendärzte (bvjkj e.V.)

Erstaunlicherweise feiert dieses auf Bundesebene gescheiterte Konzept nun fröhliche Urständ beim Hausarztvertrag zwischen AOK, MEDI und HÄV in Baden-Württemberg. Allerdings mit dem Unterschied,

dass hier die gesamte Prävention auch noch in der Pauschale versenkt wurde.

Die Inhalte der Weiterbildungsordnungen, die Unterschiede in der Versorgungsrealität und in der Wahrnehmung der Qualifikation der einzelnen Arztgruppen durch die Patienten werden ignoriert, die Ärzte werden erneut mit dem Versprechen eines höheren Honorars in eine Falle gelockt. Was die Patienten von diesem Versorgungskonzept als Vorteil zu erwarten haben, bleibt im Dunkeln. Die Gegenfinanzierung höherer Arzthonorare muss ja über Einsparungen bei den Patienten erfolgen.

Wir Kinder- und Jugendärzte werden einem Einheits-EBM ohne Berücksichtigung der Unterschiede in der Qualifikation aufgrund der in der Weiterbildung der einzelnen Arztgruppen erworbenen eingehenden

Kenntnisse und der unterschiedlichen Versorgungsrealität nicht zustimmen und verlangen eine eigenständige Gebührenordnung, die diese Vorgaben berücksichtigt. Auch der Weg hin zu Qualifikationszuschlägen für technische Leistungen, Sprach- und Entwicklungsdiagnostik sowie die Psychosomatik ist in unseren Augen nicht Ziel führend. Kurative Versorgung und Prävention müssen strikt getrennt und weiterentwickelt werden. Die Prävention in einer Pauschale zu versenken ist auch angesichts der Weiterentwicklung und des hohen Stellenwertes dieser Leistungen in der Gesundheitspolitik für uns nicht verhandlungsfähig.

Gegenüber der Öffentlichkeit muss dargestellt werden, dass die hausärztliche Versorgungsebene heterogen und mit unterschiedlichen Versorgungsaufgaben betraut ist. Wir wissen, dass der BDI dies ebenso sieht und sehen uns deshalb als natürliche Verbündete, zumal wir als einzige Verbände sowohl Mitglieder aus dem haus- wie aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich vertreten.

Dr. Wolfram Hartmann

(Fortsetzung von Seite 3)

dagegen im Hintergrund und habe vor allem die Kostenabrechnung zum Gegenstand. „Diese Kontrolle ist schon längst automatisiert und standardisiert durch eine zunehmende Leistungs- und Kostenüberwachung mit Hilfe von ICD, Data-warehouses bei den Krankenkassen und Wirtschaftlichkeitskontrollen durch Wissenschaft, KVen und Kassen selbst.“ Der Sündenfall fand in Weicherts Augen statt, als vor wenigen Jahren die fallbezogene durch die patientenbezogene Abrechnung im ambulanten Bereich abgelöst wurde. Seitdem können bei den Krankenkassen umfassende Patientenprofile mit Daten aus dem ambulanten und dem stationären Bereich sowie aus der Medikation erstellt werden. „Was mich als Datenschützer ärgerte, war, dass sich hiergegen damals in der Gesellschaft wie in der Ärzteschaft kein nennenswerter Widerstand regte.“

Für Weichert ist offensichtlich, dass für viele ambulant tätige Ärzte, insbesondere Hausärzte, mit einer Forcierung der Telematik große Zumutungen verbunden sind. Dies habe aber weniger mit der Gefährdung des Patientengeheimnisses zu tun, sondern mit handgreiflichen Konsequenzen bei den Kosten und beim praktischen Aufwand: Mediziner, denen neben ihrer medizinischen Expertise inzwischen eine gewaltige

betriebswirtschaftliche Kompetenz abverlangt werde, um nicht in die Kluft von Abrechnungsbetrug und Insolvenz zu stürzen, müssten sich nun mit komplexer Informationstechnik herumschlagen, nicht nur mit einer vernetzten Praxissoftware, sondern mit PINs und Health Professional Cards (HPC bzw. HBA).

● **Elektronisch gespeicherte Daten sind so sicher wie im Safe**
Trotzdem könne man sich dieser Entwicklung nicht entziehen. Die Kommunikationsformen hätten sich auch außerhalb des Medizinbereichs mit dem Internet grundlegend verändert. „Wer dies für die medizinische Kommunikation nicht akzeptieren will, der verschließt seine Augen vor der Realität.“

Weichert wies Behauptungen, es entstünde durch den Einsatz der eGK ein gewaltiger zentraler Datenpool mit sämtlichen medizinischen Daten der krankenversicherten Bevölkerung, als falsch zurück. Ob Daten zentral oder dezentral abgelegt seien, sei irrelevant, wenn der Schlüssel für deren Abruf individuell und damit dezentral in den Händen der Ärzte und der Patienten liege. Er wies darauf hin, dass es mit Hilfe von Verschlüsselungstechnologien möglich sei, den Zugriff auf elektronisch gespeicherte Medizindaten ebenso sicher auszuschließen wie

durch die Aufbewahrung einer Patientenakte in einem Safe. Mit Hilfe von Protokollierungsverfahren lasse sich, verlässlicher als in der Welt der Papierakten, nachträglich feststellen, wer ein Datum zur Kenntnis genommen und wer dieses evtl. geändert hat. Eine hundertprozentige Sicherheit werde es niemals geben, wie es diese auch in der Vergangenheit nie gegeben habe.

Bartmann als Telematik-Beauftragter der Bundesärztekammer versicherte, dass bei der Führung von Gesundheitsakten, unabhängig vom Akzentyp und Speicherort, vor allem durch den Einsatz von Kryptographie-Werkzeugen das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis einerseits und die informationelle Selbstbestimmung des Patienten andererseits sicher bewahrt werden können. Er machte auch klar, dass die Existenz elektronischer Patientenakten längst Realität ist. Die Forderung, sie einfach zu verbieten, sei kaum realistisch. Was man aus ärztlicher Sicht allerdings verlangen müsse, sei der Einsatz der Kryptographie mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundenen Sicherheitsstruktur.

Wie und ob die im Projekt elektronische Gesundheitskarte liegende Chance für die Etablierung einer sicheren elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen

genutzt werde, hänge nicht zuletzt von der konstruktiven und kritischen Begleitung durch die Ärzteschaft ab. Da gelte es, wachsam zu sein und nicht zuzulassen, „dass dabei allein diejenigen die Richtung

vorgeben, die die Technisierung und Industrialisierung der Medizin anstreben und die Telematik dabei dieser Sichtweise unterzuordnen versuchen“.

KS

„Arzt ist nicht beliebig austauschbar“

Gegen eine „Trivialisierung des Arztberufs“ hat sich der 111. Deutsche Ärztetag gewandt. „Der Arztberuf ist ein freier Beruf und keine beliebig austauschbarer Gesundheitsdienstleister“, heißt es in den „10 Thesen zum Arztbild der Zukunft und zur Rolle der deutschen Ärzteschaft für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“. Die Komplexität ärztlichen Handelns sei weder mit einer Partikularisierung des Arztberufes in einen „Heiltechniker“ oder „Arzt light“ noch mit einer Verkürzung des Medizinstudiums und Reduzierung des Primärarztes auf einen „Schmalspur-Primärversorger“ vereinbar. „Die Patienten lehnen zu Recht ab, auf Symptome und Diagnosen reduziert zu werden.“

Sie erwarten von guter Medizin, in der Ganzheit ihres Leidens wahrgenommen zu werden. Ein fragmentierter Arzt kann dieser Aufgabe nicht gerecht werden“, betonten die Delegierten. Die Ärzteschaft kritisierte Konzepte und Modellvorhaben von Bund und Ländern sowie privaten Klinikbetreibern, in denen Ärzte ganz oder teilweise durch Nichtärzte ersetzt werden. Die Ganzheitlichkeit und Unteilbarkeit des Arztberufes werde damit zur Disposition gestellt. „Weil medizinische Behandlung eine Frage des Vertrauens ist, betrachten die Patienten nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch die Beratung über Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Risiken als genuine Aufgabe des Arztes, die nicht an andere Fachpersonen übertragen werden sollen“, sagte Prof. Jan Schulze, Präsident der Ärztekammer Sachsen.

KBV-Vertreterversammlung in Ulm (Fortsetzung von Seite 1)

Köhler fordert 4,5 Mrd. Euro mehr mit gesetzlicher Garantie

● **Pauschalierungen widersprechen dem ärztlichen Berufsbild**

Auch ergibt sich in seiner Sicht ein Problem aus dem Übermaß an Pauschalierung in diesem Vertrag. Ärzte finden darin überhaupt keine Möglichkeit mehr, sich mit dem eigenen Leistungsspektrum zu identifizieren. Das widerspreche dem ärztlichen Berufsbild und könnte einen negativen Leistungsanreiz setzen. Köhler äußerte starke Zweifel daran, dass

einem AOK-Anstellungsverhältnis sei nicht mehr sehr groß.

● **KBV-Delegierte fordern Wegfall der Budgetierung**

In der Diskussion der Vertreterversammlung spielte der Vertragsabschluss in Baden-Württemberg keine große Rolle. Von den beiden ärztlichen Vertrags-Unterhändlern meldete sich kein einziger Vertreter zu Wort. Stattdessen beschäftigten die

Aber aus bitterer Erfahrung heraus bräuchten sie dafür auch Garantien, vor allem angesichts der Problematik der Mittelumverteilung über den Fonds und über den Orientierungspunktwert. Die KBV habe daher einen Gesetzentwurf in die Beratungen eingespeist, der diese Garantien abgibt. Jetzt müsse der Gesetzgeber nur noch zügig handeln und den Anspruch auf die 4,5 Mrd. € gesetzlich fixieren. Diese zusätzlichen Mittel garantierten, dass den Vertragsärzten in Baden-Württemberg und Bayern auf keinen Fall etwas weggenommen würde. Höchstens würden die Zuwächse niedriger liegen als anderswo. In den neuen Bundesländern und Berlin würden die Zuwächse so hoch sein, dass die Angleichung an das durchschnittliche West-Niveau tatsächlich erreicht werden könne.

● **Die KBV will „Windmühlen errichten“**

Ebenso wichtig wie die Höhe der Summe ist für Köhler die gesetzliche Verankerung der Trennung der Vergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil. Nur damit sei gewährleistet, dass die hausärztliche Versorgungsebene gestärkt werden könne und die Vergütungen für beide Bereiche sich separat entwickelten. Auch dafür hat die KBV dem Gesetzgeber einen Formulierungsvorschlag unterbreitet. Das Motto für das zukünftige Tun der Körperschaften beschrieb Köhler kurz und bündig mit „Mauern dienen der Verteidigung, Windmühlen dem Fortschritt“. Die KBV habe sich entschlossen, Windmühlen zu errichten anstelle von Mauern. Das soll auch mehr sein, als das „Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer verspricht. Für Köhler ist das zwar ein Fanal für die Gesundheitspolitik, das aber bei weitem nicht ausreicht in diesem insbesondere in der ambulanten Versorgung stürmischen Zeiten. Es müsse deshalb ergänzt werden um eine klare Perspektive für Vertragsärzte. „Wir brauchen ein Konzept zur Etablierung einer nachvollziehbaren, den Patientenschutz und die Wirtschaftlichkeit fördernden Wettbewerbsordnung. Wir brauchen das zum Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Vor allem brauchen wir Ruhe und Stabilität, Spaß an der Arbeit und weniger Bürokratie. Unter diesen Prämissen wird es Hauptaufgabe des KV-Systems in den kommenden Jahren sein, den Wettbewerb sinnvoll zu gestalten.“ Das Ulmer Papier sei im Kern ein gutes Papier, doch fehlten ihm konkrete Vorstellungen für die Gestaltung der Versorgungslandschaft. Deswegen müsse das Ulmer Papier nochmals intensiv mit allen ärztli-

chen Organisationen in einem strukturierten Prozess diskutiert und ergänzt werden um konkrete Vorschläge zur Neugestaltung der Versorgungsstruktur.

● **Neustrukturierung der Versorgung mit Fünf-Säulen-Modell**

Dem dient das KBV-Projekt zur Neustrukturierung der Versorgung mit einem Fünf-Säulen-Modell. Das sieht so aus, dass die Primärversorgung auch zukünftig kollektivvertraglich organisiert ist. Jeder Versicherte in der Regelversorgung kann sich frei seinen Hausarzt wählen. Der Hausarzt entscheidet, ob eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung notwendig ist, und stellt die entsprechende Überweisung aus. In Notfällen kann der Hausarzt natürlich auch direkt an einen hochspezialisierten Vertragsarzt überweisen oder ins Krankenhaus. In der Primärversorgungsebene à la KBV-Modell ist der Facharzt für Allgemeinmedizin der zentrale Leistungsträger. Er kann sich durch ein Team in der Praxis Unterstützung holen, das über die notwendigen Qualifikationen zur Ausführung dele-

hier gilt der Kollektivvertrag als bevorzugtes Vertragsmuster. Anders sieht es aus auf der nächsten Stufe, der spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgungsebene. Hier gibt es keine bevorzugte Vertragsform mehr. Es bleibt den Krankenkassen und Ärzten selbst überlassen, welche Form sie wählen. Auch hier kann die KV Vertragspartner sein, wenn es gewünscht wird. Ambulant tätige Fachärzte und Krankenhäuser sind dann völlig gleichgestellt: Es gelten die gleichen Kontrahierungsregeln und die gleichen Vergütungsregeln wie im stationären Bereich. Die Sektorengrenzen werden damit überwunden. Der Streit, der heute um den § 116b SGB V geführt wird, hätte sich dann erledigt, argumentiert Köhler. Diese Eckpunkte bieten aus seiner Sicht eine gute Grundlage für eine Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft. Er sieht allerdings auch Gefahren aus einer anderen Richtung: Kapitalunternehmen entdecken den ambulanten medizinischen Markt für sich und gründen immer mehr Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Dem will die KBV entgegen treten und hat eine unabhängige Stiftung gegründet, die an einer Aktiengesellschaft beteiligt ist, die MVZ gründet, in denen Vertragsärzte als Vertragsärzte oder angestellte Ärzte arbeiten können. Köhler in Ulm: „Wir wollen ein Partnerschaftsmodell einführen, das einen Mittelweg zwischen wirtschaftlich selbstständig und angestellt geht. Das lässt sich z.B über Gewinnbeteiligungen angestellter Ärzte realisieren.“ MVZ sind aus der Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken, gibt der KBV-Vorsitzende zu. Deshalb findet er es besser, sie in eigener Regie zu führen.



Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI e.V., und BDI-Vize Dr. Wolf von Römer am 19. Mai bei der KBV-Vertreterversammlung in Ulm

die notwendige Win-Win-Situation für alle durch diesen Vertrag geschaffen werden kann. Was passiert denn, wenn Versicherte in diesem Vertrag eine Vertretung für ihren Hausarzt brauchen? Dafür ist eine Pauschale von 12,50 € vorgesehen. Der KBV-Vorsitzende fragte: Wie soll der Vertreter für dieses Geld eine Heimbetreuung pflegebedürftiger Patienten durchführen? Welcher Hausarzt kann dafür einen Hausbesuch inklusive Behandlung und Wegegeld machen? Noch sind viele Fragen zu dem Vertrag offen, da die 16 Anlagen, in denen die Details geregelt sind, noch nicht veröffentlicht worden sind. Das gilt auch für die Online-Anbindung der Ärzte. Diese ist auch ein Ziel der KBV und der 15 KV-Mitglieder der Vertrags-Arbeitsgemeinschaft. In dem baden-württembergischen AOK-Vertrag werden die Ärzte verpflichtet, eine spezielle Vertragssoftware dafür zu nutzen. „Was mit den Daten konkret geschieht und in welcher Detailtiefe sie an die AOK zu liefern sind, können wir derzeit nicht genau sagen“, stellte Köhler fest, und fügte hinzu: „Mir als Hausarzt in Baden-Württemberg wäre aber ziemlich unwohl bei dem Gedanken, dass die Kasse direkten Zugriff auf alle meine Praxisdaten haben könnte.“ Die direkte Abhängigkeit von der Kasse wird dadurch immer größer. Der Schritt von der kontakt-unabhängigen Versichertenpauschale zu

Vergütungsreform und das politische Versprechen einer angemessenen Vergütung die Delegierten um so mehr. In einer einstimmig angenommenen Resolution forderten die KBV-Delegierten die Politik auf, ihr Versprechen einzulösen, und zwar sowohl im Hinblick auf den Wegfall der ungeliebten Budgetierung mit einer nicht versorgungskonformen Kopplung an die Grundlohnsumme als auch insbesondere in Bezug auf die erstmalige Bereitstellung von zusätzlich dringend benötigten Finanzmitteln in Höhe von 4,5 Mrd. € spätestens mit Beginn des Jahres 2009. Nicht alle teilen diese Hoffnung. Köhler weiß, dass Skeptiker befürchten, dass dieses so dringend benötigte Geld sich zwischen dem Gesundheitsfonds und der „Drückerkolonnen-Funktion“ der Krankenkassen in Nichts auflöst. „Das darf auf gar keinen Fall passieren.“ Die Politik wisse um die fatalen Folgen, wenn das Geld nicht bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten ankäme. Eine Protest- und Ausstiegswelle ungeheuerlichen Ausmaßes käme auf sie zu. Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter würden scharenweise auf die Straße gehen. Das KV-System wäre dann nicht mehr in der Lage, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. „Wir werden in diesem Fall die Konsequenzen ziehen. Das heißt, auch wir steigen dann aus.“ Die Ärzte hätten die Zusage, das Geld werde kommen, betonte Köhler.



„Ohne eine deutliche und spürbare Verbesserung der finanziellen Situation für die niedergelassenen Kollegen ist die Versorgung der Patienten nicht mehr zu gewährleisten. Jetzt muss der Gesetzgeber zügig handeln und unseren Anspruch in Höhe von mindestens 4,5 Milliarden Euro gesetzlich fixieren“, forderte der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler in Ulm.

gierbarer Leistungen verfügt. Dazu zählt die „Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)“, die den Hausarzt entlastet und mehr Zeit schafft für die Betreuung vor allem multimorbider älterer Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Auf diese Primärversorgungsebene baut die Ebene der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auf. Der Zugang zu ihr wird von den Hausärzten gesteuert. Ausgenommen davon sind die Fachärzte für Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Fachärzte dieser Versorgungsebene steuern den Zugang ins Krankenhaus. Auch

gierbarer Leistungen verfügt. Dazu zählt die „Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)“, die den Hausarzt entlastet und mehr Zeit schafft für die Betreuung vor allem multimorbider älterer Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Auf diese Primärversorgungsebene baut die Ebene der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auf. Der Zugang zu ihr wird von den Hausärzten gesteuert. Ausgenommen davon sind die Fachärzte für Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Fachärzte dieser Versorgungsebene steuern den Zugang ins Krankenhaus. Auch

Klaus Schmidt

Neue Hausarztversorgung in Baden-Württemberg

AOK und Ärzteverbände kontrahieren an der KV vorbei

Der Vertrag der AOK Baden-Württemberg mit Hausärzterverband und MEDI über eine Hausarzt-zentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist unterzeichnet. Damit ist der Kollektivvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung erstmals durchbrochen. Die AOK als größte Versorgerkasse in Baden-Württemberg spricht von einem neuen Kapitel, das in der Hausarztversorgung im Lande aufgeschlagen worden ist.

Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, war bei der Präsentation des Vertragsabschlusses vor der Bundespressekonferenz am 8. Mai 2008 in Berlin des Lobes voll: „Mit diesem Vorgehen modernisieren wir gemeinsam mit den Partnern die hausärztliche Versorgung in unserem Bundesland. Qualitätsvolle, zielgenaue Versorgung unserer Versicherten bei besserer Vergütung für die Ärzte waren die Leitgedanken. Am Ende profitiert gerade der Patient davon, weil wir das ganze System von unnötiger Bürokratie befreien.“

Die AOK setzt nach Ausschreibung und Monaten intensiver Verhandlungen als erste Krankenkasse in Deutschland die Möglichkeiten des GKV-WSG umfassend um, direkt mit Ärzteverbänden Umfang, Inhalte und Vergütung der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Hoberg: „Stethoskop statt Stift lautet unser Motto, was heißen soll, dass der Hausarzt in Baden-Württemberg jetzt seine Zeit nicht mit Formularen, sondern mit dem Patienten verbringen kann.“

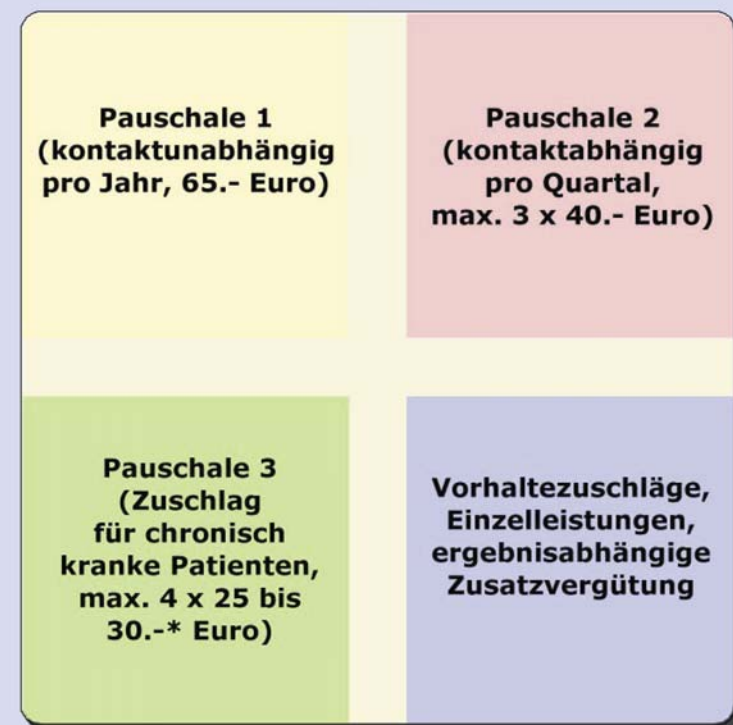
Den teilnehmenden Hausärzten beschert der Vertrag auf der einen Seite eine bessere Vergütung, auf

der anderen Seite verpflichtet er sie dazu „ihre Rolle als Lotse auch tatsächlich wahrzunehmen“, formuliert Hoberg: Die Behandlungsabläufe müssen immer wieder geprüft und

wenn notwendig verbessert werden, außerdem sind künftig mehr Service-Leistungen wie Abendsprechstunden bis 20 Uhr für Berufstätige vorgesehen.

„Wir haben die Abrechnungsmodalitäten so einfach konstruiert, dass sie auch auf einen Bierdeckel passen würden“, meinte AOK-Vorstandsvize Dr. Christopher Hermann in Anlehn-

Die Abrechnung passt auf einen "Bierdeckel"



* Zuschlag von 5.- Euro für medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifizierung (VERAH: Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)

AOK-Vorstandsvize Hermann wirbt damit, dass die Abrechnungsmodalitäten „auf einen Bierdeckel passen“. (Quelle: AOK)

Fragen zum Vertrag, Antworten von der AOK

? Wie viele Hausärzte werden durch die aktuellen Bewerber abgedeckt, wenn alle Partner werden?

In Baden-Württemberg verfügt der Hausärzterverband über eine Mitgliedschaft von ca. 3500 Hausärzten, MEDI über ca. 6500 Haus- und Fachärzte. Mit diesem Hintergrund ist kurz-, zumindest mittelfristig eine flächendeckende Hausarzt-zentrierte Versorgung in Baden-Württemberg zu erwarten.

? Wie sieht die Versorgung der Versicherten bis zur Entscheidung aus?
Die Versicherten bleiben in der Regelversorgung, bis sie sich in die HzV einschreiben.

? Was ist das Ziel der hausarzt-zentrierten Versorgung nach § 73b SGB V?

- Eine effektive und effiziente Betreuung der Patienten durch die zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Hausarztes.
- Neben dem optimalen Versorgungsmanagement bilden Früherkennung, Prävention sowie die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Ausgleich, Vermeidung oder Verschlechterung einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bzw. deren Folgen einen Schwerpunkt der HzV.
- Die AOK Baden-Württemberg rechnet vermehrt mit Behandlungserfolgen, mit einer besseren Ergebnisqualität und damit, zumindest

mittel- bis langfristig, gesünderen Versicherten.

- Mehr Zufriedenheit der Patienten.
 - Wirtschaftliche und medizinisch effiziente Handlungsweisen.
- Um diese Ziele zu erreichen, sind u.a. ergebnisabhängige Vergütungsbestandteile für die Ärzte vorgesehen (s. Beispiel).

? Ist die Bereinigung nicht ein Nullsummenspiel? Die AOK BW zahlt anstatt im Rahmen des Budgets an die KV einen Teil der Vergütung direkt an die Ärzte aus.

Die AOK wird über Pauschalierungen die bisherige EBM-Abrechnung für die Ärzte vereinfachen und damit zur Entbürokratisierung beitragen. Pauschalierung bedeutet auch, dass die AOK BW im Bereich der HzV über 2008 hinaus bereit ist, das bundesweit überdurchschnittliche Vergütungsniveau in Baden-Württemberg aufrecht zu halten. Daneben soll ein höheres Honorar berücksichtigt werden, das sich aus dem neuen EBM ab 2009 ergeben wird. Schließlich wird die HzV besondere Anforderungen definieren, für die ebenfalls ein Vergütungsäquivalent zu verhandeln sein wird.
Fazit: die HzV-Vergütung wird im Durchschnitt attraktiver und damit höher sein als die Regelvergütung, die im Südwesten ab 2009 auf Bundesdurchschnitt abfallen wird.

? Welche Vergütung erhält der Arzt für welche Aufgaben?

Der Hausarzt verpflichtet sich zum Beispiel

- zur Beratung und Information des Versicherten,
- zur Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der sektorenübergreifenden Versorgung,
- zur leitlinienorientierten und -konformen Kooperation mit Leistungspartnern und sukzessiven Umsetzung von Konsensusleitlinien,
- zur Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, wenn erforderlich,
- zur aktiven Verordnungssteuerung im Arznei-, Heilmittel- sowie Hilfsmittelbereich,
- zur Integration nichtärztlicher Hilfen bzw. Dienste,
- zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen,
- zur rationalen Pharmakotherapie,
- zu einer werktäglichen Akutprechstunde (außer Samstag),
- zur Implementierung eines internen QM-Systems,
- zur Durchführung von Hausbesuchen,
- zur Durchführung von Impfungen gemäß STIKO-Vorgaben,
- zur Durchführung von DMP, wenn erforderlich,
- zur Kooperation mit den AOK-Bezirksdirektionen vor Ort,
- zur Umsetzung der IV Rückenschmerz und weiterer Verträge nach §§ 73c bzw. 140 a-d SGB V,

- zum Führen eines elektronischen Patientenpasses, wenn vom Versicherten gewünscht,
- zur Installation eines geeigneten Softwaremoduls zur online-basierenden administrativen Vertragsumsetzung.

? Hat der Patient die freie Arztwahl innerhalb der HzV?

Der Versicherte wählt seinen Hausarzt aus der Menge der über 3000 vorgesehenen teilnehmenden Hausärzte für mindestens ein Jahr. Der Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. Umzug Arzt oder Versicherter). Nach frühestens einem Jahr kann der Versicherte die HzV kündigen.

? Wie funktioniert die HzV, wenn z.B. ein AOK-Versicherter aus Baden-Württemberg – Notfall, Urlaub etc. – in Hamburg einen Arzt aufsucht?

Das funktioniert über den so genannten Fremdkassenzahlungsausgleich.

? Wird es einen „gläsernen Arzt“ geben, wenn die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung und Dokumentation umgesetzt wird?

Die Versendung elektronischer Abrechnungsdaten der Ärzte durch die KV gemäß § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen ist bereits seit vielen Jahren gängige Praxis. Da diese Daten im Rahmen der HzV nicht mehr von der KV geliefert

werden können, ist es nur verständlich, dass der Arzt diese notwendigen Daten der AOK BW zukommen lässt – ebenfalls auf elektronischem Wege.

? Werden Patienten, die einen anderen als den schriftlich erklärten Hausarzt wählen, bei dem anderen Arzt als Privatpatient behandelt?

Nein. Die HzV bleibt Bestandteil der GKV und somit der Sachleistungsversorgung. Es ist davon auszugehen, dass bei nicht vertragsgemäßer Inanspruchnahme eines anderen Hausarztes dieser über die KV abrechnet. Hierzu wird über einen Rückerstattungsmodus mit der KV zu verhandeln sein.

? Wird die freie Arztwahl des Patienten behindert?

Nein, denn mit einer Überweisung durch den Hausarzt kann sich der Patient seinen Facharzt aussuchen. Darüber hinaus wählt der Versicherte aus mehreren Tausend Hausärzten seinen „HzV-Wahlarzt“.

? Woher kommt das Geld für die Finanzierung der Ärzte?

Zum einen aus der gesetzlich vorgesehenen Bereinigung der Gesamtvergütung, zum anderen aus Einsparungen aus veranlassenen Bereichen: etwa Einsatz günstiger Arzneimittel oder Vermeidung unnötiger bzw. doppelter Untersuchungen.

KS

nung an den Steuerreform-Vorschlag von Friedrich Merz (CDU). Für den Arzt beginne auch beim Honorar eine neue Zeitrechnung mit festen Euro-beträgen und wenigen übersichtlichen Regelungen: Behandlungspauschalen, Qualifikationszuschläge und ergebnisabhängige Vergütungsbestandteile, etwa für das Erreichen einer bestimmten Impf- oder Check-up-Quote. Auf diese Weise können Hausärzte einen durchschnittlichen Behandlungswert von bis zu 80,00 Euro im Quartal erreichen, deutlich mehr, als heute in Baden-Württemberg üblicherweise gezahlt wird. Dafür übernehmen die Ärzte die Verantwortung für eine gleichermaßen qualitätsvolle wie wirtschaftli-

che Versorgung der AOK-Versicherten. Sie werden hierbei intensiv unterstützt bzw. gelenkt, etwa durch IT-gesteuerte Informationen über effiziente Verordnungsalternativen, insbesondere bei Arzneimitteln, sowie durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch in „strukturierten Qualitätszirkeln“ mit besonders geschulten Moderatoren, in denen ärztliche Leitlinien besprochen und die individuelle Verordnungspraxis umfassend gemeinsam mit Arztkollegen erörtert werden.

● **Teilnahme von 5000 Hausärzten bis Ende 2009 erwartet**

Die AOK erwartet laut Hermann, dass bis Ende 2009 mindestens eine Million ihrer Versicherten und 5000 Haus-

ärzte in Baden-Württemberg dabei sind. Der Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von fünf Jahren. Ärzte und Versicherte können sich ab Juli 2008 einschreiben: Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm ist für beide freiwillig. Für Versicherte, die sich einschreiben, beginnt das Programm dann vom folgenden Quartal an zu laufen. Die Bindung an den gewählten Hausarzt soll auf jeden Fall für zunächst zwölf Monate bestehen. Wer sich für das AOK-Hausarztprogramm entschieden hat, kann im Notfall jeden beliebigen Arzt oder Notdienst in Baden-Württemberg aufsuchen. Gleiches gelte im Urlaub oder für die Notfallversorgung außerhalb Baden-Württembergs. Für Ärzte und Patienten, die nicht am AOK-Hausarztprogramm teilnehmen, läuft alles weiter wie bisher. Auch mit der KV des Landes bleibt die Zusammenarbeit in wichtigen Punkten bestehen: Der Notfalldienst oder die Sicherstellung des sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleichs sind nur einige der weiterhin gemeinsamen Themen.

KS

Kommentar

Trost für Hoppenthaller

Nun ist es endgültig: Der Vorstand des Bayrischen Hausärzterverbandes, allen voran Herr Hoppenthaller, ist gescheitert. In einer Stellungnahme hat er zugegeben, dass zwar in einzelnen Regionen die 50%-Marke für den Austritt aus der KV geknackt worden ist. Sein hochgestecktes Ziel hat er aber nicht erreicht. Hoch gepokert und verloren! So könnte man meinen. Sicher ist, dass das Scheitern des Korbmodells in Bayern, das bei nüchterner Betrachtung zu erwarten war, im Gesundheitswesen, aber auch im Hausärzterverband tiefe Spuren hinterlässt.

- ▶ Die Hardliner um Hoppenthaller sind die Verlierer. Die Hausärztervertreter, die via eigenständige Verträge die KV aushebeln wollen, bekommen Oberwasser. Nicht umsonst lässt sich Herr Weigeldt mit den Vertragsschließenden in Baden-Württemberg fotografieren.
- ▶ Den Ärzten geht es offensichtlich immer noch zu gut. Man möchte die Sicherheit der monatlichen Abschlagszahlung doch nicht mehrheitlich aufgeben. Der Spatz in der Hand ist eben immer noch besser als die Taube auf dem Dach.

Dennoch: Die Politik sollte gewarnt sein. Nahezu die Hälfte aller Ärzte wollte aus der KV aussteigen, obwohl sie von ihr per Gesetz mit Existenznot bedroht wurde, wenn sie dazu bereit ist. Dies sollte für die Politiker ein alarmierendes Signal sein. Wenn die Kostendämpfung so weitergeführt wird, gibt es beim Korbmodell im zweiten Anlauf ein anderes Ergebnis.

HFS

Investitionsstau in den Krankenhäusern

Fast überall rückläufige Investitionen

Vom Investitionsstau in den Krankenhäusern ist landauf, landab die Rede. Aktuelle Zahlen gehen aus einer Grafik hervor, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrem „Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009“ veröffentlicht hat.

Aus der Grafik (siehe Abbildung) geht hervor, dass es unterschiedliche Entwicklungen bezüglich der Investition von den einzelnen Sozialministerien gibt. Die neuen Bundesländer haben ihren Nachholbedarf nach der Wiedervereinigung gedeckt, sodass die Investitionen in diesen Ländern rückläufig sind. Rückläufig sind sie aber auch in den alten Bundesländern

Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Als rühmliche Ausnahmen fallen Hessen und Hamburg auf. Hier haben sich die Investitionskosten erhöht. Der Investitionsstau in den Krankenhäusern bleibt aber wohl dennoch bestehen.

HFS

KHG-Investitionsfördermittel der Länder 1991 / 2006 in Mio Euro

Länder	1991 (Mio Euro)	2006 (Mio Euro)
Baden-Württemberg	325,8	296,7
Bayern	664,7	452,6
Berlin	319,4	99,6
Brandenburg	210,5	113,6
Bremen	37,2	34,3
Hamburg	70,1	110,0
Hessen	182,0	285,2
Mecklenburg-Vorpommern	122,0	80,6
Niedersachsen	208,0	121,4
Nordrhein-Westfalen	649,4	472,0
Rheinland-Pfalz	133,7	118,8
Saarland	39,6	26,2
Sachsen	306,8	167,4
Sachsen-Anhalt	173,8	154,3
Schleswig-Holstein	69,0	88,6
Thüringen	129,0	127,9

Quelle: AOLG, zitiert nach DKG

„Umsturz“ in Baden-Württemberg

Wo steht der Internist?

Jetzt ist es tatsächlich passiert: Eine wichtige, vielleicht die wichtigste Kasse, nämlich die AOK, hat einen flächendeckenden Vertrag für die hausärztliche Versorgung mit Berufsverbänden und nicht mit der KV abgeschlossen. Der bleibt nur noch ein Rest: die Notfallversorgung und die Bereinigung des eigenen Budgets. Dabei hat sie die unangenehme Frage zu verhandeln, ob die Bereinigung ihres Budgets nach dem abgeschlossenen Vertrag oder nach den seither bezahlten Honoraren abgewickelt wird. Im Klartext: Bleibt die Finanzierung des zusätzlichen Honorars beim Rest der Vertragsärzte hängen oder bezahlt dies die AOK selbst? Übernimmt die KV Baden-Württemberg bei der Budgetbereinigung die Vorgaben des Hausärztervertrages, zahlen die übrigen Ärzte, vor allem die Fachärzte die Zeche.

Interessant dürfte die Reaktion der fachärztlichen Medi-Mitglieder auf dieses Ergebnis sein: Bezahlen sie in Zukunft die Zeche für die Mehrvergütung ihre hausärztlichen Kollegen? Kann man einem hausärztlichen Internisten raten, diesem abgeschlossenen Vertrag beizutreten? Das Vergütungskonzept ist Pauschalierung hoch drei. Es gibt keine Einzelleistungsvergütung mehr, alles wird nivelliert, nach dem Motto: Hausarzt ist gleich Hausarzt, gleichgültig, wie er weitergebildet ist und welche Leistungen er tatsächlich anbietet. Es besteht die Gefahr, dass er seine internistische Kompetenz als Hausarzt nicht mehr vergütet bekommt und auf seinen dabei entstehenden Kosten sitzen bleibt. Ergo: Als Internist kann man dem Vertrag nur beitreten, wenn man seine fachliche Kompetenz endgültig aufgibt, zugeben, für eine echt gute Pauschale.

