

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

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

Nr. 10 • Oktober 2008

Inhalt

Gastkommentar

Gesundheitskultur vs. Gesundheitswirtschaft

Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss der kranke Mensch stehen, fordert Bundesärztekammer-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe in seinem Gastkommentar. Das Gesundheitswesen sei keine Gesundheitswirtschaft.

Seite 4

Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg

Von A wie Arzneimitteltherapie bis V wie Vergütung

Der hausarztzentrierte Versorgungsvertrag in Baden-Württemberg startet am 1. Oktober 2008. Der BDI informiert Sie umfassend über diesen Vertrag: Über die Vergütung, die Vertragsphilosophie bezüglich der Arzneimitteltherapie und die Qualitätskontrolle.

Seite 6

Kasuistik

Milzruptur nach Koloskopie

Die Koloskopie ist ein exzellentes diagnostisches und Therapeutisches Standardverfahren mit extrem geringer Komplikationsrate. Eine Milzruptur nach Koloskopie ist eine seltene, potenziell jedoch vital bedrohliche Komplikation.

Seite 10

Herzinsuffizienz

Primärdiagnostik in Klinik und Praxis

Die Diagnose „Herzinsuffizienz“ gründet sich auf Symptomen wie Ruhe- und Belastungs-dyspnoe und dem Nachweis einer kardialen Dysfunktion. Im Einzelfall hängt die Vorgehensweise auch von Lebensalter, Geschlecht, Risikokonstellation und Komorbidität ab.

Seite 11

Impressum

Seite 14

Honorarreform: 2,5 Milliarden € zusätzlich

Ein Schritt in die richtige Richtung

Mehr als 2,5 Milliarden Euro – so lautet die überraschende Botschaft – stehen ab 2009 den Vertragsärzten in Deutschland zusätzlich zur Verfügung. Für sich betrachtet eine Riesensumme. Die KBV hatte 4,5 Milliarden gefordert, die Kassen hätten am liebsten nicht mehr als seither bezahlt. Der Schlichter Prof. Dr.

Jürgen Wasem hat den Ausschlag gegeben: Mit seiner Hilfe ist die Entscheidung für den Kompromiss gefallen. Man darf davon ausgehen, dass er sich vorher Rückendeckung beim Ministerium geholt hat. Ohne dessen Jawort hätte er gegen den geballten Widerstand der Krankenkassen kaum diese Summe durchsetzen können.

Der KBV darf man zu dieser Entwicklung gratulieren – sie ist doch kein Papiertiger, wenn es um Honorarverhandlungen geht. Die Entscheidung muss im Licht der praktischen Vorgaben – Ausgabenobergrenze der Kassen, Gesundheitsfonds, bundesweiter fester Orientierungspunkt für vertragsärztliche Leis-

tungen und Mengenbegrenzung über Regelleistungsvolumina – analysiert werden.

Die gute Nachricht zuerst: Die Krankenkassen können und dürfen mehr Geld für die Vertragsärzte ausgeben. Der Gesundheitsfonds muss erhöht werden, der bundeseinheitliche Beitragssatz dürfte nach Schätzungen um

0,25 Prozentpunkte belastet werden. Dies sollte dem Beitragszahler eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung auch wert sein. Der bundeseinheitliche Orientierungspunkt dürfte im Vergleich zu 2008 steigen. Im Vergleich zu 2007 aber wohl nicht, hat doch der neue EBM zu einer Steigerung der Punktzahlen von etwa 10 % durch die mehr als angemessene Erhöhung der Kalkulationsgrundlage geführt.

Die 2,5 Milliarden machen eben genau auch 10 % der Gesamtvergütung aus.

Lesen Sie weiter auf Seite 2



Die Honorarreform ist ein Schritt in die richtige Richtung, doch ein Berg von Problemen muss erst noch bezwungen werden: Der Teufel steckt wie immer im Detail

Bayerischer Landeswahlkampf

Kampf der Monopole

Die bayerische Landesregierung, vor allem ihr Ministerpräsident Beckstein und die CSU mit ihrem Vorsitzenden Huber, stehen in einem wichtigen Landtagswahlkampf, der auch große bundespolitische Bedeutung hat. Die Ärzte sind dort eine wichtige Zielgruppe. Einmal möchte man sie trotz ihrer eher geringen Wählerzahl nicht verlieren, zum anderen weiß man, dass Ärzte – gewollt oder ungewollt – auch beim Bürger politischen Einfluss ausüben können.

Die Aktion des Hausärztesverbandes mit dem Korbmodell ist zwar fehlgeschlagen, ihr Vorsitzender Hoppenthaler hat dabei aber ein großes Echo in der Öffentlichkeit erreicht. Viele Bürger haben bemerkt, dass es bei der gesundheitspolitischen Diskussion ans Eingemachte geht. Ihre Versorgung steht auf dem Spiel.

Offensichtlich hat sich der Ministerpräsident selbst der Sache angenommen, ohne dass man ihn als ausgewiesenen Kenner unseres verzwickten Gesundheitssystems bezeichnen kann. Um die Hausärzte zu befrieden, hat er einen mit heißer Nadel geschriebenen Gesetzentwurf eingebracht, der den Störenfried Hoppenthaler mit seinem Verband zufrieden stellen soll.

In der Vorlage sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, mit Berufsverbänden – er meint sicher den Hausärztesverband – Honorarverträge nach § 73b SGB über die hausarztzentrierte Versorgung abzuschließen, wenn sie einen Organisationsgrad von 50 % erreichen. In der hausärztlichen Versorgung etabliert der Gesetzentwurf diesen Verband als Zusatz-KV. Die Verpflichtung zum Vertragsabschluss führt damit ein weiteres Vertragsmonopol ein.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

GKV-WSG und die Folgen

Der Basistarif ist kein PKV-Tarif

Für die private Krankenversicherung bringt das GKV-WSG die weitestreichenden Folgen. Die Neuregelungen der Gesundheitsreform bedeuten eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die PKV, verbunden mit erheblichen Wettbewerbsnachteilen gegenüber der GKV. Klar ist: Der Basistarif ist kein normaler PKV-Tarif; für ihn gilt nur der restriktive Leistungskatalog der GKV.

Die ersten Auswirkungen lassen sich bereits an konkreten Zahlen ablesen, heißt es im Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2007. In dem vergangenen Jahr ist der Nettozugang zur PKV mit 59 900 Personen um fast 50 % gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen – eine direkte Folge der erschwerten Wechselbedingungen, die für gesetzlich versicherte Angestellte seit dem 2. Februar 2007 gelten.

Die dreijährige Wartezeit an der Versicherungspflichtgrenze schränkt den Zugang von Arbeitnehmern in die PKV erheblich ein. Dies ist eine deutliche Wettbewerbsverzerrung zugunsten der GKV.

Lesen Sie weiter auf Seite 5

Individuelle Gesundheitsleistungen aus Sicht des WIdO

IGeL erfreuen sich steigender Nachfrage

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) mit Argwohn. Unter den Ärzten ist die Akzeptanz zwiespältig, und bei den Patienten wächst die Nachfrage, wie eine aktuelle WIdO-Umfrage zeigt.

Jeder vierte GKV-Versicherte (26,7 %) hat im Laufe der letzten zwölf Monate in einer Arztpraxis sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) angeboten bzw. in Rechnung gestellt bekommen (zahnärztliche Leistungen ausgenommen). Die aktuellen Zahlen, so Geschäftsführer Jürgen Klauber vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), sind im Vergleich zum Vorjahr erneut leicht gestiegen. Insgesamt werde mit IGeL – hochgerechnet – aktuell ein Umsatz von rund einer Milliarde Euro erzielt. Dies sind Ergebnisse einer aktuellen Analyse zur Entwicklung im IGeL-Markt. Sie basiert auf einer bundesweiten telefonischen Befragung von 3000 gesetzlich Krankenversicherten im Zeitraum Juni/Juli 2008.

Lesen Sie weiter auf Seite 8

Editorial

Die Prävention von Erkrankungen ist eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, ...