- **Der Hausarzt als Sparkommissar?** Die zweite Frage lautet: Was wird aus fachärztlich tätigen Internisten im Ländle? Die AOK zahlt in Euro und Cent mehr Geld in den hausärztlichen Bereich. Wo nimmt sie das Geld her? Wo werden die Einsparungen reali-

siert? Zunächst mal wieder bei den Arzneimitteln! Ist das in Baden-Württemberg noch möglich, ohne dass der Hausarzt zum Sparkommissar degradiert wird? Vielleicht bei den Überweisungen zum Facharzt? Bei der EDV-gestützten Analyse wird den Kassenvertretern schon auffallen, ob die Fachärzte mehr oder weniger bemüht wurden! Sicher ein Anreiz, das Geld für die Fachärzte im KV-Topf ein bisschen zu kürzen. Die Lotsenfunktion der Hausärzte wird nicht spurlos am Honorar der Fachärzte vorbeigehen, ist zu vermuten. Bleiben noch die Einweisungen ins Krankenhaus. Auch hier gibt es Einsparpotentiale. Wo sollen die techni-

schen Untersuchungen in Baden-Württemberg in Zukunft vorgenommen werden? Beim Hausarzt? Der erhält doch eine „Betreuungspauschale“. Beim Facharzt? An den sollte man aus Kostengründen besser nicht überweisen. Dem Krankenhaus? Da wird's wohl hängen bleiben, eventuell per Selbsteinweisung der Patienten. Ein Rat für die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen zum Schluss: Sollte bei Ihnen ein Patient, der dem Vertrag beigetreten ist, ohne Überweisung auftauchen, behandeln Sie ihn einfach als Selbstzahler. Schließlich hat sich auch der Patient an Verträge zu halten.

HFS

Anzeige
109 x 50

Reform der Krankenversicherung

Klarstellungen zum Standardtarif und Basistarif

Die Reform der Krankenversicherung hat viele Fragen aufgeworfen. BDI aktuell erläutert in einem Artikel, der zuvor in der Zeitschrift „der niedergelassene Arzt“ erschienen ist, wie man sich gegenüber Basistarif-Versicherten verhalten sollte und wie abzurechnen sei.

● Basistarif

Den Basistarif gibt es bis jetzt nur im Gesetzestext (GKV-Wettbewerbs-Stärkungs-Gesetz, GKV-WSG). Kernelemente sind z.B. die Wahlmöglichkeit für alle PKV-Versicherten, die Verpflichtung der PKV, Nichtversicherte in diesem Tarif aufzunehmen und eingeschränkte Beitragshöhe und Leistungsumfang ähnlich der GKV. Eingeführt wird der Basistarif aber erst zum 1.1.2009 (Artikel 44, 46 GKV-WSG). Ganz sicher ist das aber noch nicht, da PKV-Unternehmen gegen die Einführung klagen (Verfassungsbeschwerde).

● Standardtarif

Den Standardtarif gibt es seit 1993 (Gesundheitsstrukturgesetz). Seine Kernelemente sind z.B. ebenfalls eingeschränkte Beitragshöhe und Leistungsumfang. Für Ärzte war im Jahr 2000 die Einführung des § 5b der GOÄ mit den dort angeführten Gebührensätzen die offensichtlichste Folge, daneben, dass Standardtarifversicherte im Krankenhaus nur Anspruch auf allgemeine Krankenhausbehandlung haben (keine Chefarztbehandlung). Der Standardtarif stand nur bestimmten Personengruppen offen, z.B. PKV-Versicherten ab dem 65. Lebensjahr mit mindestens 10 Jahre bestehendem PKV-Versicherungsschutz oder ab dem 55. Lebensjahr, wenn das jährliche Gesamteinkommen die Versicherungspflichtgrenze nicht überstieg.

● Modifizierter Standardtarif

Seit 1. Juli 2007 (GKV-WSG) müssen die Privaten Krankenversicherungen auch weitere Personengruppen in den Standardtarif aufnehmen. Vor allem sind dies Nichtversicherte, die der Privatversicherung zuzuordnen sind (meist Selbständige und mangels Beitragszahlung aus der PKV „entlassene“ ehemalige Versicherte). Verbunden damit ist, dass die KVen nun einen Sicherstellungsauftrag auch für

die Behandlung von Standardtarifversicherten haben und damit neue Vergütungsregelungen verbunden sind. Man spricht nun vom „modifizierten Standardtarif“.

● Behandlungspflicht

Während bisher umstritten war, ob Ärzte Standardtarifversicherte zu den abgesenkten GOÄ-Sätzen des § 5b GOÄ behandeln müssen, ist dies durch den Sicherstellungsauftrag der KV nun zumindest für Vertragsärzte entschieden. Es gilt die Behandlungspflicht zu den Sätzen des Standardtarifs.

● Abrechnung

Der wesentliche Unterschied in der Abrechnung ist aber, dass nicht gegenüber der KV abgerechnet, sondern mit GOÄ-Rechnung direkt gegenüber dem Patienten. Geradezu kurios (leider auch typisch für das Gesetzesdickicht in Deutschland) ist, dass zwar im § 75 Abs. 3a des SGB V die Vergütung für die Behandlung von Standardtarifversicherten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags neu geregelt wurde, nicht aber der § 5b der GOÄ. Da nach § 1 der GOÄ Bundesgesetze gegenüber der GOÄ Vorrang haben, müssen nun bei der Abrechnung gegenüber Standardtarifversicherten die Sätze des § 75 Abs. 3a SGB V angewandt werden – und die sind abweichend vom § 5b der GOÄ.

● Neue Sätze zum Standardtarif

Die neuen Sätze sind nachfolgend angeführt (in Klammern die bisherigen Sätze des § 5b GOÄ). Dies sind Höchstsätze. Die Begründungsschwellen des § 5 der GOÄ gelten weiterhin. Laborleistungen oberhalb des 1,15-fachen abzurechnen müsste also begründet werden. Ärztliche Leistungen: 1,8-fach (bisher 1,7-fach) Laborleistungen und Nr. 437 GOÄ: 1,16-fach (bisher 1,1-fach) Leistungen der GOÄ-Abschnitte A, E und O: 1,38-fach (bisher 1,3-fach).

● Evtl. Widerspruch

Da die neue Regelung sich noch nicht überall herumgesprochen hat, kann Ihre Abrechnung zu den neuen, höheren Sätzen evtl. moniert werden. Weisen Sie dann auf den § 75 Abs. 3a des SGB V hin und darauf, dass nach § 1 GOÄ die GOÄ-Regelung nur dann anzuwenden ist, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes geregelt ist. Das SGB V ist ein solches Bundesgesetz, die GOÄ dagegen „nur“ eine Rechtsverordnung der Bundesregierung.

Quelle: der niedergelassene Arzt 10/2007, WPV-Verlag, Essen



Fast die Hälfte aller Arzthomepages sind mangelhaft

Homepagebetreiber müssen Informationspflichten beachten

Eine bundesweite Stichprobe der Stiftung Gesundheit hat ergeben, dass fast die Hälfte der Arzthomepages in Deutschland rechtliche Mängel aufweist. So genügt zum Beispiel bei 45,1% das Impressum nicht den Anforderungen des Telemediengesetzes bzw. fehlt völlig. Der Berufsverband Deutscher Internisten, Europas größter Facharztverband, hat für Sie daher nachfolgend die Voraussetzungen, Beispiele und die Folgen für Sie zusammengestellt.

Das Telemediengesetz (TMG) wurde mit Artikel 1 des Elektronischer-Geschäftsverkehr-Vereinheitlichungsgesetz (ELGVG) verkündet. Es löst das Teledienstegesetz (TDG) sowie das Teledienstedatenschutzgesetz (TDDSG) ab, die zeitgleich mit dem Inkrafttreten des TMG am 1. März 2007 außer Kraft traten. Inhaltlich sind die bis dahin geltenden Vorschriften weitgehend unverändert geblieben.

Wer als Betreiber einer Arzthomepage die nach dem Telemediengesetz (TMG) vom 26. Februar 2007 vorgeschriebenen Informationspflichten verletzt, kann mit einem Bußgeld bis zu 50.000 Euro zur Kasse gebeten werden.

Der Anwendungsbereich des Telemediengesetzes erstreckt sich auf alle elektronischen Informations- und Kommunikationsdienste. Bei Nichteinhaltung kann eine wettbewerbsrechtliche Abmahnung erfolgen. Verbreitet der niedergelassene Arzt auf einer Homepage Informationen über sein Dienstleistungsangebot, so ist er gezwungen, die Vorgaben des TMG zu berücksichtigen.

Auf der Arzthomepage müssen zu finden sein:

- Name
Praxis-Anschrift
E-Mail-Adresse
- Bei juristischen Personen die Rechtsform
- Zuständige Aufsichtsbehörde (Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung)
- Die gesetzliche Berufsbezeichnung (Arzt), der Staat, in dem die Bezeichnung verliehen wurde
- Die für den Homepagebetreiber geltende Berufsordnung und Angabe, wie der Text für den Internetnutzer zugänglich ist
- Umsatzsteueridentifikationsnummer
- Bei Führung einer Partnerschaftsgesellschaft das Register und die Registernummer

Beispiel für ein Impressum nach § 5 TMG:

Dr. med. Rufus Nierenstein
Facharzt für Innere Medizin
Gallenstr. 13, 40212 Düsseldorf
Tel.: 0211-456789
Fax.: 0211-456788
E-Mail: info@dr-nierenstein.de

Zuständige Ärztekammer als Aufsichtsbehörde:

Ärztekammer Nordrhein www.aekno.de

Zuständige Kassenärztliche Vereinigung:

KV Nordrhein: www.kvno.de

Berufsordnung:

www.aekno.de/htmljava/c/berufsordnung.pdf

Die Berufsbezeichnung Arzt, Promotion zum Dr. der Medizin, Facharztanerkennung zum Facharzt für innere Erkrankungen wurden in Deutschland (Universität Mainz) verliehen.

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz:
12 345 67 890

Rechtsanwälte haben hier ein Betätigungsfeld entdeckt und mahnen Homepagebetreiber ab, wenn sie entgegen den Vorschriften des TMG im Impressum einer Homepage eine Information nicht, nicht richtig oder nicht vollständig verfügbar halten. Ein Anwalt kann dann beispielsweise einen Praxisarzt zur Behebung des Fehlers auf seiner Homepage sowie zur Unterzeichnung einer strafbewährten Unterlassungserklärung und zur Überweisung der Anwaltsgebühr auffordern. Zur Vermeidung von solchen Zahlungen muss das Telemediengesetz auch von jedem Arzt, der eine Homepage betreibt, genau beachtet werden. Auf der Startseite sollten die vorgenannten Angaben über einen gut sichtbaren Link „Impressum“ zugänglich sein.

Für allgemeine Rechtsfragen steht unseren Mitgliedern die Geschäftsstelle des BDI zur Verfügung:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Telefon: 0611 / 181 33 – 36
Telefax: 0611 / 181 33 – 15
info@bdi.de
www.bdi.de

Rechtsanwalt
Fachanwalt für Steuerrecht
Helge Rühl
Geschäftsführer des Berufsverbandes
Deutscher Internisten e.V.

Arbeitsgemeinschaft hausärztlich tätiger Internisten im BDI e.V. neu aufgestellt

In der Mitgliederversammlung am 17. Mai 2008 in Wiesbaden hat die Arbeitsgemeinschaft hausärztlich tätiger Internisten einen neuen Vorsitzenden gewählt. Nachdem Dr. Pinkernell nicht zur Wiederwahl zur Verfügung stand, wählte die Versammlung Dr. med. Hans-Reinhard Pies, Nettetal, einstimmig zu ihrem neuen Vorsitzenden. Ihm stehen Dr. med. Wolfgang Drossard, Kelkheim, als auch Dr. med. Heinz

Rauch, Ludwigshafen, als Stellvertreter zur Seite. Sollten Sie Interesse an der Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft hausärztlich tätiger Internisten im BDI e. V. haben oder über die Aktivitäten informiert werden wollen, reicht eine kurze E-Mail an die Geschäftsstelle des BDI, info@bdi.de, mit der Bitte um Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft. Wir wünschen dem neu gewählten Vorstand viel Erfolg und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit und danken dem bisherigen für seine jahrelange aktive Tätigkeit.

WICHTIG

- ein „Basistarif“ soll erst zum 1.1.2009 kommen. Jetzt gilt der „modifizierte Standardtarif“
- Standardtarifversicherte fallen jetzt unter den Sicherstellungsauftrag der KVen
- Die Abrechnung erfolgt aber gegenüber dem Patienten mit GOÄ-Rechnung
- Die Höchstsätze der Abrechnung bei Standardtarifversicherten sind nun höher als sie noch im Paragraphen 5b der GOÄ stehen, nämlich 1,8- bzw. 1,38 - bzw. 1,16-fach



Stefan Endres (Hrsg.)
Facharztprüfung Innere Medizin
In Fällen, Fragen und Antworten
 Elsevier GmbH, Urban & Fischer
 Verlag, München 2008
 625 Seiten, 215 Abb., Tab., 99,95 €

Praxisnahe Prüfungs- vorbereitung

Professor Endres und seine 19 Koautoren präsentieren ein aktuelles, übersichtlich strukturiertes internistisches Lern- und Lehrbuch zur praxisorientierten und problembewussten Vorbereitung auf die Facharztprüfung im umfangreichsten Fachgebiet der Medizin. Es erleichtert den Einstieg in die Prüfungsvorbereitung durch acht, zwischen 50 und 95 Seiten fassende Kapitel der internistischen Teilgebiete Angiolo-

gie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Jedes Kapitel wird durch die fachspezifisch wichtigsten Leitsymptome untergliedert. Zu jedem Leitsymptom erfolgt die Erarbeitung von ein bis drei konkreten Fallbeispielen.

In Anlehnung an den Ablauf einer mündlichen Prüfung wird das internistische Wissen in Fragen und einer Mischung von in Stichpunkten gehaltenen oder ausformulierten Antworten gut verständlich vermittelt. Dies unterstützt die aktive Wiedergabe des Gelernten im Selbststudium oder in Lerngruppen optimal. Diagnostische Abläufe, Therapiemöglichkeiten und Differenzialdiagnosen werden benannt. Relevante Wissenslücken können schnell identifiziert und aufgefüllt werden. Es ist jedoch sinnvoll, darüber hinaus ein ausführliches Lehrbuch hinzuzuziehen. Bereits bekannte Inhalte lassen sich zügig überfliegen. Nahezu jede Patientenvorstellung wird durch relevante Bilder und paraklinische Befunde vervollständigt. Interessante Zusatzinformationen runden die Präsentationen ab. Darüber hinaus erleichtern die jedem Kapitel angefügten Hinweise zu weiterführender Literatur, Leitlinien und Internetadressen ein vertiefendes Beschäftigen mit der Materie.

In der Kapiteaufteilung vermisse ich vor allem die Infektiologie, die nur unzureichend in den anderen Kapi-

teln eingearbeitet wurde. Teilweise sind die Differenzialdiagnosen zu eng dem jeweiligen Kapitel angepasst – beim Erstgespräch mit Patienten müssten wesentliche weitere Diagnosen bedacht werden. Zudem würde ich mir ein Abkürzungsverzeichnis sowie konkretere Dosierungsangaben bei Medikamenten wünschen. Als Zugabe enthält das Buch eine PIN-Nummer für den Zugang zum CME-Online-Inhalt und interaktiven Fallbeispielen. Dennoch fiel die Kaufentscheidung für das Buch bei geringerem Preis leichter.

Fazit: Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung ist das Buch eine gute Basis mit Entwicklungspotential und kann individuelle Lernkonzepte – von einem Fall täglich über mehrere Monate bis hin zum „Crash-Wiederholungskurs“ innerhalb von zwei Wochen – motivierend unterstützen.

Dr. Ulrike Müller



Dr. Ulrike Müller ist Assistenzärztin im Herzzentrum Leipzig, Klinik für Innere Medizin/ Kardiologie.



Ulrich Kuhlmann, Dieter Walb,
 Joachim Böhler und Friedrich Luft
Nephrologie
Pathophysiologie – Klinik –
Nierenersatztherapie
 Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
 2008
 720 Seiten, 350 Abb., 149,95 €

Das wohl beste deutschsprachige Lehrbuch der Nephrologie

In der nun vorliegenden überarbeiteten und erweiterten 5. Auflage des Buches „Nephrologie: Pathophysiologie – Klinik – Nierenersatztherapie“ ist es den Autoren erneut gelungen, das wohl beste deutschsprachige Lehrbuch der Nephrologie zu präsentieren. Sie richtet sich in erster Linie an Nephrologen und Internisten in der Weiterbildung zum Nephrologen, aber auch an nicht primär nephrologisch tätige Internisten. Ihnen allen wird ein umfassendes Lehrbuch an die Hand gegeben.

Im ersten Kapitel werden die diagnostischen Maßnahmen bei Nierenerkrankungen und die Beurteilung der Nierenfunktion ausführlich besprochen. Das zweite Kapitel behandelt das schwierige und komplexe Thema Glomerulonephritis. Die Pathogenese der verschiedenen zugrunde liegenden Ätiologien wird anhand experimenteller Daten und schematischer Darstellungen verständlich erklärt. Darauf aufbauend wird detailliert auf die klinischen Syndrome bei Glomerulonephritiden eingegangen, gefolgt von den einzelnen Erkrankungen, den oft schwierigen Differenzialdiagnosen und der Diskussion der verschiedenen Therapieoptionen.

Ein weiteres großes Kapitel nimmt das Thema Nierentransplantation ein. Hier wird den Lesern dieses komplexe Thema strukturiert und anschaulich näher gebracht. Neben der ausführlichen Darstellung der Transplantimmunologie werden die Immunsuppressiva und die aktuellen immunsuppressiven Protokolle detailliert behandelt. In weiteren Kapiteln wird das gesamte Spektrum der klinischen Nephrologie aufgeführt. Neben der klinischen Nephrologie werden in den Kapiteln Hämodialyse und Peritonealdialyse die beiden Verfahren der Nierenersatztherapie dem Leser näher gebracht. Hier wird den nicht primär nephrologischen tätigen und den sich in der Ausbildung zum Nephrologen befindenden Internisten ein guter Überblick über die technischen Grundlagen, den Dialysequalitätskriterien und den Vor- und Nachteilen beider Verfahren gegeben.