... der sich die Ärzteschaft nie verschlossen hat und für die sie sich immer einsetzen wird. Egal ob es sich um Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention handelt. Wenn Prävention ernst genommen und umgesetzt wird, kann nicht nur der Einzelne im Alter gesünder und länger leben. Wahrscheinlich werden auch dem Gesundheitssystem für dadurch vermeidbare chronische, gerade auch internistische Erkrankungen überflüssige Ausgaben erspart.

Auch die Politik hat die Bedeutung der Prävention für den ein-

zelnen Bürger und die Bevölkerung als Ganzes erkannt. Sie soll deshalb neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zur vierten, eigenständigen Säule unseres Gesundheitswesens ausgebaut werden. Sie hat Bedeutung für jede Altersklasse und beginnt bereits mit der Geburt. Nur als pars pro toto sei hier an die Erfolge der Vorsorgekoloskopie seit der Kostenübernahme durch die Kassen ab dem 55. Lebensjahr erinnert. Die hohe Entdeckungsrate kolorektaler Adenome und Karzinome bei hoher Prozessqualität und minimalem Komplikationsrisiko – allerdings bei mit 1,5% der Zielpopulation noch zu geringer Teilnahme –

zeigt eindrucksvoll den bevölkerungsmedizinischen Nutzen von Prävention.

Prävention mit hoher Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kostet aber Geld, zusätzliches Geld, selbst in den Jahren strenger Budgetierung. Wer aber, wie jetzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, nicht nur niedrigere Honorare, sondern darüber hinaus eine Mengenbegrenzung für Präventionsleistungen fordert und durchsetzen will, andererseits die Wichtigkeit von Prävention in Sonntagsreden immer wieder betont und sogar Bonuszahlungen bei verstärkter Inanspruchnahme

von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen an ihre Versicherten bezahlt, entlarvt sich selbst. Prävention als Marketingartikel im Konkurrenzkampf der Krankenkassen auf Kosten der Ärzteschaft – so sieht Krankenkassenpolitik realiter aus. Die Politik ist gefordert, hier einzuschreiten, will sie mit ihren Bemühungen um Präventionsförderung ernst genommen werden.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Unser ärztliches Engagement für mehr Prävention darf von den Krankenkassen nicht in dieser Form missbraucht werden. Dafür werden wir uns auch für sie in unserem Berufsverband, dem BDI e.V., aktiv einsetzen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Honorarreform: 2,5 Milliarden € zusätzlich (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Schritt in die richtige Richtung

Der Geburtsfehler wird nicht behoben

Allen muss deshalb klar sein: Dieses Geld reicht gerade aus, um den einvernehmlich mit den Kassen ausgehandelten, kalkulatorisch abgesicherten Mehrbedarf im Vergleich zum EBM 2000 plus abzudecken – eben 10 %. Auf der Kalkulationsbasis von 2008 gibt es für den einzelnen Punkt im Vergleich zu 2007 nicht mehr Geld!

Die 2,5 Milliarden Euro reichen gerade aus, den entstandenen Mehrbedarf zu finanzieren. Die Geburtsfehler der ärztlichen Vergütung werden selbst durch diese großzügig scheinende Summe nicht behoben.

Bei der Einigung mit den Krankenkassen ist der bundeseinheitliche Orientierungspunkt auf 3,5058 Cent für das Jahr 2009 festgelegt worden. Damit ergibt sich weiter eine erkleckliche Differenz zu dem kalkulatorischen Punktwert des EBM von 5,11 Cent. Dies wird unverändert zu einer massiven Unterfinanzierung des Systems in der Zukunft führen. Der Fehler, der bei der Einführung des EBM 2000 plus gemacht wurde, nämlich nicht auf 5,11 Cent bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu bestehen, ist nicht behoben – leider.

Weiterhin getrennte Vergütung für Hausärzte und Fachärzte

Insgesamt hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung wesentliche Punkte ihres Forderungskataloges gegenüber den Krankenkassen mit Hilfe des Schlichters durchsetzen können. So wird es bis zum Jahre 2011 weiter eine Trennung zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung bei den Ausgaben

der Krankenkassen für die ambulante Versorgung geben. Dies verhindert eine massive Honorarverschiebung zwischen den Hauptgruppen der Kassenärztlichen Versorgung. Hier war besonders befürchtet worden, dass eine Verschiebung zu Lasten der Fachärzte eintritt, ohne dass die Krankenkassen entsprechende Mehrvergütungen zahlen.

Der bundeseinheitliche Punktwert hätte außerdem zu einer massiven Umverteilung der Gelder für die vertragsärztliche Versorgung zwischen armen und reichen Bundesländern geführt. Es wäre ein weiterer Finanzausgleich, dies war bei der ambulanten Versorgung zustande gekommen. Dieser wird durch die Vorgaben mit den Krankenkassen abgemildert.

Der Teufel steckt im Detail!

Ein großes Problem bilden auch weiterhin die extrabudgetär bezahlten Leistungen. Es ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zwar gelungen, die extrabudgetären Leistungen für die Prävention, das ambulante Operieren und für die belegärztliche Vergütung aus der Budgetkalkulation herauszunehmen. Dies bedeutet, dass es keine Mengenbegrenzung bei der Leistungserbringung gibt und die Menge voll zu Lasten der Krankenkasse gehen wird. Damit ist auch ein Regulativ über Regelleistungsvolumina nicht umsetzbar.

Diese drei Leistungsgruppen sind landauf landab mit deutlich höheren Punktwerten, teilweise mit mehr als 5 Cent vergütet worden, um Defizite der EBM-Kalkulation zu beseitigen. Man hat sich zwar darauf geeinigt, zum Ausgleich dieser Punktwertverluste im Vergleich zum Orientie-

rungspunkt die EBM-Bewertung anzuheben, um einen finanziellen Ausgleich zu schaffen. Es muss aber offen bleiben, ob die noch zu definierenden Punktwerte in den KVEn akzeptabel sind. Außerdem erscheint nicht sicher, dass auch alle bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen

in der Vorlage erfasst sind. Hoffentlich gibt es hier kein böses Erwachen. Man sieht der Teufel steckt weiter im Detail: Die 2,5 Milliarden Euro sind ein guter und angemessener Schritt, mehr aber bis jetzt nicht.

HFS



Dr. med. Egon Kreis

Budelmann-Preisträger Dr. med. Egon Kreis ist verstorben

Am 9. August 2008 ist BDI-Mitglied Dr. Egon Kreis im Alter von 85 Jahren in Koblenz verstorben.

Der Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. hat Kreis zur Würdigung seiner Verdienste um die deutschen Internisten im Jahre 1989 die Günther-Budelmann-Medaille verliehen.

Egon Kreis, der sich 1961 als Internist in Koblenz niedergelassen hatte, hat sich frühzeitig in der ärztlichen Berufspolitik engagiert und sich in den Selbstverwaltungsgremien der Körperschaften KV und ÄK für die Kollegen eingesetzt, so als Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Koblenz und als Vorsitzender der Bezirksärztekammer Koblenz. In Anerkennung seiner Verdienste wurde Kreis im Jahre 1984 vom Ministerpräsidenten des Landes Rheinland-Pfalz der Ehrentitel „Sanitätsrat“ verliehen.

Seine umfangreichen gesundheits- und sozialpolitischen Erfahrungen brachte er erfolgreich in den BDI ein. Als Vorsitzender der Landesgruppe Koblenz und langjähriges Vorstandsmitglied wirkte er als kluger Ratgeber an den verbandspolitischen Zielsetzungen zum Wohle der Internisten mit.

Der BDI wird Egon Kreis in bleibender Erinnerung behalten.

KS

Der BDI gratuliert

Dr. Gottfried von Knoblauch neuer Präsident der Landesärztekammer Hessen

Am 30. August hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen den Internisten Dr. Gottfried von Knoblauch zum neuen Präsidenten gewählt. Dr. Ursula Stüwe, Marburger Bund (MB), wurde nicht wiedergewählt. Der MB ist im neuen Präsidium nicht mehr vertreten.