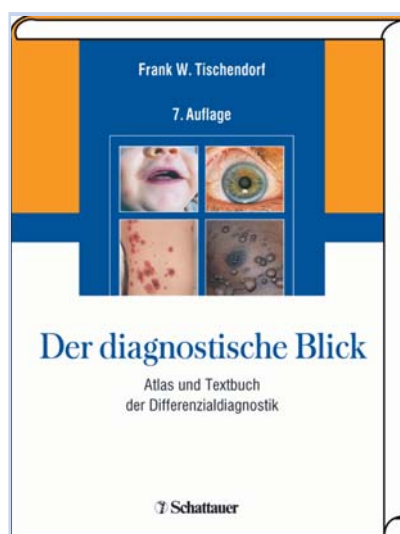
Gemeinsam ist den einzelnen Kapiteln, dass sie durch farbige Abbildungen, farblich hervorgehobene Merkkästchen, sowie histologische Bilder optisch aufgewertet werden. Sinnvolle Tabellen, die zum Beispiel histologische Klassifikationen oder verschiedene Therapieoptionen einzelner Erkrankungen aufzuführen, geben einen schnellen und umfassenden Überblick über einzelne Themen. Am Ende eines jeden Kapitels ist ein Literaturverzeichnis aufgeführt, das dem interessierten Leser ein weiterführendes Studium ermöglicht. Die Einbindung relevanter klinischer Studien in den Text mit Querverweis zum Literaturverzeichnis und der damit aufgezeigte medizinische Fortschritt ist gerade für den wissenschaftlich interessierten Kollegen bedeutsam.

Fazit: Das wohl beste deutschsprachige Lehrbuch der Nephrologie richtet sich in erster Linie an Nephrologen und Internisten in der Ausbildung zum Nephrologen, aber auch an nicht primär nephrologisch tätige Internisten. Ihnen wird hier eine umfassende, erschöpfende Darstellung der Nephrologie in optisch sehr ansprechender Weise an die Hand gegeben.

Dr. Stefan Krzossok



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



F. W. Tischendorf
Der diagnostische Blick
Atlas und Textbuch der Differenzialdiagnostik
 Schattauer Verlag, Stuttgart 2008
 607 Seiten, 129,00 €

Ein praktisches Nachschlagewerk für jeden Arzt

Die 7., überarbeitete und erweiterte Auflage dieses Werkes übertrifft sowohl in ihrer inhaltlichen Ausführlichkeit als auch in ihrer optischen Gestaltung meine Erwartungen.

Nahezu alle von außen erkennbaren Krankheitsbilder inklusive seltener Syndrome und Tropenkrankheiten werden in Text und Bild erläutert und ermöglichen eine schnelle und gute Zuordnung.

Sehr schön finde ich die Präsentation der qualitativ hochwertigen Fotografien jeweils auf der rechten Seite mit den dazu passenden Erklärungstexten auf der linken Seite. Die Bilder wurden inhaltlich so zusammengestellt, dass sie differenzialdiagnostische Überlegungen erleichtern. Es gibt keine Zusammenfassungen oder Kapiteleinleitungen; diese sind hier aber auch nicht erforderlich. Durch die gut lesbaren Seitentitel findet man sich rasch zurecht: Mithilfe der übersichtlichen Gliederung sowie des umfassenden Sachverzeichnisses kann man sich leicht orientieren.

Zusätzlich zu den Bildtexten gibt es mehrere hilfreiche Tabellen mit theoretischen Grundlagen, besonders zu häufigeren Krankheiten. Hierbei vermisse ich allerdings zum Teil die im Untertitel versprochenen Texte zur Differenzialdiagnostik: Ich würde mir besonders bei ähnlich aussehenden Befunden mehr Hinweise auf gezielte weitere diagnostische Schritte wün-

schlen. Ein Lehrbuch kann also dieser Atlas nicht ersetzen.

Besonders positiv zu erwähnen ist, dass sehr gut auf die Schwierigkeiten der Blickdiagnose bei dunkler Hautfarbe eingegangen wird. Dies stellt in der Praxis ein Problem dar, da die Befunde hier oft auf den ersten Blick anders oder harmloser aussehen. Insgesamt ist „Der diagnostische Blick“ ein Atlas, den Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen gut gebrauchen können. Das Preis-Leistungs-Verhältnis ist bei der gebotenen Qualität gut.

Fazit: Es handelt sich um ein äußerst sinnvolles und praktisches Nachschlagewerk der Blickdiagnostik und Differenzialdiagnostik, das jedem kurativ tätigen Arzt zur Verfügung stehen sollte.

Dr. Hanna Enders



Dr. Enders hat nach ihrer internistischen Ausbildung in den St.-Vincentius-Kliniken in Karlsruhe in zwei allgemeinmedizinischen und einer chirurgischen Praxen gearbeitet und Ende April ihre Facharztprüfung in Allgemeinmedizin abgelegt.



Symptome, Ursachen, Pathophysiologie und Therapie

Notfälle und Akutkomplikationen bei Diabetes mellitus

Diabetische Akutkomplikationen stellen den Hauptteil aller endokrinen Notfälle dar. Dabei ist die schwere Hypoglykämie mit Abstand häufiger als schwere hyperglykämische Entgleisungen. Hypoglykämiesymptome können in eine autonome und eine neuroglukopene Gruppe unterteilt werden. Sie sind so zahlreich und variabel, dass die klinische Differenzialdiagnose schwierig ist. Das Coma diabeticum ist eine durch relativen oder absoluten Insulinmangel hervorgerufene schwere Stoffwechselentgleisung. Bei der hyperosmolaren Entgleisung steht eine ausgeprägte Hyperglykämie mit konsekutiver Dehydratation im Mittelpunkt des pathophysiologischen Geschehens. Bei der diabetischen Ketoazidose liegt in der Regel ein stärkerer, absoluter Insulinmangel vor. Die Schwere der Ketoazidose wird dabei vom Ausmaß der metabolischen Azidose bestimmt. Der Artikel gibt einen Überblick über die Häufigkeit, Symptome, Ursachen, Pathophysiologie und die Behandlung akuter Diabetes-assoziiierter Komplikationen.

Die Inzidenz akuter diabetischer Komplikationen im deutschen Rettungsdienst wird mit 3,1 % angegeben [8]. Sie stellen mit Abstand den Hauptteil aller endokrinen Notfälle dar. Die Versorgung diabetischer Notfälle und diabetischer Akutkomplikationen kann an den Notarzt oder den erstversorgenden Hausarzt, insbesondere im Hinblick auf die richtige Differenzialdiagnose, hohe Ansprüche stellen. Ihm bietet sich ein buntes klinisches Bild bezüglich der auftretenden Symptome und deren Ausprägung. Deshalb ist bei einer Vielzahl der Notarzteinsatzindikationen und Meldebildern mit potenziell vorliegenden, akuten Komplikationen bei Diabetes mellitus zu rechnen [Tab. 1].

Tab. 1 Indikationen zum Einsatz des Notarztes mit möglicher Assoziation zum Diabetes mellitus (mod. nach 3)

Zustandsbezogene Indikation
<ul style="list-style-type: none"> Bewusstlosigkeit Ausgeprägte oder zunehmende Atemnot Ausgeprägte oder zunehmende Kreislaufinsuffizienz Schwere Verletzung, schwere Blutung Starke akute Schmerzen Plötzliche Lähmung, Krampfanfall
Notfallbezogene Indikation
<ul style="list-style-type: none"> Schwerer (Verkehrs-)Unfall mit Hinweis auf Personenbeteiligung Sturz aus großer Höhe Drohender Suizid Akute Eigen- oder Fremdgefährdung

Diabetischer Notfall Hypoglykämie

Zur optimalen Funktion beziehen Nervenzellen ihre Energie nahezu ausschließlich aus Glukose. Sie sind auf eine kontinuierliche und stete Zufuhr über die Blut-Hirn-Schranke und den Liquor angewiesen, da sie nicht in der Lage sind, Glukose in größerem Maße zu speichern. Steht Glukose als Stoffwechselsubstrat bei einem kritischen Abfall der Blutzuckerwerte nicht zur Verfügung, kann sich ein erheblicher Funktionsverlust an den Nervenzellen ausbilden. Darüber hinaus kann sich der Mensch zum Zeitpunkt einer Hypoglykämie in einer potenziell riskanten Situation befinden und sich durch inadäquates Handeln in unmittelbare Gefahr bringen. Eine Hypoglykämie ist also eine potenziell lebensbedrohliche Blutzuckerentgleisung.

● **Definition: Plasmaglukosekonzentration unterhalb von 70 mg/dl**
Die Definition der Hypoglykämie ist uneinheitlich, nicht immer ist sie wie bei der sogenannten Whipple-Trias an eine Symptomatik gebunden. Der aktuelle Konsens zur Definition der

Hypoglykämie wurde durch eine Arbeitsgruppe der ADA erarbeitet. Sie geht dabei allein von einer niedrigen Plasmaglukosekonzentration aus. Die Grenze wird bei 70 mg/dl (3,9 mmol/l) festgesetzt, weil unterhalb dieser Schwelle bei Menschen ohne Diabetes mellitus die hormonellen Gegenregulationsmechanismen aktiv werden [1]. Bereits bei Plasmaglukosespiegeln unterhalb von 80 mg/dl fällt bei Gesunden die Insulinausschüttung auf ein Minimum ab. Unterhalb von 70 mg/dl Plasmaglukose kommt es zunehmend zur Sekretion von Glukagon, aber auch von Adrenalin zur hormonellen Gegenregulation. Erst bei noch niedrigeren Blutzuckerwerten werden Wachstumshormon und Cortisol als weitere Insulinantagonisten vermehrt produziert. Die hormonelle Antwort auf eine Hypoglykämie erfolgt unabhängig davon, ob die Hypoglykämie als solche wahrgenommen wird oder nicht. Insbesondere bei der Hypoglykämiewahrnehmungsstörung können typische Warnsymptome bis zum Auftreten einer schweren Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit völlig fehlen. Normalerweise finden sich aber klinische Symptome, die in etwa mit dem Ausmaß der Hypoglykämie korrelieren. Durch die hormonelle Gegenregulation ist der Körper in den meisten Fällen in der Lage, die Hypoglykämie zu beenden. Allerdings sind die Kapazitäten zur Gegenregulation begrenzt. Auch können sie sich im Verlauf der Erkrankung zunehmend erschöpfen. Die gilt besonders im Hinblick auf die Fähigkeit zur Glukagonsekretion beim Typ-1- oder beim pankreopriven Diabetes mellitus. Liegen Begleiterkrankungen der Leber vor, kann eine ausreichende metabolische Antwort auf die Glukagongegenregulation ausbleiben.

● **Typische Symptome: autonome und neuroglukopene Reaktionen**
Zur autonomen Reaktion gehören parasympathikotone Symptome wie Heißhunger, Übelkeit und Erbrechen, aber auch Schwäche, sowie adrenerg vermittelte Empfindungen wie Unruhe, Tremor, Tachykardie, Schwitzen, Mydriasis und eine Erhöhung des Blutdruckes. Erst später bei weiter abfallenden Blutzuckerwerten, das heißt unterhalb von 60 mg/dl (3,3 mmol/l), treten zentralnervöse Störungen hinzu. Diese können sich zunächst als Kopfschmerzen, Reizbarkeit und Verstimmung bis hin zu

Koordinationsstörungen und Verwirrtheit zeigen. Bleibt an dieser Stelle eine adäquate Therapie aus, kann es zu Krampfanfällen, fokalen akut-neurologischen Defiziten, Somnolenz und Koma bis hin zu Atem- und Kreislaufstörungen kommen [Tab. 2].

● **Einteilung in verschiedene Schweregrade**
Bei der milden Hypoglykämie werden vor allem die autonomen Symptome frühzeitig bemerkt, und der Patient kann die notwendige Korrektur der

Kasuistik

81-jähriger Mann mit akuter Atemnot

Die Rettungsleitstelle meldete einen 81-jährigen Mann mit akuter Atemnot. NEF (Notarzteinsatzfahrzeug) und RTW (Rettungstransportwagen) trafen nach neun Minuten in der Wohnung des Mannes ein. Der Patient wurde von einer Nachbarin aufgefunden, die ihn regelmäßig am Vormittag besucht. Die Nachbarin informierte, dass eine Krankenschwester der Sozialstation morgens und abends in die Wohnung kommt. Vor wenigen Stunden gab es also offenbar noch keine Besonderheiten. Über Vorerkrankungen und Vormedikation war wenig bekannt. Der Notarzt fand einen stuporösen Patienten zusammengesunken im Sessel vor. Ein angerichtetes Essen war nur zum Teil verzehrt, in der Wohnung fand sich auch Erbrochenes. Das EKG zeigte eine Bradyarrhythmie bei Vorhofflimmern mit einer Herzfrequenz um 40/min. Bei apneustischer Atmung bestand eine respiratorische Insuffizienz mit einer Sauerstoffsättigung um 70 %. Es fand sich eine Facialisparese auf der linken Seite und eine Spastik des linken Armes. Nach der klinischen Untersuchung des Patienten war zunächst ein ausgedehnter kardiembolischer Mediainfarkt rechts bei Vorhofflimmern als Ursache des Krankheitsbildes anzunehmen. Es erfolgte die Gabe von Sauerstoff über eine Maske und ein venöser Zugang wurde gelegt. Die Routinemessung der Blutzuckerwerte ergab einen Wert von 30 mg/dl. Nach Gabe von 60 ml 40 %iger Glukoselösung bei laufender Vollelektrolytlösung klarte der Patient zunehmend auf. Die neurologischen Ausfälle bildeten sich zusammen mit der respiratorischen Insuffizienz zurück und der Mann wurde wach, atem- und kreislaufstabil in die Innere Notaufnahme transportiert. Ursache für die Hypoglykämie war eine fehlende Nahrungsaufnahme bei akuter Gastroenteritis mit Übelkeit und Erbrechen unter fortgesetzter Medikation mit einem Sulfonylharnstoffpräparat.

wird eine 5 %ige Glukoselösung kontinuierlich infundiert [Tab. 3].

● **Prävalenz der Hypoglykämie**
Unter den diabetischen Akutkomplikationen, die im Rettungsdienst versorgt werden, ist die schwere Hypoglykämie mit 88 % der mit Abstand häufigste Notfall [8]. In den letzten Jahrzehnten ist es zu einem massiven Anstieg der Diabetesprävalenz gekommen. Gleichzeitig ist es möglich die Erkrankung effektiv zu behandeln, sodass viele Menschen mit Diabetes

rapie mit einer Insulinpumpe nächtliche Hypoglykämien in 33,3 % der Fälle nachweisen, obwohl die Stoffwechselkontrolle weder in der Gruppe der Patienten mit ICT, noch in der Gruppe mit CSII in der Summe euglykämisch war (HbA_{1c} 8,7 % vs. 7,8 %) [12]. Milde und schwere Hypoglykämien treten häufiger bei Patienten mit Typ-1-Diabetes und einer Krankheitsdauer unterhalb von fünf Jahren auf als bei Patienten mit Typ-2-Diabetes, die mit Sulfonylharnstoffen oder mit Insulin für weniger als zwei Jahre behandelt wurden [10]. Eine bereits erlittene Hypoglykämie ist der größte Risikofaktor für das Wiederauftreten einer weiteren symptomatischen Hypoglykämie innerhalb der nächsten 48 Stunden.

Tab. 4 Häufigste Ursachen für Hypoglykämien bei Therapie mit Insulin und/oder oralen Antidiabetika (nach 2)

<ul style="list-style-type: none"> Auslassen oder Vergessen einer Mahlzeit ungewöhnlich starke körperliche Belastung Alkoholkonsum (auch kleinere Mengen) Überdosierung an blutzuckersenkenden Arzneimitteln Injektion einer zu hohen Insulindosis Erbrechen, Diarrhö

● **Für eine Hypoglykämie gibt es vielfältige Auslöser**
Allgemein kann man sagen, dass es zu einem Ungleichgewicht zwischen Insulinspiegel und zu verstoffwechselnden Kohlenhydraten gekommen ist. Auslöser können eine unzureichende Nahrungsaufnahme - auch durch akute anderweitige Gesundheitsstörungen bedingt -, eine inadäquat hohe Dosis von Insulin - auch im Hinblick auf eine nachfolgende ungewohnte oder starke körperliche Aktivität - sowie der Genuss von Alkohol sein. Bereits geringe Mengen Alkohol können die hepatische Glukoneogenese nahezu vollständig unterdrücken. Kommt es im Verlauf der Diabeteserkrankung zu einer Niereninsuffizienz, kann diese eine höhere Insulinempfindlichkeit bewirken. Bleibt eine Dosisanpassung aus, können ebenfalls Hypoglykämien auftreten. Die Notwendigkeit zur Dosisanpassung gilt im Besonderen für die Therapie mit den meisten insulinotropen oralen Antidiabetika, die infolge der Niereninsuffizienz im Körper akkumulieren können. Protrahiert verlaufende oder rekurrende Hypoglykämien unter Sulfonylharnstoffen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen nach Absetzen der auslösenden Medikation sind in dieser Konstellation keine Seltenheit. Eine Übersicht über die Ursachen der akuten Hypoglykämie findet sich in [Tab. 4].

Tab. 2 Symptome der Hypoglykämie (nach 2 und 5)

Milde Hypoglykämie < 50 mg/dl bzw. < 2,8 mmol/l	Schwere Hypoglykämie < 30 mg/dl bzw. < 1,6 mmol/l
sympathikotone Reaktion <ul style="list-style-type: none"> Blässe, Nervosität, Tremor diastolisch erhöhter Blutdruck Schweißausbruch, Nachtschweiß als Hinweis auf nächtliche Hypoglykämien Tachykardie unruhiger Schlaf 	neuroglukopene Reaktion <ul style="list-style-type: none"> Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen Verwirrtheit Schwindelgefühl Aggressivität Albernheit nächtliche Alpträume Sprachstörungen Sehstörungen und Doppelbilder Bewegungsstörungen apoplektiforme Bilder, pathologische Reflexe Bewusstseinsstrübung, Bewusstlosigkeit Krampfanfälle Atem- und Kreislaufstörungen
parasympathikotone Reaktion <ul style="list-style-type: none"> Heißhunger Übelkeit, Erbrechen Schwäche 	
weitere Symptome <ul style="list-style-type: none"> Angst und Druckgefühl über der Brust Kribbeln der Finger und Lippen pelziges Gefühl um den Mund morgentliche Abgeschlagenheit Kopfschmerzen 	

Tab. 3 Therapie der Hypoglykämie (nach 5)

Beseitigung der Ursachen z. B. Entfernung einer noch laufenden Insulinpumpe	
Zufuhr von Glukose	
Bei leichter Hypoglykämie <ul style="list-style-type: none"> orale Zufuhr auf schnelle Resorbierbarkeit achten, z. B. Fruchtsaft verwenden 	Bei schwerer Hypoglykämie <ul style="list-style-type: none"> 40-100 ml 40 %ige Glukoselösung i.v. unter Blutzuckerkontrolle mit anschließender kontinuierlicher Infusion von 5 %iger Glukoselösung Alternativ bei fehlendem i.v.-Zugang: 1 mg Glukagon i.m. Cave: Wirkt nicht bei erschöpfter endogener Glykogenreserve!