Der BDI begrüßt die Wahl, ist Dr. von Knoblauch, der seit Jahren in vielen Gremien des BDI und der GFB aktiv. Er freut sich, dass ein Mitglied des erweiterten Vorstandes dieses wichtige Amt übernommen hat.

Diese Entscheidung sichert u.a. auch die seitherige Politik der LÄK Hessen bei der Weiterbildungsordnung ab – war doch Hessen in der Vergangenheit ein Vorreiter für die Beibehaltung und Wiedereinführung des Internisten ohne Schwerpunkt.

Der BDI wünscht Herrn Dr. von Knoblauch viel Erfolg in seinem Amt. Er wird viel Integrationskraft brauchen, um in Zukunft auch den Marburger Bund wieder in die Kammerarbeit einzubinden und die hessischen Ärztinnen und Ärzte zusammenzuhalten.

HFS

Bayerischer Landeswahlkampf (Fortsetzung von Seite 1)

Kampf der Monopole

● **Nicht nur ein Pferdefuß**
Viele Gesundheitspolitiker außerhalb von Bayern widersprechen nicht; sie setzen auf ihre politische Intention, den Gatekeeper Hausarzt besser als seither zu etablieren. Die KV mit ihren Verträgen nach 73b wird abgewatscht, weil man ihr unterstellt, mit diesen Verträgen den Qualitätsgedanken zu unterlaufen und nur Nebenverträge unter dem Dach ihrer Kollektivverträge abzuschließen. Die Sache ist natürlich viel komplizierter und hat nicht nur einen Pferdefuß.

- Der Hausarztverband ist keine KV, in der die Vertragsärzte Zwangsmitglieder sind. Die Mitgliedschaft im Verband ist freiwillig. Allein deshalb kann ein Berufsverband nicht für alle Ärzte einer Berufsgruppe Verträge abschließen, sondern nur für seine Mitglieder.
- Die hausärztliche Versorgung wird nicht durch die Allgemeinärzte sichergestellt. Der bayerische Ministerpräsident hat offensichtlich vergessen, dass es auch noch hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte gibt. Was soll aus denen im Vertragspoker werden? Will er etwa auf diese Ärzte verzichten? Ihm sind wohl auch Gesetzesvorschläge fremd, die die haus-

ärztliche Versorgung auf Frauenärzte und Augenärzte zusätzlich ausweiten wollen.

- Unverständlich ist auch, warum man in Bayern glaubt, dass ausgerechnet der dortige Hausärzteverband den Quartalswettbewerb voranbringen soll, kennt er doch als nahezu isoliertes Thema nur das ärztliche Honorar. Dass diese Diskussion in der Länder-KV stattfindet, in der die effektivsten Qualitätssicherungen vorgenommen werden, erstaunt umso mehr.

● **Ein Monopol darf nicht durch ein anderes ersetzt werden**
Hier macht eine Landesregierung ärztliche Verbandspolitik, ohne Rücksicht auf funktionierende Versorgungsstrukturen, nur um einen Wahlkampf zu bestehen. Man kann nur hoffen, dass die übrigen Bundesländer Sachverstand einbringen, Nerven behalten und den bayerischen Vorschlag ablehnen. Politisch taktisch am besten nach der Landtagswahl, um der CSU einen geordneten Rückzug zu ermöglichen.
Ein Monopol darf nicht durch ein weiteres ersetzt oder ergänzt werden. Ärzte und ihre Patienten kämen nur vom Regen in die Traufe.

HFS

Kommentar

Das Siechtum der Freiberuflichkeit

In der Ausübung unseres Arztberufes sind wir zunehmend fremdbestimmt. Unsere Freiberuflichkeit wird immer mehr eingeengt. Dies ist zum Teil von der Ärzteschaft selbst verschuldet. Wenn man die Entwicklung in den letzten 120 Jahren analysiert, so erkennt man, dass sich die Ärzteschaft ohne Not in diese Situation hineinmanövriert hat.

Anlässlich der Eröffnung des Internistenkongresses 1886 betonte Prof. Leyden: „Das Ziel unserer Bemühungen ist die Selbstständigkeit der Inneren Medizin zu wahren, welche frei von jeder Fremdherrschaft ihre eigenen Ziele stecken und ihre eigenen Wege wählen soll.“ 1892 hat sich der Internistenkongress mit den Hausärzten beschäftigt. Diese hatten sich seinerzeit zu Leibärzten der Bürger entwickelt. Jeder Bürger nahm sich für ein Jahr einen Hausarzt und bezahlte ihm ein bestimmtes Salär. Dafür musste der Arzt seine Patienten in regelmäßigen Abständen besuchen und behandelte sie im Krankheitsfall ohne zusätzliches Honorar. Für das System sprachen die genauen Kenntnisse der familiären Situation und die Möglichkeiten, präventiv tätig zu werden. Nachteilig war die geringe Ent-

lohnung und die Pauschalierung sowie die Bindung des Patienten an einen Arzt über den Zeitraum eines Jahres. Diese Voraussetzungen führten dazu, dass die fachliche Kompetenz der Hausärzte zurückging. Vor allem die Einführung der Krankenversicherungspflicht und das Kassenarztwesen entzogen dem Hausarzt die Existenzgrundlage. Daraus resultierte 1905 der Kölner Aufstand der Ärzte für eine freiberufliche Tätigkeit. Die Ärzte wollten dem Patienten die freie Arztwahl ermöglichen und den Krankenkassen die Möglichkeit nehmen, mit Dumpingpreisen die Ärzte in eine finanzielle Not zu treiben. Am Ende der Entwicklung stand die Kassenärztliche Vereinigung.

Nach dem 2. Weltkrieg gab es zwei Zeitpunkte, in denen die verfasste

Aufhebung der Altergrenze für Kassenärzte

Vom Gefährdungspotenzial zur umworbenen Arbeitskraft

1992 hat der Bundestag beschlossen, dass es für die vertragsärztliche Tätigkeit eine Altersgrenze von 68 Jahren gibt. Betroffene Ärzte haben dazu das Verfassungsgericht angerufen, weil eine solche Altersgrenze einer freiberuflichen Tätigkeit nicht entspreche. Man kenne solche Vorgaben nur aus abhängigen Arbeitsverhältnissen. Niemand ist auf den Gedanken gekommen, einem 80-jährigen Architekten das Planen zu verbieten oder einem 85-jährigen Anwalt die Vertretung seiner Mandanten.

Bei den Ärzten war das aber anders. Der Gesetzgeber hat bereits als Begründung angeführt, dass die Gesundheit ein so hohes Gut ist, dass die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der behandelnden Ärzte garantiert sein muss. Etwas eigentümlich war dennoch die Vorgabe, dass solche Begrenzungen, die mit derartigen Qualitätsvorgaben begründet werden, nur gesetzlich Krankenversicherte aber nicht für Privatpatienten gelten sollten.

● **„Gefährdungen eindämmen“**
Diese etwas widersprüchliche Argumentation ist vom Bundesverfassungsgericht 1998 bestätigt worden. Es lohnt sich, die damaligen Begründungstexte nochmals durchzulesen. Hier ein Zitat: „Die Altersgrenze des SGB V § 95 Abs. 7 dient einem besonders wichtigen Gemeinschaftsgut der Gesundheit der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten. Wie bei allen Altersgrenzen, die die Berufsaus-

übung höheren Alters einschränken, dienen die angegriffenen Regelungen auch dazu, Gefährdungen die von älteren, nicht mehr voll leistungsfähigen Berufstätigen ausgehen, einzudämmen. Es entspricht der Lebenserfahrung, dass die Gefahr einer Beein-



Von wegen zum alten Eisen: Künftig sollen Vertragsärzte wieder länger arbeiten dürfen.