Stoffwechsellage selbst durchführen. Treten neuroglukopene Symptome hinzu, kann Fremdhilfe von Angehörigen oder anderen anwesenden Personen nötig werden. Der Patient kann unter Umständen selbstständig keine Kohlenhydrate mehr zuführen, auch weil er inadäquat auf die Hypoglykämie reagiert. Die perorale Korrektur der Hypoglykämie ist aber noch möglich. Bei der schweren Hypoglykämie muss die Therapie parenteral erfolgen. Der Patient befindet sich in unmittelbarer Lebensgefahr und wird in der Regel durch den Rettungsdienst und einen Notarzt versorgt. Dabei werden unter Kontrolle von Blutzuckerwerten und klinischem Bild 40-100 ml 40 %ige Glukoselösung injiziert. Anschließend

mellitus ein hohes Alter erreichen. Die normnahe, euglykämische Stoffwechselführung ist das Therapieziel für nahezu alle Diabetespatienten. Da im Krankheitsverlauf Spätkomplikationen mit Einfluss auf die Diabeteserkrankung hinzukommen können, ist nicht auszuschließen, dass die Prävalenz der schweren Hypoglykämie noch weiter steigen könnte. Genaue Angaben über die Prävalenz der Hypoglykämie allgemein lassen sich kaum erstellen, da insbesondere in der Nacht eine Vielzahl von Hypoglykämien unbemerkt bleiben [11]. Durch eine kontinuierliche Glukosemessung ließen sich in einer Untersuchung bei Typ-1-Diabetikern sowohl bei der intensivierten Insulintherapie, als auch bei der The-

● **Management der Hypoglykämie in der Notfallmedizin**

Aufgrund der Häufigkeit der akuten Hypoglykämie und des vielfältigen klinischen Bildes ist bei jeder Patientenversorgung im Rettungsdienst eine routinemäßige Messung des Blutglukosespiegels erforderlich. Unterbleibt diese, kann es leicht zu Fehlern bei der Notfallbehandlung kommen. Neben der alleinigen Verzögerung einer adäquaten Therapie kann dies zur Durchführung eigentlich nicht erforderlicher Prozeduren, bis hin zur Narkoseeinleitung führen, insbesondere wenn die Hypoglykämie im Kontext eines Unfallgeschehens aufgetreten ist (rule-based error). Der Notarzt übt seine Tätigkeit häufig in einer Hochrisikosituation aus, aber auch sogenannte Routineeinsätze verlaufen nicht immer optimal. Risikomanagementsysteme, wie zum Beispiel CIRS (critical incident reporting system) zeigen das Fehlerpotenzial einer nicht erfolgten Blutzuckermessung im Rettungsdienst auf. Präanalytische Fehler lassen sich vermeiden, indem venöses Vollblut für die erste Messung der Blutglukose verwendet wird. Dieses steht automatisch bei der grundsätzlich stattfindenden Versorgung der Notfallpatienten mit einem peripher-venösen Zugang zur Verfügung. Sollten weitere Blutzuckerkontrollmessungen erforderlich sein, können diese mit kapillärem Vollblut durchgeführt werden. Es gibt zwar eine physiologische Abweichung zwischen der Glukosekonzentration in venösem Vollblut und in kapillärem Vollblut, die Differenz beider Messwerte ist aber in der Notfallsituation weder genau vorhersagbar, noch ist sie für therapeutische Entscheidungen relevant. Aber auch postanalytische Fehlerquellen gilt es zu vermeiden. So empfiehlt es sich bei der Übermittlung von Blutzuckermesswerten, so wie bei jeder anderen Informationsübermittlung im Rettungsdienst auch, die Prinzipien der „closed-loop“-Kommunikation anzuwenden [7].

Diabetischer Notfall hyperglykämisches Koma

Das Coma diabeticum ist eine durch relativen oder absoluten Insulinmangel hervorgerufene schwere Stoffwechsellentgleisung mit erheblicher Störung des Sensoriums, die unbehandelt zum Tode führt. Nur etwas 10 % der Patienten sind nach neurologischer Definition tatsächlich bewusstlos. Obwohl die meisten Patienten nur graduelle Bewusstseins Einschränkungen haben, wird auch in diesen Fällen im klinischen Alltag von einem Coma diabeticum gesprochen. Trotz zunehmend verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und größer werdenden Erfahrungen in der Diabetestherapie ist das Coma diabeticum immer noch mit einer erheblichen Letalität verbunden. Sie kann sich zwischen den einzelnen Behandlungszentren, insbesondere in Abhängigkeit von Schwere der Entgleisung und Begleiterkrankungen, erheblich unterscheiden. Die Letalität liegt in einem Bereich von 1 % bei Kindern sowie in spezialisierten Zentren und bis zu 25 % bei Patienten über 50 Jahren mit hyperosmolarem Koma oder

bei der komplizierten Ketoazidose mit schweren Begleiterkrankungen. Obwohl das Erkennen typischer Manifestationssymptome des Diabetes mellitus in der Regel zu einem zunehmend früheren Zeitpunkt erfolgt, kommt es weiterhin vor, dass erst mit dem Coma diabeticum die Diabetes-Erkrankung erkannt und behandelt wird. Die Häufigkeit der diabetischen Ketoazidose als Manifestationssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen wird mit 19 % angegeben [6].

Das hyperosmolare Koma

Überschreitet die Blutglukosekonzentration die sogenannte Nierenschwelle und damit die tubuläre Rückresorptionskapazität für Glukose im Primärharn, kommt es zu einer zunehmenden Glukosurie. Die Nierenschwelle für Glukose liegt bei 180 mg/dl. Sie ist jedoch abhängig vom Lebensalter und akuten oder chronischen Begleiterkrankungen. Die Glukose im Urin bindet ihrerseits durch eine erhöhte Osmolarität Flüssigkeit, sodass es mit zunehmender Glukosurie auch zu einer zunehmenden Polyurie kommt.

● **Ausgeprägte Hyperglykämie mit konsekutiver Dehydratation steht im Mittelpunkt**

Ist der Patient nicht mehr in der Lage diese vermehrte Flüssigkeitsausscheidung durch eine entsprechende Zufuhr auszugleichen, kommt es zur schweren Dehydratation. Die Dehydratation hemmt wiederum die Insulinwirkung, sodass ein weiterer Anstieg der Blutglukosekonzentration folgt. Typischerweise tritt diese Situation beim Typ-2-Diabetes mit relativem Insulinmangel auf. Das noch vorhandene Insulin ist lediglich in der Lage, die Lipolyse und damit die metabolische Azidose zu verhindern. Die Blutzuckerwerte liegen in dieser Situation typischerweise zwischen 600 und 1000 mg/dl, teilweise sogar darüber. Die Hyperosmolarität des Serums bedingt eine intrazelluläre Dehydratation, die insbesondere im Bereich des zentralen Nervensystems für die begleitenden neurologischen Symptome bis hin zur Bewusstlosigkeit sorgt. Die extrazelluläre Dehydratation kann bis zum hypovolämischen Schock und zum prärenalen Nierenversagen führen. Eine Übersicht über die Symptome des hyperosmolaren Komats gibt [Tab. 5]. Auslösende Faktoren sind neben dem relativen Insulinmangel akute Begleiterkrankungen, insbesondere schwere Infektionen, aber auch eine medikamentöse Therapie, zum Beispiel durch Diuretika [Tab. 6].

● **Ausgleich des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes hat oberste Priorität**

Dieser erfolgt in Abhängigkeit vom klinischen Zustand des Patienten. Die Infusionsraten sollten dabei initial bei bis zu 1000 ml/h liegen. Die Rehydrierung soll bereits präklinisch durch den erstversorgenden Arzt begonnen werden. Zum Flüssigkeitsersatz eignet sich an erster Stelle physiologische Kochsalzlösung oder Ringerlösung. Liegt jedoch eine Hypermatriämie vor,

sollten halbphysiologische Kochsalzlösung oder eine hypoosmolale Elektrolytlösung zum Flüssigkeitsersatz verwendet werden. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) schlägt in ihrer Leitlinie zur Therapie des Diabetes mellitus den generellen hypotonen Flüssigkeitsersatz beim hyperosmolaren Coma diabeticum vor. Die Insulintherapie erfolgt in der Regel erst in der Klinik. Sie wird wegen der subkutanen Insulinresistenz intravenös durchgeführt. In der Regel erfolgt eine „sehr niedrig dosierte“ Insulintherapie, zum Beispiel mit einem initialen Insulinbolus von 5 IE und einer anschließenden kontinuierlichen Insulininfusion in einer Dosis zwischen 0,5 IE/h und 5 IE/h, wobei ein Abfall der Blutglukosewerte um 50 bis 100 mg/dl pro Stunde angestrebt wird. Sind Blutzuckerwerte von 200 mg/dl erreicht worden, wird innerhalb eines Zeitraumes von zwei Tagen eine langsame weitere Absenkung der Werte in den euglykämischen Bereich angestrebt [Tab. 7] [4, 9].

Die diabetische Ketoazidose

Diese Situation findet sich typischerweise beim Diabetes mellitus Typ 1, wobei durchaus Mischbilder des Coma diabeticum, sowohl im Hinblick auf die Pathogenese und Pathophysiologie, als auch im Hinblick auf den zugrunde liegenden Diabetestyp vorkommen. Durch den stärkeren oder absoluten Insulinmangel sind die Zellen nicht mehr in der Lage, ihren Energiebedarf durch hinreichende Aufnahme von Glukose aus dem Blut und durch Metabolisierung derselben zu decken. Das Ausmaß der Hyperglykämie ist dabei nicht nur durch den Insulinmangel, sondern auch durch die hepatische Glukoneogenese bestimmt, da häufig gleichzeitig eine vermehrte Ausschüttung kontrainsulinärer Hormone vorliegt. Über die Erhöhung der Blutglukosekonzentration mit allen oben beschriebenen Folgen hinaus kommt es dazu, dass die Zellen alternativ über die Lipolyse Energie gewinnen. Die freien Fettsäuren im Blut steigen an und es tritt eine metabolische Azidose durch Anreicherung der sauren Ketogeneseprodukte Aceton, Acetoacetat und Hydroxybutyrat auf. Die diabetische Ketoazidose ist häufig schon klinisch gut von der hyperosmolaren Entgleisung abzugrenzen. Sie präsentiert sich mit ihren spezifischen Symptomen wie vertiefter oder Kussmaul-Atmung, Acetonfoetor, aber auch abdominalen Schmerzen bis hin zum Bild eines akuten Abdomens bei der Pseudoperitonitis diabetica [Tab. 5]. Zu beachten ist, dass sich die diabetische Ketoazidose wesentlich schneller, schon innerhalb von Stunden entwickeln kann, sodass die Dehydrierung unter Umständen noch nicht so ausgeprägt ist wie beim hyperosmolaren Koma. Die Blutzuckerwerte liegen typischerweise im Bereich zwischen 250 und 500 mg/dl. Die Schwere der Ketoazidose wird vom Ausmaß der metabolischen Azidose und nicht vom Ausmaß der Hyperglykämie bestimmt.

Tab. 5 Symptome des Coma diabeticum (nach 5)

Präkoma	Koma
<ul style="list-style-type: none"> Allgemeinsymptome: Kopfschmerzen, Unruhe, Müdigkeit, Schwäche Gastrointestinale Symptome: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, evtl. Pseudoperitonitis Durst, Polydipsie, Polyurie Zeichen der Exsikkose: Kollapsneigung, Hypotonie, Tachykardie, stehende Hautfalten, weiche Augenbulbi, trockene Haut Eventuell Kussmaul'sche Atmung mit Acetongeruch 	<ul style="list-style-type: none"> Volumenmangelschock Oligurie oder Anurie Hypokaliämie, evtl. Rhythmusstörungen Schlaffer Muskeltonus, keine Krämpfe Bewusstseinstörung
Zusätzliche Symptome bei Ketoazidose <ul style="list-style-type: none"> Vertiefte Atmung / Kussmaul'sche Atmung Acetongeruch der Ausatemluft Bauchschmerzen bis zum akuten Abdomen, Pseudoperitonitis diabetica 	

Tab. 6 Ursachen des Coma diabeticum (nach 5)

Fehlende Insulinzufuhr	Ungenügende Insulinzufuhr	Erhöhter Insulinbedarf
<ul style="list-style-type: none"> Erstmanifestation eines Diabetes mellitus Unterlassene Insulingabe Falsche Therapie (orale Antidiabetika statt Insulin) 	<ul style="list-style-type: none"> Ungenügende Insulindosis Technische Fehler bei der Applikation 	<ul style="list-style-type: none"> Infekt Diätfehler Trauma (Operation) Gravidität Interkurrente Erkrankung, Stress (Herzinfarkt, Hyperthyreose) Medikamente (β-Blocker, Diuretika, Cortison etc.)

Tab. 7 Therapie des Coma diabeticum (nach 4, 5, 9)

Rehydratation <ul style="list-style-type: none"> 1000 ml/h über 3 h, dann nach Bedarf oder zentralen Venendruck (ZVD) adjustieren, in der Regel 4–6 Liter in den ersten 24 h Initial physiologische Kochsalzlösung Bei Serum-Natrium > 150 mmol/l ggf. 2/3 Elektrolytlösung
Elektrolytausgleich <ul style="list-style-type: none"> Natrium: durch Volumentherapie Kalium: 20–25 mmol/h bei Serumkalium < 3 mmol/l, 15–20 mmol/h bei Serumkalium > 3 bis 4 mmol/l, 10–15 mmol/h bei Serumkalium > 4–5 mmol/l
Azidosekorrektur <ul style="list-style-type: none"> Nach der Formel: Körpergewicht x 0,3 x neg. Basenüberschuss, nur bei Blut-pH < 7,0 Entspricht zirka 50 mval Natriumbicarbonat i.v.
Insulinzufuhr (Normalinsulin) <ul style="list-style-type: none"> Initialer Insulinbolus von 5 bis 20 IE i.v. Anschließend kontinuierliche Insulininfusion von 0,5–6 IE/h bis Blutglukose < 200 mg/dl (11,2 mmol/l) Wenn nach 2 h keine Blutglukose-Senkung erfolgt ist: Insulinzufuhr auf 10 IE/h steigern Bei Blutglukose um 250 mg/dl (11,2 mmol/l) Anpassung der Insulininfusion auf 1–4 IE/h mit Ziel-Blutglukose 100–200 mg/dl (5,6–11,2 mmol/l) unter Glukosezufuhr Bei Übergang auf subkutane Insulinzufuhr auf ausreichende Überlappung achten

● **Die Therapie erfolgt analog zur Behandlung des hyperosmolaren diabetischen Komats**

Auch hier sollte der Volumenersatz bereits präklinisch begonnen werden. Zur Insulintherapie ist häufig eine etwas höhere Dosis erforderlich, da auf der einen Seite die kontrainsulinären Hormone in höherer Konzentration vorliegen, und auf der anderen Seite die hohe Konzentration freier Fettsäuren selbst die Insulinresistenz zusätzlich erhöht. Die Leitlinien der DDG empfehlen einen initialen Insulinbolus von 10 bis 20 IE mit anschließender kontinuierlicher Insulininfusion von 6 IE/h. Weiterhin gilt es aber, das Konzept der „niedrig dosierten“ Insulintherapie einzuhalten, um eine langsame Absenkung der Blutglukosewerte um 50 bis 100 mg/dl pro Stunde zu erreichen und ein Dysäquilibriumssyndrom mit Ausbildung eines Hirnödems zu vermeiden. Die metabolische Azidose geht häufig auch mit einer Hyperkaliämie einher. Gleichzeitig liegt ein intrazellulärer Kaliummangel vor, sodass während der Korrektur der Stoffwechsellentgleisung eine zweistündliche Kontrolle der Serumelektrolyte Kalium und Natrium erforderlich ist, da regelmäßig ein Ausgleich der Elektrolyte durchgeführt werden muss [Tab. 7] [4, 6].

Fazit

Die Euglykämie ist das hohe Ziel der Therapie des Diabetes mellitus. Alltagsaktivität und Begleiterkrankungen wirken auf die Stoffwechselkontrolle ein und können zu Entgleisungen der Blutglukose führen. Diese lassen sich nicht unterbinden. Die Inzidenz schwerer diabetischer Notfälle ist ein Surrogatparameter für die Qualität der Diabetesfrüherkennung, für die Qualität der Therapie des Diabetes mellitus und für die Qualität der Patientenschulung, die gleichzeitig das geeignetste Instrument darstellt, das Auftreten schwerer Akutkomplikationen des Diabetes mellitus zu verhindern.

André Schröder-Son

Korrespondenz

Dr. med. André Schröder-Son
 Facharzt für Innere Medizin,
 Notfallmedizin Diabetes Zentrum
 Mergentheim
 Theodor-Klotzbücher-Straße 12
 97980 Bad Mergentheim
 Fax: 07931/594-111

Die Literatur zum Artikel finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell. Der Artikel ist erstmals erschienen in Notfall & Hausarztmedizin 2008; 33: 176–181. Alle Rechte vorbehalten.

Funktionelle Ursachen chronischer Bauchschmerzen

Das Reizdarmsyndrom besser verstehen

Abdominelle Schmerzen mit Stuhlgangsveränderungen (Durchfall, Verstopfung) sowie meist auch Blähungen, Distension und/oder Flatulenz charakterisieren das Reizdarmsyndrom (RDS). Die Beschwerden bestehen typischerweise seit Jahren, mitunter sogar Jahrzehnten bevor diese diagnostiziert werden. Die Diagnose des Reizdarmsyndroms beruht dabei auf dem Nachweis des typischen Beschwerdemusters, Hinweise auf organische Ursachen fehlen – insbesondere bestehen keine „Alarmsymptome“. Ergänzend kann eine gezielte, rationale Differenzial- und Ausschlussdiagnostik zum Einsatz kommen. Neben organischen Ursachen im engeren Sinn sind auch chronische intestinale Motilitätsstörungen auszuschließen. Eine erfolgreiche Therapie der dominanten Beschwerden bei einem Reizdarmsyndroms fußt jedoch nicht nur auf einer verlässlichen Diagnose, sondern vor allem auf einer erfolgreichen Führung des Betroffenen. Grundlage hierfür ist es, diesen ein plausibles Krankheitsmodell an die Hand zu geben. Die Aufklärung der Pathomechanismen des Syndroms hat in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht, mit beträchtlichen Auswirkungen auf das rationale Management dieser Störungen ebenso wie auf die Entwicklung neuer therapeutischer Optionen.