Bild: Dynamic Graphics

trächtigung der Leistungsfähigkeit auch heute noch mit zunehmendem Alter größer wird. Zur Sicherstellung dieses Zieles darf der Gesetzgeber auf der Grundlage von Erfahrungswerten eine generalisierte Regelung erlassen: Eine Prüfung der individuellen Leistungsfähigkeit ist verfassungsrechtlich nicht erforderlich.“ Das Gericht

Ihr auch Euch selbst betrügen“. Der damalige KBV-Vorsitzende Häusler vereinbarte die Budgetierung der ambulanten Versorgung und hat damit die Punktwertwährung in das System eingeführt. Dieses war der zweite Sündenfall, von dem sich die Ärzteschaft nicht wieder erholt hat. Die hier ausgehandelten Kombinationsmöglichkeiten für die Unterbezahlung der Leistungen waren sicher der falsche Weg.

Als Fazit dieser Entwicklung bleibt: Jede Pauschalierung entzieht dem Arzt Honorar, dem Patient aber

hat sich somit der Argumentation des Gesetzgebers angeschlossen. Das Recht auf die freie Berufsausübung muss hinter das Gefährdungspotenzial, das von der Behandlung durch ältere Ärzte ausgeht, zurücktreten.

● **Und das Geschwätz von gestern?**
Zehn Jahre später beschließt der Bundestag, dass die Altersgrenze wieder aufgehoben wird. Jeder weiß, dass ein Ärztemangel insbesondere in der hausärztlichen Versorgungsebene in bestimmten Regionen den Gesetzgeber veranlasst hat, diese Vorgabe aufzugeben. Sicher wird sich die jetzige Bundesregierung und der Bundestag nicht ohne medizinische Prüfung über die inhaltlichen Argumente des Bundesverfassungsgerichtes hinweggesetzt haben. Möglicherweise gibt es eine nicht veröffentlichte evidenzbasierte Studie über die körperliche und geistige Verfassung des gemeinen deutschen Vertragsarztes, die diesen Sinneswandel begründen kann. Man sollte die Bundesregierung bitten, ihre medizinischen Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit des alternden Vertragsarztes der Öffentlichkeit zugänglich machen. Oder gilt auch hier der Spruch: Was kümmert mich mein Geschwätz von gestern?

HFS

eventuell notwendige Leistungen. Budgets und vor allem getrennte Budgets schwächen den Einfluss der Ärzte auf Politik und Krankenkassen. Verträge des Hausärzteverbandes und von MEDI werden sich unter diesen Bedingungen als Pyrrhussieg herausstellen. Der EBM und seine Bewertungsmaßstäbe müssen abgeschafft werden. Die Ärzte sollten gegenüber den Krankenkassen und den Patienten wieder über die Gebührenordnung für Ärzte abrechnen. Wir sollten aus unserer Geschichte lernen.

Prof. Dr. J. Zehner

Anzeige
109 x 50

Der Gastkommentar

Gesundheitskultur vs. Gesundheitswirtschaft

Über Jahrzehnte hat dieses Land eine Gesundheitskultur geprägt, in der die Freiberuflichkeit des Arztes und die freie Arztwahl des Patienten bestimmende Faktoren waren. Es bestand parteiübergreifend Einigkeit darin, das Gesundheitswesen nach den Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung auszurichten. Das medizinische Notwendige sollte allen Menschen in gleichem Umfang zuteil werden. Um diese Gesundheitskultur wurden wir weltweit beneidet. Seit einigen Jahren jedoch werden in der Gesundheitspolitik zunehmend andere Akzente gesetzt. Das Gesundheitswesen wird nicht mehr als soziale Einrichtung gesehen, sondern als eine Art Markt, für den sich der Ausdruck „Gesundheitswirtschaft“ etabliert hat.

Denkmodelle der Ökonomie werden mechanistisch auf das Gesundheitswesen übertragen und dogmatisch zur Handlungsmaxime erklärt. Während früher die Versorgung des Patienten nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand das erklärte Ziel war,

werden unter den heutigen Bedingungen des Wettbewerbs die ökonomischen Kriterien dominierend.

Zweifellos ist es richtig, dem Gesundheitswesen wirtschaftliches Potenzial zuzuschreiben. Die Politik hat