Chronische abdominale Schmerzempfindungen im Abdomen gehören zu den wichtigsten und häufigsten Beschwerdebildern der ärztlichen Praxis. Ihre Bedeutung beruht zum einen auf ihrer Häufigkeit, zum anderen auf den damit assoziierten wichtigen differenzialdiagnostischen Implikationen: Zum einen ist das Spektrum der zugrunde liegenden Erkrankungen sehr breit, zum anderen können die damit verbundenen Prognosen äußerst unterschiedlich sein. Bei mehr als der Hälfte der Patienten lassen sich auch bei eingehender Diagnostik keine organischen Ursachen für die geschilderten Beschwerden feststellen, weshalb in vielen Fällen eine funktionelle Erkrankung angenommen werden kann – ein Krankheitsbild, dem aufgrund seiner Häufigkeit und Chronizität eine große sozioökonomische Bedeutung zukommt. Die Problematik wird noch weiter verschärft durch

- den oft unverhältnismäßig hohen Leidensdruck der Patienten
- die Tatsache, dass mit den in der Routinediagnostik üblicherweise verfügbaren Verfahren keine Normabweichungen nachgewiesen werden können, woraus oft (nicht zuletzt auch auf Druck der Patienten) ein umfangreiches, aber frustantes Untersuchungsprogramm mit nicht selten zahlreichen Wiederholungsuntersuchungen resultiert
- das unbefriedigende therapeutische Repertoire.

Andererseits sind in den letzten Jahren bei der Aufklärung der Pathomechanismen erhebliche, teilweise beeindruckende Fortschritte erzielt worden. Dies versetzt den behandelnden Arzt immer besser in die Lage, dem Patienten ein zumindest plausibles Krankheitsmodell darlegen zu können. In vielen Fällen ist dies ein therapeutisch sehr hilfreicher Schritt, weil so nicht nur das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestärkt, sondern auch die langfristige Führbarkeit der Betroffenen verbessert wird. Denn dass wiederholt präsentierte und mit einem Achselzucken kommentierte Normalbefunde (wie auch inadäquate Aussagen, wie „Sie haben nichts!“) die Patienten besonders frustrieren, ist lange bekannt.

Funktionelle Störung: Definition und Abgrenzung

Eine funktionelle Störung ist prinzipiell dann anzunehmen, wenn sich für Symptome und Beschwerden von solcher Häufigkeit, Chronizität und Schwere, dass das Wohlbefinden des Patienten relevant eingeschränkt wird, mit Routinemethoden (z.B. Bildgebung, klinische Chemie) keine pathologischen Befunde erheben lassen. Von solchen funktionellen Störungen kann der gesamte Verdauungstrakt betroffen sein. Klinisch manifestieren sie sich meist nicht monosymptomatisch, vielmehr liegen die verschiedenen Symptome oft

kombiniert und dann in sehr verschiedenartigen Mustern und unterschiedlicher Ausprägung vor. Von den Bauchschmerzen im engeren Sinn ist der dyspeptische Beschwerdekomples abzugrenzen, den der Patient (oder der Arzt) typischerweise dem Magen zuordnet. Charakteristisch für solche dyspeptischen Beschwerden sind Schmerzen, häufig assoziiert sind Druckgefühl, Empfindlichkeit oder Unwohlsein. Oft kommen dazu noch weitere Missempfindungen, wie Völlegefühl, eine frühe Sättigung, Aufstoßen oder Übelkeit. In der Praxis sind die Übergänge zwischen den Beschwerdebildern jedoch fließend, und die Differenzierung gelingt nicht immer. Umgekehrt sind dyspeptische Beschwerden häufig mit den funktionellen abdominalen Beschwerden im engeren Sinne assoziiert.

• Funktionelle abdominale Beschwerden im engeren Sinn

In der Gruppe der funktionellen Darmerkrankungen – also den Störungen, deren Beschwerden Arzt und Patient hauptsächlich auf den mittleren und/oder unteren Verdauungstrakt beziehen – kommt dem Reizdarmsyndrom [3, 8, 9] die weitaus größte Bedeutung zu. Die Erkrankung werden anhand typischer Symptomkriterien, ihrer Schwere und Chronizität charakterisiert und von banalen, vorübergehenden Befindlichkeitsstörungen abgegrenzt, die auch Gesunde betreffen und denen kein Krankheitswert zukommt. Differenzialdiagnostisch, aber auch konzeptionell ist es von großer Bedeutung, das Reizdarmsyndrom als eine funktionelle Erkrankung von motorischen Krankheiten des Dünns- und Dickdarms, vor allem von der chronischen intestinalen Pseudoobstruktion (CIPO) als auch von einer neuropathischen Kolonparese mit Slow-transit-Obstipation, zu unterscheiden.

Von einem Reizdarmsyndrom kann man ausgehen, wenn abdominelle Schmerzen und/oder Unwohlsein mit Stuhlgangsveränderungen (Durchfall, Verstopfung) assoziiert sind [6, 8, 10]. Meist bestehen auch Blähungen, Distension und/oder Flatulenz. Ein funktionelles abdominales Schmerzsyndrom ohne Stuhlgangsveränderungen

ist demgegenüber deutlich seltener. Es erfüllt auch nicht die Kriterien des klassischen Reizdarmsyndroms. Moderne Klassifikationen führen es sogar als eigene Entität, weil sich seine Pathogenese und seine Pathophysiologie wahrscheinlich substanzial von einem funktionellen abdominalen Schmerzsyndrom mit Stuhlgangsveränderungen unterscheiden [7].

Ätiologie und Pathogenese

• Endogene Prädisposition

Die Ursache und die Pathomechanismen des Reizdarmsyndroms sind – trotz wesentlicher neuer Erkenntnisse in den letzten Jahren – nur teilweise aufgeklärt. Offenbar spielen unterschiedliche Pathomechanismen, wahrscheinlich sogar in Kombination, eine Rolle [6, 10]. Diese Zusammenhänge erklären, warum das klinische Bild interindividuell in so starkem Maße differiert.

Bei einer großen Gruppe der Patienten besteht eine endogene Prädisposition, deren Wesen aber derzeit noch kontrovers diskutiert wird. So gibt es widersprüchliche Daten im Hinblick darauf, ob dem Reizdarmsyndrom eine genetische Veranlagung zugrunde liegt oder nicht. Weniger umstritten sind Thesen, die psychosozialen Faktoren, wie zum Beispiel einem frühkindlich erlernten Krankheitsverhalten mit einer Fixierung auf verdauungsbezogene Abläufe, einen Einfluss auf das Krankheitsereignis und den Krankheitsverlauf, möglicherweise auch auf die Krankheitsentstehung zusprechen.

• Exogene Schleimhautalteration

Makroskopisch bzw. endoskopisch und auch lichtmikroskopisch erscheint die Darmschleimhaut beim Reizdarmsyndrom zunächst unauffällig. Zahlreiche immunhistochemische und molekularbiologische Studien der letzten Jahre weisen jedoch darauf hin, dass doch diverse mukosale Alterationen vorliegen, die möglicherweise von pathophysiologischer Bedeutung sind. Hierzu zählen beispielsweise

- Störungen des mukosalen Immunsystems
- signifikante Veränderungen des Serotoninstoffwechsels
- zelluläre Veränderungen
- gestörte Expressionsmuster proinflammatorischer und antiinflammatorischer Zytokine.

Mit diesen Befunden korrespondiert die überzeugend belegte Häufung des Ausbruchs der Erkrankung im Anschluss an eine bakterielle Darminfektion („postinfektiöses Reizdarmsyndrom“; 11). Tatsächlich ist das Risiko, ein Reizdarmsyndrom zu entwickeln, nach Darminfekten durch Salmonellen, Campylobacter, enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC) und diversen anderen Keimen etwa sieben bis zehnfach höher als in Kontrollkollektiven. Vermutlich sind es persistierende postinfektiöse Mechanismen, welche die oben beschriebenen immunhistochemischen und immunregulatorischen Veränderungen auslösen und unterhalten können. Diese

wiederum sind offensichtlich für die mit dem Syndrom verbundenen Veränderungen der Motilität und der Wahrnehmung sowie auch zum Teil der Sekretion verantwortlich.

• Rolle der Darmflora

Dass schwere Darminfektionen auch die intraluminale Darmflora anhaltend stören können, ist plausibel. Offenbar können diese Veränderungen des mikrobiellen Gleichgewichts ebenfalls chronische funktionelle Beschwerden auslösen. Ein überzeugendes Argument für diesen Zusammenhang liefern zwei Beobachtungen: So können zum einen auch antibiotische Therapien ein Reizdarmsyndrom induzieren. Umgekehrt verschwinden bei vielen Patienten die Beschwerden nach einer Darmreinigung (z.B. im Rahmen der Vorbereitung zu einer Koloskopie) vorübergehend. Diese Beziehungen sind derzeit zwar erst sehr unzureichend erforscht, bieten aber möglicherweise interessante Perspektiven für probiotische Interventionen.

Pathophysiologie

Eine gestörte intestinale Motilität in Interaktion mit einer viszeralen Hypersensitivität im Sinne einer Wahrnehmungsstörung spielt bei diesem Krankheitsbild eine dominante pathophysiologische Rolle.

• Motilitätsstörungen

Störungen der intestinalen Motilität gehören zu den dominanten Mechanismen der Erkrankung. So können zum Beispiel beim diarrhöprädominanten Reizdarmsyndrom eine Transitbeschleunigung oder bei seiner obstipationsprädominanten Variante eine Transitverzögerung vorliegen. In vielen Fällen ist auch eine Verzögerung des Gastransits mit einer Gasretention zu beobachten, die wiederum den oft äußerst lästigen Meteorismus auslöst. Verantwortlich sind hierfür vermutlich vor allem Störungen des Serotoninstoffwechsels. Speziell die Gastransitstörungen können eine erhebliche Zunahme der Gasretention und damit des Bauchumfangs mit sich bringen. Bemerkenswerterweise sind diese Störungen vorwiegend im Dünndarm lokalisiert, kaum jedoch im Kolon.

• Perzeptionsstörungen

Mithilfe spezieller Techniken (Barostat) kann bei vielen RDS-Patienten eine viszerale Hypersensitivität nachgewiesen werden. Als Folge dieser übersteigerten Wahrnehmung empfinden die Patienten selbst „normale“ Änderungen des intestinalen Drucks bzw. des Volumens als unangenehm oder schmerzhaft. Da der Nachweis einer derartigen pathologischen Wahrnehmung für das Reizdarmsyndrom sehr typisch ist, kann der (mittels Barostat geführte) Nachweis einer solchen Hypersensitivität von diagnostischem Wert bei differenzialdiagnostisch schwierigen Konstellationen sein [5].

• Zentralnervöse Alterationen

Mehrere funktionelle Magnetresonanz- oder PET-Studien lassen

Diagnose und Therapie des Reizdarmsyndroms – die drei jeweils wichtigsten Kriterien

Ein Reizdarmsyndrom ist anzunehmen, wenn

1. eine typische Beschwerdekombination (abdominale Schmerzen mit Stuhlgangsveränderungen) vorliegt
2. anamnestische Hinweise auf eine organische Differenzialdiagnose fehlen
3. diese auch durch eine gezielte Diagnostik verlässlich ausgeschlossen werden konnten.

Die Therapie beruht auf

1. einer möglichst verlässlichen Diagnosesicherung
2. der Erläuterung der – für den Patienten auf den ersten Blick oft unbefriedigenden – scheinbaren Diskrepanz zwischen (oft sehr belastenden) Beschwerden und erhobenen „Normalbefunden“ mittels eines nachvollziehbaren Krankheitsmodells
3. der gezielten symptomatischen Linderung der dominanten Symptome und Beschwerden.

darauf schließen, dass sich die zentrale Verarbeitung intestinaler Reize bei Patienten mit Reizdarmsyndrom von der von Normalpersonen unterscheidet. Intestinale Reize scheinen die zerebralen Zentren, die der emotionalen Reizverarbeitung dienen, unterschiedlich stark zu aktivieren. Dies gilt offenbar nicht nur für bewusste, sondern auch für unbewusste (unterschwellige) Reize [1].

Klinik und Symptomatik

In ihrem Muster und ihrer Konstellation sind die Symptome des Reizdarmsyndroms recht typisch für die Erkrankung [Tab. 1][3]. Daher sind sie anamnestisch sorgfältig herauszuarbeiten und können dann zur symptom-basierten Diagnosestellung herangezogen werden. Typischerweise leiden die Patienten unter abdominalen Schmerzen, die in Beziehung zur Defäkation stehen (meist Erleichterung durch Stuhlgang). Vergesellschaftet sind sie mit Veränderungen der Stuhlkonsistenz (Diarrhö, Obstipation) sowie in vielen Fällen mit Blähungen. Darüber hinaus finden sich oft weitere unspezifische funktionelle nichtgastrointestinale oder vegetative Symptome. Die Beschwerden bestehen definitionsgemäß bereits länger als sechs Monate, wobei Alarmsymptome wie stetig progrediente Schmerzen und/oder Gewichtsverlust, Blutbeimengungen im Stuhl oder Fieber fehlen [10, 12].

Tab. 1 Typische Beschwerdemuster des Reizdarmsyndroms nach (3)

obligat
• abdominale Beschwerden, verbunden mit ...
• Obstipation und/oder Diarrhö
oft assoziiert
• Schleimabgang
• Blähungen
• Gefühl der unvollständigen Darmentleerung
• Besserung nach Defäkation
• extraintestinale Symptome
Anamnesedauer
• ... mindestens drei Tage im Monat ...
• ... seit mindestens einem halben Jahr

Diagnostik

Im Mittelpunkt der Diagnostik steht die sorgfältige Anamnese, welche die typischen Leitsymptome herausarbeiten sowie jedwede Hinweise, die auf eine organische Ursache hinweisen könnten [Tab. 2], ausschließen muss. Wird die Verdachtsdiagnose 'Reizdarmsyndrom' gestellt, ist sie durch den gezielten Ausschluss wichtiger organischer Differenzialdiagnosen zu sichern. Hierbei ist es zweckmäßig, die Ausschlussdiagnostik nicht zu breit anzulegen, sie aber umfassend genug zu konzipieren, um dem Patienten ebenso wie dem behandelnden Arzt die für das weitere Management notwendige Sicherheit zu geben.

Tab. 2 Symptome, die für eine „organische“ Ursache sprechen nach (8)

Ein Reizdarmsyndrom ist eher unwahrscheinlich bei
• kurzer Anamnese
• progredienten Beschwerden
• Gewichtsabnahme
• Blut im Stuhl
• Vorliegen von „B-Symptomen“: Fieber, Laborveränderungen (Anämie, Leukozytose, BSG/CRP)
BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit; CRP = C-reaktives Protein

Vorgehen in der Praxis

Grundsätzlich empfohlen wird hierbei ein „kleiner Laborstatus“, eine Abdomensonografie sowie – falls dies noch nicht erfolgt ist – eine Ileokoloskopie. Bei weiblichen Patienten ist zusätzlich eine gynäkologische Untersuchung indiziert. Diese Basisdiagnostik ist, abhängig vom Muster der Symptome, nötigenfalls gezielt zu ergänzen. So sollten bei entsprechenden anamnestischen Hinweisen eine Laktoseintoleranz, eine Zöliakie oder eine bakterielle Fehlbesiedlung, in Einzelfällen aber auch eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung oder eine intestinale Motilitätsstörung ausgeschlossen werden. Zielführend ist dabei eine umfassende Diagnostik bereits zu Beginn der Behandlung, um sich später auf das therapeutische Management beschränken zu können. Wiederholte apparative diagnostische Untersuchungen sind bei unverändertem Beschwerdebild und fehlenden Alarmsymptomen grundsätzlich zu vermeiden.

Therapie

Da wir weder die Ätiologie noch die Pathophysiologie des Reizdarmsyndroms im Detail verstehen, liegt es nahe, dass es weder eine kausale noch eine pathogenetisch gezielte Behandlung gibt. Wichtigstes Fundament für jede Therapie sind daher derzeit die solide diagnostische Abklärung der Symptome und der Ausschluss wichtiger Differenzialdiagnosen [Abb. 1]. Dieses nimmt allen Beteiligten die Sorge vor einer versteckten, möglicherweise gefährlichen Grundkrankheit, stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und begünstigt daher das Ansprechen symptomatischer Behandlungsversuche. Von besonderer Bedeutung ist dabei die klare Vermittlung der Diagnose mit anschaulichen, das Wesen der Störung nicht bagatellisierenden Erläuterungen der Mechanismen, aber auch die klare Stellungnahme von Arzt und Patient zum gemeinsamen Behandlungskonzept in Anbetracht des langfristig benignen Verlaufs. Die Behandlung selbst erfolgt symptomorientiert.

Ballaststoffe

Ballaststoffe zur Behandlung des Reizdarmsyndroms sind traditionell populär. Tatsächlich wirken sie auch einer Obstipation entgegen. Sie haben in der Regel keinen, in vielen Fällen jedoch sogar einen ungünstigen Effekt auf die Schmerzen wie auch auf die oft assoziierten Blähungen. Insgesamt spricht aber nichts gegen einen befristeten, kurzfristigen Therapieversuch, der allerdings bei einer Verschlechterung der Beschwerden abgebrochen werden sollte.

Laxanzien

Zu bevorzugen für die Behandlung des Reizdarmsyndroms sind Laxanzien aus der Gruppe der osmotisch wirksamen Polyethylenglykol-Elektrolytlösungen. Diese sind in der

Regel wirksam, gut verträglich und den alternativen Ansätzen wie der Laktulose (deren Wirkung bei banaler Obstipation schnell einsetzt) überlegen.

Antidiarrhoika

Bei diarrhöprädominantem Reizdarmsyndrom werden in erster Linie Substanzen wie Loperamid verwendet. Mitunter ist auch die Gabe von Cholestyramin sinnvoll und wirksam. Bei schwerer, oft mit Schmerzen assoziierter Diarrhö haben prinzipiell auch Serotonin-3-Rezeptorantagonisten einen positiven Effekt. Diese sind aber derzeit nur eingeschränkt verfügbar.

Muskelrelaxanzien

Die am besten untersuchte Substanz aus der Gruppe der Muskelrelaxanzien ist das Mebeverin, das bei einem Teil der Patienten vor allem krampfartige Schmerzen signifikant lindert. Oft trägt diese Medikation auch dazu bei, die assoziierten Blähungen zu reduzieren. Auch Anticholinergika (z.B. Butylscopolamin-Suppositorium) wirken häufig günstig – allerdings hält ihr Effekt nur kurz an.

Antidepressiva und SSRI

Die Wirksamkeit von Antidepressiva und selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) auf die Schmerzen beim Reizdarmsyndrom wird derzeit kontrovers diskutiert. Während einzelne Studien dieser Therapieoption günstige Ergebnisse bescheinigen, zeigen aktuelle große Metaanalysen keine oder sogar ungünstige Effekte. Wahrscheinlich profitiert nur ein Teil der Patienten von einer solchen Medikation, insbesondere scheinen dies Patienten mit begleitender depressiver Stimmung zu sein. Der generelle Einsatz solcher Präparate zur Behandlung des Reizdarmsyndroms ist daher sehr vorsichtig zu bewerten und aus unserer Sicht weder gerechtfertigt noch erfolgversprechend.

Probiotika

Vor allem schmerzhafte Blähungen, aber auch andere Schmerzen können auf manche Probiotika günstig ansprechen. Ermutigende Daten liegen in diesem Zusammenhang für Bifidobakterien sowie für Mischpräparate (z.B. VSL#3) vor. Insgesamt ist die Datenlage aber noch wenig solide. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für Phytotherapeutika.

Gezielte Therapieansätze

Über eine Modulation des Serotoninrezeptorsystems lassen sich sowohl der Stuhltransit beeinflussen, die Schmerzen lindern als auch das Befinden der Patienten bessern. Prinzipiell ist dieser Therapieansatz für die Behandlung des gesamten Syndroms gut geeignet. Die selektiven 5-HT₃-Rezeptorantagonisten Alosetron und Cilansetron verlangsamen den Kolontransit und reduzieren die Schmerzen vor allem bei der diarrhöprädominanten Form des Reizdarmsyndroms hochsignifikant wirksamer als Placebo bzw. eine



Abb. 1 Komponenten der Therapie des Reizdarmsyndroms nach (3)

spasmolytische Standardmedikation [4]. Alosetron wurde wegen eines zwischenzeitlich erhobenen Verdachts auf potenzielle relevante Nebenwirkungen zwar zunächst vom Markt genommen, inzwischen ist die Substanz unter Auflagen wieder eingeschränkt zugelassen. Eine gegenteilige Wirkung auf den Kolontransit haben 5-HT₄-Rezeptoragonisten (z.B. Tegaserod). Sie beschleunigen den Kolontransit, wirken so einer Obstipation und Schmerzen entgegen und verbessern damit die Symptomatik beim Obstipationstyp des Reizdarmsyndroms. Tegaserod war seit mehreren Jahren bereits in der Schweiz und in Nordamerika zugelassen, steht aber derzeit (ebenfalls wegen noch ungeklärter Fragen zu etwaigen Nebenwirkungen) nicht zur Verfügung. Eine Modulation der afferenten, Opioid-Kappa-vermittelten Schmerz-wahrnehmung erreicht man beispielsweise durch die Gabe von Fedotozin. Seine Effekte in klinischen Studien waren aber enttäuschend. Darüber hinaus stehen solche Präparate derzeit in Deutschland nicht zur Verfügung. Ein weiterer therapeutischer Ansatz zur Behandlung der Obstipation besteht in der selektiven Blockade peripherer μ-Rezeptoren (Substanz: Alvimopan). In den USA bereits zugelassen ist der Chloridkanal-Aktivator Lubiproston, der inzwischen beim obstipationsprädominanten Reizdarmsyndrom eine gute Wirksamkeit demonstriert hat. Darüber hinaus befinden sich noch weitere Substanzgruppen, wie zum Beispiel topische Guanylatzyklase-C-Agonisten, derzeit in der klinischen Prüfung [2]. Es ist zu erwarten, dass unsere verbesserten pathophysiologischen Kenntnisse in absehbarer Zukunft eine gezieltere und wirksamere Therapie ermöglichen könnten.

Peter Layer, Viola Andresen

Abteilung für Innere Medizin, Medizinische Klinik, Israelitisches Krankenhaus in Hamburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg (Direktor: Prof. Dr. P. Layer)

Korrespondenz

Prof. Dr. Peter Layer
Israelitisches Krankenhaus
Orchideenstieg 14
22297 Hamburg
Email: layer@ik-h.de

Literatur

- Andresen V, Bach DR, Poellinger A. et al. Brain activation responses to subliminal or supraliminal rectal stimuli and to auditory stimuli in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17: 827-837
- Andresen V, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: recent and novel therapeutic approaches. *Drugs* 2006; 66: 1073-1088
- Andresen V, Keller J, Holtmann G, Layer P. Funktionelle Darmerkrankungen. In: Layer P, Rosien U (Hrsg.). *Praktische Gastroenterologie* (3. Auflage). München - Jena: Urban & Fischer Verlag 2008
- Andresen V, Montori V, Keller J. et al. Effects of 5-HT₃ antagonists on symptom relief and constipation in non constipated irritable bowel syndrome: A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol*
- Bouin M, Plourde V, Boivin M. et al. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. *Gastroenterology* 2002; 122: 1771-1777
- Camilleri M. Mechanisms in IBS: something old, something new, something borrowed. *Neurogastroenterol* 2005; 17: 311-316
- Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q. et al. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology* 2006; 130: 1492-1497
- Hotz J, Enck P, Goebell H. et al. Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom - Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. *Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Z Gastroenterol* 1999; 37: 685-700
- Keller J, Layer P. Die chronische intestinale Pseudoobstruktion: Pathogenese, Diagnostik und Therapie. *Z Gastroenterol* 2002; 40: 85-95
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD. et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-1491
- Spiller RC. Role of infection in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol* 2007; 42: 41-47
- www.romecriteria.org

Der Artikel ist erstmals erschienen in „Der Klinikarzt“ (Klinikarzt 2008; 37 (3): 123-130). Alle Rechte vorbehalten.

Angiologie

Karotis-Stenosen: Stenting versus Endarterektomie

Die operative Endarterektomie ist der Goldstandard bei der Behandlung von Patienten mit symptomatischen und/oder hochgradigen Stenosen der A. carotis. Die perkutane Revaskularisation mittels Stenting stellt die weniger invasive Alternative dar. Ob diese Methode der operativen äquivalent ist, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen. *N Engl J Med 2008; 358: 1572–1579*

H. S. Gurm et al. haben jetzt die 3-Jahres Daten der Sapphire Studie analysiert. In die Multizenter-Studie wurden 334 Patienten mit symptomatischer Karotisstenose >50% oder asymptomatischer Stenose >80% aufgenommen. Bei den Patienten bestand ein erhöhtes Operationsrisiko (relevante Herzerkrankung, schwere Lungenerkrankung, kontralateraler Karotisverschluss, kontrala-

teraler Ausfall des N. laryngeus, Re-Karotis-Stenose, vorhergegangene Halseingriffe und Alter >80 Jahren). Die Patienten wurden randomisiert entweder mittels Stenting (n=167) oder Endarterektomie (n=167) behandelt. Es galt herauszufinden, wie häufig der kombinierte sekundäre Endpunkt bestehend aus Tod, Schlaganfall und Myokardinfarkt zwischen 30 Tagen und 3 Jahren auftrat.

Nach 3 Jahren waren die Daten von 260 Patienten (77,8%; 85,6% aus der Stent-Gruppe vs. 70,1% aus der Endarterektomie-Gruppe) verfügbar. Der sekundäre Endpunkt trat in beiden Gruppen statistisch mit 24,6% vs. 26,9% gleich häufig auf. Die jeweilige Rate der Todesfälle (18,6% vs. 21%), Schlaganfälle (9% vs. 9%) und Myokardinfarkte (5,4% vs. 8,4%) war ebenfalls nicht unterschiedlich.

● Fazit

Bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko sind die Langzeit-Ergebnisse des perkutanen Karotis-Stentings mit denen der Endarterektomie vergleichbar, so die Autoren.

Dr. med. Fikret Er

Notfallmedizin

Sichere Diagnose bei Dyspnoe dank natriuretischer Peptide?

Akute Dyspnoe ist ein häufiger Grund zur Vorstellung in der Notaufnahme. Differenzialdiagnostisch kommen viele Ursachen für Dyspnoe in Betracht, insbesondere die akute Herzinsuffizienz. Nicht immer kann in der Notaufnahme eine exakte Diagnose gestellt werden. Ob die Bestimmung des NT-proBNP dem Notfallmediziner weiterhilft, untersuchten nun Green et al. *Arch Intern Med. 2008; 168: 741–748*

Die Autoren analysierten retrospektiv die Daten der PRIDE-Studie (ProBNP Investigation of Dyspnea in the Emergency Department). Diese Studie hatte untersucht, ob die Bestimmung des NT-proBNP in der Notaufnahme als zusätzliches diagnostisches Kriterium bei der klinischen Einschätzung hilft, die Patienten mit akuter Dyspnoe zu erkennen, bei denen eine akute Herzinsuffizienz zugrunde liegt. Bei den 592 Patienten, die mit akuter Dyspnoe aufgenommen wurden, sollte sich der jeweils aufnehmende Arzt festlegen, ob die Ursache eine akute Herzinsuffizienz war. Bei allen Patienten wurde das NT-proBNP bestimmt und dies mit der retrospektiv korrekten Diagnose korreliert.

Bei 69% der Patienten wurde eine akute Herzinsuffizienz klinisch sicher ein- oder ausgeschlossen. Bei den übrigen 31% blieb eine diagnostische Unsicherheit. 56% von diesen waren retrospektiv akut herzinsuffizient. Die korrekte Diagnose lag bei den als sicher nicht herzinsuffizient eingeschätzten Patienten bei 0,76 und bei den als sicher herzinsuffizient eingeschätzten bei 0,88. Die Diagnosesicherheit lag demgegenüber für die alleinige NT-proBNP-Bestimmung bei 0,96 bzw. 0,91. Dabei waren die Grenzwerte mit 450 pg/ml, 900 pg/ml und 1800 pg/ml für unter

50-Jährige, 50-75- und über 75-Jährige festgesetzt worden. Wurde die klinische Diagnose mit dem NT-proBNP kombiniert, lag die diagnostische Sicherheit bei nahezu 100%. Die 1-Jahres-Mortalität und -Morbidität lag bei den Patienten, deren akute Herzinsuffizienz nicht erkannt

wurde, signifikant höher als bei den übrigen. Ebenso verlängerte sich die Dauer ihres Krankenhausaufenthaltes.

● Fazit

Allein klinisch kann eine akute Herzinsuffizienz als Ursache der akuten Dyspnoe nicht immer sicher diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Die Bestimmung des NT-proBNP ergänzend zur klinischen Diagnose erhöht die Sicherheit, eine akute Herzinsuffizienz zu diagnostizieren oder auszuschließen, so die Autoren.

Dr. Christoph Feldmann

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. Viola Andresen, Dr. Hanna Enders, Dr. Fikret Er, Dr. Christoph Feldmann, Dr. Katja Flieger, Dr. Wolfram Hartmann, Dr. Stefan Krzossok, Prof. Dr. Peter Lauer, Dr. Ulrike Müller, Klaus Schmidt, Dr. André Schröder-Son, Ines Schulz-Hanke, Dr. Johannes Weiß, Dr. Barbara Weitz, Annett Zündorf

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.

Pädiatrie

Schicksal der Frühgeborenen

Frühgeburten sind die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter. Über die Langzeitfolgen einer vorzeitigen Geburt ist bisher wenig bekannt. Diese haben G. K. Swamy et al. jetzt untersucht. *JAMA 2008; 299: 1429–1436*

JAMA 2008; 299: 1429–1436

Die Autoren stützten sich dabei auf Daten von 1 167 506 Einzelgeburten aus dem norwegischen Geburtenregister der Jahre 1967–1988 und beobachteten sie bis zum Jahr 2002. Untersucht wurden sowohl das allgemeine Mortalitätsrisiko als auch die Mortalitätsrate in der Fetal-, Säuglings-, frühen (bis 6 Jahre) und späten (6–13 Jahre) Kindheits- sowie Jugendlichenphase (> 13 Jahre) bei Frühgeborenen im Vergleich zu termingerecht, d.h. zwischen der 37. und 42. Schwangerschaftswoche (SSW) geborenen Kindern. Zur Beurteilung der Fortpflanzungsfähigkeit sowie des Frühgeburtsrisikos in der Folgegeneration beschränkten sich die Autoren auf Daten von (Früh)Geborenen der Jahrgänge 1967–1976, die sie bis in das Jahr 2004 beobachteten.

60 354 (5,2%) der Kinder, darunter 5,6% Jungen und 4,7% Mädchen, hatten vorzeitig das Licht der Welt erblickt. Bei allen Frühgeborenen war das Mortalitätsrisiko erhöht, insbesondere bei denen, die bereits in der 22.–27. SSW geboren waren. Die Mortalitätsrate zwischen 1. und 6. Lebensjahr betrug bei Frühgeborenen im Vergleich zu termingerecht Geborenen 1,33% (relatives Risiko [RR] 5,3) bei den männlichen und 1,71% (RR 9,7) bei den weiblichen Frühgeburten. Im Gegensatz zu weiblichen Frühgeborenen war die Mortalitätsrate bei zu früh geborenen Knaben (22.–27. SSW und 28.–32. SSW) auch in der späten Kindheit (6–13 Jahre) signifikant erhöht.

Nachkommenschaft stellte sich bei Frühgeborenen seltener ein als bei termingerecht Geborenen. So bekamen nur 13,9% (Männer) bzw. 25% (Frauen) der zwischen 22. und 27. SSW Geborenen Nachwuchs; bei später (zwischen 28. und 32. SSW) Geborenen lagen die Zahlen bei 38,6% bzw. 59,2%. Das Risiko von Frühgeburten auch in dieser Folgegeneration war allerdings nur bei den Frauen erhöht.

● Fazit

Nicht nur die (Langzeit-)Überlebensrate, sondern auch die Fortpflanzungsrate waren bei Frühgeborenen der Jahrgänge 1967–1988 in Norwegen gegenüber termingerecht Geborenen vermindert, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie

In ihrem Editorial kritisieren M.M. Adams und W.D. Barfield, dass Swamy et al. die Schwangerschaftsdauer und nicht das Geburtsgewicht als Bemessungsgrundlage für eine Frühgeburt herangezogen haben. Weiterer Kritikpunkt: Ihre Daten lassen sich weder auf andere Länder noch auf heutige (medizinische) Verhältnisse übertragen. Denn Norwegen nimmt aufgrund seiner homogenen Bevölkerung, der für jedermann zugänglichen medizinischen Versorgung und hohen sozialen Sicherheit einen Sonderstatus ein; außerdem haben sich neonatale (Ultraschall-)Diagnostik und Therapie in den letzten zwei Jahrzehnten wesentlich verbessert.

JAMA 2008; 299: 1477–1478

Dr. Barbara Weitz

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 871 bzw. 990). Alle Rechte vorbehalten.

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator

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

Onkologie

Brustkrebs: individualisierte Therapie durch Genprofil?

Klinisch-pathologische Prognosemodelle differenzieren heterogene Patientengruppen in homogenere Subgruppen, erlauben aber bisher keine maßgeschneiderte Therapie. Acharya et al. untersuchten nun, ob genetische Expressionsmuster, die Biologie und Mikroumgebung des Tumors bestimmen, zu einer präziseren Prognose bzw. Therapieplanung beitragen können. *JAMA 2008; 299: 1574–1587*

Retrospektiv wurden Gewebeproben von 964 Frauen mittels Mikroarray untersucht, bei denen ein Mammakarzinom im Frühstadium festgestellt und eine adjuvante Chemotherapie geplant worden war. 573 Patientinnen bildeten die Evaluierungsgruppe, 391 eine eigenständigen Validierungsgruppe. Alle Studienteilnehmerinnen waren mindestens 11 Jahre beobachtet worden. Die Forscher beurteilten das Rezidivrisiko der Frauen anhand klinisch-pathologischer Prognosefaktoren (Alter, Komorbidität, Östrogenrezeptorstatus, Tumorgrad und -größe sowie Lymphknotenstatus) als gering, mäßig bzw. hoch.

Sowohl im Arm mit geringem wie auch in den Armen mit mäßigem bzw. hohem Rezidivrisiko identifizierten die Forscher Subgruppen von Frauen mit prognostisch signifikantem Genprofil: So überlebten Frauen mit geringem Rezidivrisiko, aber genetisch belegter onkologischer Deregulation 19 Monate kürzer als Frauen derselben Rezidivrisikogruppe ohne dieses Expressionsmuster. In der Gruppe mit mäßigem Rezidivrisiko betrug dieser Unterschied bis zu 54 Monate, in jener mit hohem Rezidivrisiko bis zu 16 Monate. Diese Ergebnisse bestätigten sich sowohl in der Multivarianzanalyse als auch in

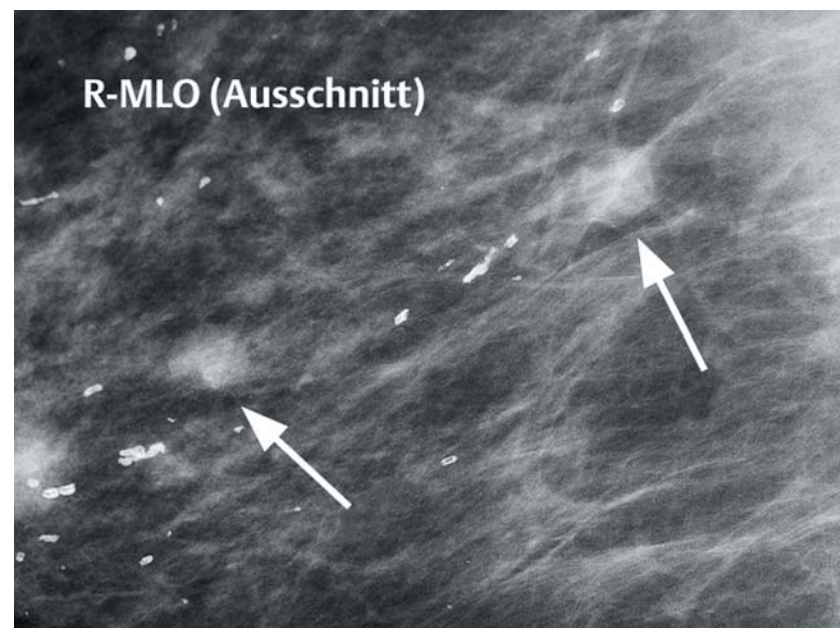
der Untersuchung an der Validierungsgruppe. Die klinisch-genetisch charakterisierten Subgruppen wiesen außerdem spezifische Sensitivitätsmuster gegenüber zytotoxischen Standardtherapien auf.

● Fazit

Spezifische Muster der onkogenen Deregulation sowie Expressionsmuster, die Tumorbiologie und die Mikroumgebung des Tumors beeinflussen, können die klinisch-pathologische Patientenklassifikation verbessern, so die vorläufige Einschätzung der Autoren. Acharya et al. identifizierten Patientensubgruppen mit schlechter Prognose, deren Genprofile hoch spezifisch waren und sich von den molekularen Merkmalen der Subgruppen mit guter Prognose eindeutig unterschieden. Die Betrachtung ganzer genetischer Expressionsmuster anstelle einzelner Gene fördere das Verständnis der Tumorbiologie und ermögliche es so, eine individuell effektive Therapie zu entwickeln.

● Kommentar zur Studie

C. C. Huang et al. bewerten die Ergebnisse als ermutigend und den prog-



62-jährige Patientin mit beidseitigem Mammaneoplasma. Zielaufnahme der Verschattungen (Bild: Atlas der Mammadiagnostik. V. Barth et al. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 2008).

nostischen Wert als hoch. Hier seien die Expressionsmuster von Genen betrachtet worden, die Einblick in die biologische Entwicklung des Mammakarzinoms gewähren. Weil diese Gene potenzielle Ziele einer molekularen Therapie sind, könne der Ansatz von Acharya et al. ein Fortschritt in der sich verändernden Landschaft der

Onkologie sein, hin zum individualisierten Patientenmanagement. Dennoch bedürfe die Bestimmung der Gensignatur mittels Mikroarray einer Bestätigung in prospektiven Studien. *JAMA 2008; 299: 1605–1605*

Ines Schulz-Hanke

Prävention

DASH-Diät verringert Sterblichkeitsrisiko

In den Ernährungsempfehlungen für Amerikaner wird seit 2005 die DASH-Diät (Dietary Approach to Stop Hypertension) empfohlen. Die Kombination aus viel Obst und Gemüse, wenig tierischem und viel pflanzlichem Protein sowie fettreduzierten Milchprodukten senkt den Blutdruck nachweislich. Ob die Diät auch das Risiko für koronare Herzkrankheit (KHK) und Schlaganfall beeinflusst, untersuchten nun T. Fung et al. *Arch Intern Med 2008; 168: 713–720*

Dafür nutzten sie die 1976 gestartete „Nurses Health Study“, bei der 121 700 Krankenschwestern zwischen 30 und 55 Jahren regelmäßig Auskunft über Lebensstil und gesundheitsrelevante Fakten gaben. In die aktuelle Studie wurden die 88 517 Frauen integriert, die 1980 einen Fragebogen zu Lebensmittelaufnahme vollständig beantworteten, zu diesem Zeitpunkt täglich zwischen 500 und 3500 kcal/Tag aufnahmen und keine Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes hatten. Die Teilnehmer füllten bis 2004 alle 2 Jahre den Fragebogen aus. Anhand dessen wurden ein Punktesystem entwickelt und die Teilnehmerinnen in Quintile eingeteilt. Zu Quintile 1 gehörten Frauen, die die DASH-Diät eher wenig befolgten und deshalb wenige Punkte bekamen. In Quintile 5 waren die Frauen mit den meisten Punkten. Sie hielten sich eng an die DASH-Empfehlungen.

Während der Studie erlitten 2129 Frauen einen nichttödlichen Herzinfarkt, 976 starben an KHK, 3105 bekamen einen Schlaganfall. Der DASH-Score und das Risiko einer KHK hingen dabei umgekehrt zusammen. So hatten nach der statistischen Anpassung von Risikofaktoren wie Alter und Rauchen, Frauen aus Quintile 5, ein relatives Risiko von 0,76 für KHK im Vergleich zu Frauen aus Quintile 1. Das

relative Risiko für einen Schlaganfall lag für diese Gruppe bei 0,82.

● Fazit

Eine Ernährung nach der DASH-Diät senkt bei Frauen mittleren Alters das Risiko, einen Schlaganfall oder eine KHK zu bekommen. Die Ergebnisse dieser Langzeitstudie stehen im Einklang mit den Ergebnissen kürzerer klinischer Studien, die zeigten, dass die DASH-Diät sowohl den systolischen als auch den diastolischen Blutdruck senkt, so die Autoren.

Annett Zündorf

Kardiologie

Lipoprotein(a) und koronare Herzkrankung

Ergebnis vieler Studien ist, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Lipoprotein(a) (Lp(a)) und kardiovaskulären Erkrankungen besteht. Wie diese Verbindung genau aussieht – ob sie von etablierten Risikofaktoren abhängt oder sich in einzelnen Patientengruppen unterscheidet, wurde allerdings nicht untersucht. A. Bennet et al. präsentieren nun neue Daten. *Arch Intern Med 2008; 168: 598–608*

In der bisher größten Einzelstudie zu diesem Thema untersuchten die Autoren 2047 Patienten, die einen nicht-tödlichen ersten Herzinfarkt hatten oder während der Studie an einer koronaren Herzkrankung starben. Diese verglichen sie mit 3921 Personen einer Kontrollgruppe. Zusätzlich wurde die Veränderung der Lp(a)-Konzentrationen bei 372 Teilnehmern im Abstand von 12 Jahren gemessen. Die Männer (geboren 1907–1934) und Frauen (1908–1935) wurden unter den Teilnehmern der 1967 begonnenen Reykjavik-Studie

gesucht. Für die Studie wurden weitere Werte wie Alter, Geschlecht, Zigarettenkonsum, Diabetes, Body-Mass-Index und Blutdruck erhoben, zudem Marker wie C-reaktives Protein, Hämoglobin und nüchternen Glukosewert gemessen. Die Lp(a)-Level standen wenig oder gar nicht in Korrelation zu bekannten kardiovaskulären Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, Blutdruck und Cholesterinwerten. Sie veränderten sich zudem bei den einzelnen Probanden kaum innerhalb der 12 untersuchten Jahre. Die Odds Ratio für eine koro-

näre Herzkrankung blieb auch nach Anpassung an etablierte Risikofaktoren bei 1,60 (Vergleich des extremen Drittels der Lp(a)-Werte). Sie stieg zwar mit steigenden Lp(a)-Werten an, variierte aber nicht wesentlich in den einzelnen Gruppen.

● Fazit

Es gibt bei vielen Menschen einen Zusammenhang zwischen dem Lp(a)-Wert und dem Risiko einer koronaren Herzkrankung. Allerdings sind die Werte über viele Jahre stabil und kaum mit bekannten Risikofaktoren korreliert. Deshalb muss weiter geforscht werden, ob und welche Rolle sie in der Prävention koronarer Herzkrankungen spielen, so die Autoren.

Dr. med. Katja Flieger

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 501, 223, 755, 1050). Alle Rechte vorbehalten.

Anzeige
224 x 80

Ärztliche Schweigepflicht Basis für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung

Schon in der Antike gab es für Ärzte die Pflicht, vertrauliche Informationen ihrer Patienten für sich zu behalten. Genauso wie damals ist auch heute die Verschwiegenheit der Mediziner unerlässlich, damit Patienten ihnen alle wichtigen Informationen geben. Nicht immer jedoch ist die Sache mit der Schweigepflicht ganz einfach.

Vertrauen ist die Basis jeder Beziehung zwischen Arzt und Patienten. Da wohl kaum ein Patient möchte, dass andere Menschen Dinge erfahren, die er seinem Arzt mitgeteilt hat, ist die Schweigepflicht eine wesentliche Säule dieses Vertrauens. Die Schweigepflicht ist schon im Eid des Hippokrates (um 460 bis um 370 v. Chr.) verankert, der das älteste diesbezügliche Dokument darstellen dürfte und als Vorläufer der modernen Gesetzgebung gelten kann. „Was immer ich sehe und höre bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf“, heißt es dort unter anderem.

• Strafrechtlich geregelt

Ursprünglich wurde die ärztliche Verschwiegenheit lediglich als Berufspflicht angesehen. Im Jahr 1871 wurde der nicht gerechtfertigte Bruch dann auch strafrechtlich durch das Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches sanktioniert. Aus dem Grundgesetz lässt sich das Recht des Einzelnen auf Privat- und Intimsphäre sowie auf informationelle Selbstbestimmung ableiten. Dies sind gewissermaßen die modernen Grundlagen der Schweigepflicht. Im Strafgesetzbuch (StGB) wird sie durch die Paragraphen 203 folgende geregelt. Verpflichtet zur Verschwiegenheit sind neben Ärzten, Zahnärzten oder Apothekern auch Pflegepersonal oder Arzthelferinnen sowie Praktikanten im Rahmen ihrer Ausbildung. Kurioserweise sind in der Auflistung Heilpraktiker nicht erfasst und können damit bei Bruch der Verschwiegenheit auch nicht strafrechtlich belangt werden – allerdings sehr wohl zivilrechtlich.

„Geheimgehalten werden muss prinzipiell alles, was der Arzt im professionellen Kontakt von seinem Patienten erfährt, auch über dessen Tod hinaus“, erklärt Dr. med. Markus Parzeller, niedergelassener Rechtsanwalt und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Rechtsmedizin der Universität Frankfurt am Main. Schon alleine die Tatsache, dass der Patient überhaupt einen Arzt aufgesucht hat oder im Krankenhaus behandelt wird, unterliegt der Schweigepflicht. Die ist übrigens gegenüber allen Personen zu wahren, die mit der Behandlung des Patienten nicht unmittelbar etwas zu tun haben. Also darf man sich mit Kollegen, die den Patienten nicht betreuen, nur anonymisiert über den Fall, nicht aber über

den konkreten Menschen austauschen. Ansonsten würde man die Schweigepflicht verletzen.

• Unterschiedliche Sanktionsmöglichkeiten

Ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht kann auf verschiedene Art und Weise geahndet werden. Zunächst einmal ist dies im Strafgesetzbuch als Straftatbestand verankert. Gibt ein Arzt vertrauliche Informationen eines Patienten weiter, so drohen Gefängnis bis zu einem Jahr oder Geldbußen. Verkauft er gar solche Informationen an Dritte – vorstellbar wäre beispielsweise, Krankenakten Prominenter an die Boulevardpresse zu veräußern – kann dies mit bis zu zwei Jahren Freiheitsstrafe oder ebenfalls einer Geldbuße geahndet werden. Die strafrechtliche Verfolgung setzt allerdings als sogenanntes absolutes Antragsdelikt einen Strafantrag voraus. Das heißt, der geschädigte Patient muss seinen Arzt bei der Staatsanwaltschaft anzeigen, die dann eine Strafverfolgung einleitet. Von sich aus wird die Staatsanwaltschaft in solchen Fällen niemals tätig. Wichtig ist auch, dass ein solcher Verstoß vorsätzlich geschieht. „Wird beispielsweise ein Arztbrief versehentlich an eine Privatnummer gefaxt und nicht an den weiterbehandelnden Kollegen, würde dies keine strafrechtlichen Folgen haben“, erklärt Parzeller. Allerdings können dennoch zivilrechtliche Konsequenzen drohen.

Im Zivilrecht wird nicht der Staat aktiv, sondern der geschädigte Patient. Der könnte dann wegen eines fehlgeleiteten Briefes einen Zivilprozess anstrengen. Beispielsweise wäre folgender Fall denkbar: In der Presse wurde über den Gesundheitszustand eines Profisportlers berichtet, weil sein behandelnder Arzt die Schweigepflicht gebrochen hatte. Deswegen sind ihm wichtige Werbeverträge oder Vereinsverpflichtungen entgangen. Dieser Sportler könnte bei Gericht – unabhängig von einem Strafverfahren – Klage einreichen und sowohl Schadensersatz für die entgangenen Einnahmen verlangen, als auch Schmerzensgeld, da seine Persönlichkeitsrechte verletzt wurden. Der Patient muss im Streitfall jedoch darlegen und beziffern, welcher Schaden ihm durch den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht konkret entstanden ist. Geahndet werden kann ein solcher Verstoß auch arbeitsrechtlich: missachtet ein angestellter Arzt wiederholt seine Schweigepflicht, kann der Arbeitgeber ihm (außerordentlich) kündigen. Als letzte Konsequenz drohen



Bevor man Angehörigen am Telefon Auskunft gibt, sollte man das Einverständnis des Patienten einholen.

die bereits geschehen sind und bei denen keine Wiederholungsgefahr besteht. Nicht verpflichtet, aber berechtigt, vertrauliche Informationen weiterzugeben, sind Ärzte beispielsweise dann, wenn sie eine Kindesmisshandlung vermuten und dafür hinreichende Anhaltspunkte haben. Auch bei uneinsichtigen Patienten, die am Straßenverkehr teilnehmen, obwohl dies aus medizinischer Sicht nicht mehr vertretbar ist, darf der Arzt sein Schweigen brechen. Es empfiehlt sich jedoch, dies zunächst mit dem Patienten zu besprechen und zu versuchen, ihn zu einem vernünftigen Verhalten zu bewegen sowie ihm gegebenenfalls eine Frist zu set-

zen. Ist der Patient weiterhin uneinsichtig, darf der Arzt seine Verschwiegenheitspflicht verletzen und den Fall melden. Eine weitere Möglichkeit, die Schweigepflicht zu brechen, besteht aber auch, wenn es darum geht, eigene Interessen zu wahren. Zahlt ein Patient etwa seine Rechnung nicht, darf der Arzt im Falle eines Rechtsstreits Angaben zu Krankheit und Behandlung des Patienten machen. Ist anderenfalls ein Patient in einen Prozess verwickelt, hat der Arzt ein Zeugnisverweigerungsrecht. Er braucht also vor Gericht keine Angaben über diesen Patienten zu machen. Nach höchstrichterlicher Auffassung muss er allerdings nicht über dieses Recht unterrichtet werden, da eine Kenntnis der Sachlage von ihm erwartet wird.

• Bruch der Schweigepflicht manchmal erforderlich

Nicht immer jedoch muss ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht juristische Konsequenzen nach sich ziehen. Beispielsweise dann nicht, wenn Patienten ihren Arzt von der Schweigepflicht entbinden, weil ihre Versicherung Auskünfte fordert. Der Jurist Parzeller rät jedoch für solche Fälle, sich die Entbindung vom Patienten schriftlich bestätigen zu lassen. Ähnliches gilt auch dann, wenn der Arzt Informationen an einen konsiliarisch tätigen Kollegen weitergeben möchte. „Wenn man auf Nummer sicher gehen will, sollte man den Patienten zuvor darüber informieren und sein Einverständnis einholen“, empfiehlt Parzeller. Dies sei aber nicht zwingend schriftlich erforderlich und ein Eintrag in der Krankenakte prinzipiell ausreichend.

In bestimmten Fällen kann der Arzt die Schweigepflicht jedoch auch ohne Einverständnis des Patienten brechen, ja manchmal muss er das sogar. Beispielsweise bei Infektionskrankheiten, die der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz unterliegen. Auch wenn der Patient seinem Arzt davon berichtet, dass er eine schwere Straftat wie etwa einen Mord plant, ist der Arzt dazu verpflichtet, sein Schweigen zu brechen. Dies gilt allerdings nicht für Delikte,

die bereits geschehen sind und bei denen keine Wiederholungsgefahr besteht. Nicht verpflichtet, aber berechtigt, vertrauliche Informationen weiterzugeben, sind Ärzte beispielsweise dann, wenn sie eine Kindesmisshandlung vermuten und dafür hinreichende Anhaltspunkte haben. Auch bei uneinsichtigen Patienten, die am Straßenverkehr teilnehmen, obwohl dies aus medizinischer Sicht nicht mehr vertretbar ist, darf der Arzt sein Schweigen brechen. Es empfiehlt sich jedoch, dies zunächst mit dem Patienten zu besprechen und zu versuchen, ihn zu einem vernünftigen Verhalten zu bewegen sowie ihm gegebenenfalls eine Frist zu set-

• Telefonische Auskünfte problematisch

Ein Problem, mit dem viele Ärzte täglich konfrontiert werden, sind Auskünfte am Telefon. „Ist der Patient bei Bewusstsein, sollte man sich von ihm selbst die Telefonnummer der nächsten Angehörigen geben lassen und diese dann mit seinem Einverständnis informieren“, rät der Jurist Parzeller. Rufen Angehörige von sich aus an, empfiehlt es sich, Namen und Telefonnummer zu notieren und mit dem Patienten zu besprechen, ob man dieser Person Auskunft geben darf. Anschließend kann man zurückrufen. „Namen und Telefonnummer zu erfragen, hilft häufig auch, wenn der Anrufer eigentlich nicht berechtigt ist, Auskünfte zu erhalten. Wenn es sich also beispielsweise um einen neugierigen Nachbarn handelt“, berichtet Parzeller. Schwieriger wird es, wenn der Patient bewusstlos oder nicht orientiert ist. Hier muss man – ähnlich wie bei der Einwilligung – abwägen, ob der Patient mutmaßlich damit einverstanden wäre, dass man Auskünfte über ihn erteilt. „Ein Patentrezept gibt es hier allerdings nicht“, sagt Parzeller.

Auch bei Minderjährigen kann es zu gewissen Schwierigkeiten im Hinblick auf die Schweigepflicht kommen. Denn es besteht unter Umständen ein Konflikt zwischen dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der minderjährigen Patienten, die ebenso einen Anspruch auf Verschwiegenheit des Arztes haben, und dem Informationswunsch der Eltern. Letztlich muss der behandelnde Arzt zwischen diesen Interessen abwägen und den Reifezustand seines jungen Patienten beurteilen. Bei geistig und sozial reifen Jugendlichen an der Grenze zur Volljährigkeit sieht Parzeller daher kein Problem, wenn Sie wünschen, dass ihre Eltern nichts vom Arztkontakt erfahren. Anders ist es dagegen bei noch jüngeren Patienten, die nicht wollen, dass ihre Eltern informiert werden. „Hier empfehle ich, genau abzuwägen, wie fortgeschritten die geistige Reife des Patienten ist und im Zweifelsfall auch zum Wohle des Minderjährigen doch lieber die Eltern zu informieren“, sagt Parzeller.

• Vorsicht bei Praxisübergaben

Ein ebenfalls nicht zu unterschätzendes Problem sind Patientenkarteeien, die im Rahmen von Praxisübernahmen an den Nachfolger weitergegeben werden. Auch wenn das gängige Vorgehen nicht selten anders aussieht: Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 1992 muss der Patient seine Zustimmung zur Weitergabe der Daten erteilen. Anderenfalls wäre es ein Bruch der Schweigepflicht. Die Tatsache alleine, dass sich ein Patient vom Nachfolger behandeln lässt, reicht nicht aus, um die gesammelten Informationen verwerten zu dürfen. „Will man juristisch korrekt handeln, muss der Vorgänger alle seine Patienten fragen, ob sie mit einer Weitergabe ihrer Karteikarten an den Nachfolger einverstanden sind“, erläutert Parzeller. Arbeitet der Nachfolger aber zunächst als Angestellter für eine gewisse Zeit in der Praxis mit, kennt er die Patienten. Dann stellt die Weitergabe der Daten keinen Bruch der Schweigepflicht mehr dar, da er ja mitbehandelnder Arzt war. „Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die vielfältigen Frage zur ärztlichen Schweigepflicht aber kaum ein pauschaler Rat erteilen, da man immer die Besonderheiten des Einzelfalls berücksichtigen muss“, schränkt Rechtsanwalt Parzeller ein. Erfreulicherweise kommen Verstöße, die juristisch verfolgt werden, jedoch nur sehr selten vor. Denn schließlich würde sich ein Arzt, der seine Schweigepflicht verletzt und so das Vertrauen seiner Patienten verspielt, die Arbeitsgrundlage entziehen.

Dr. med. Johannes Weiß

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 558-559). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw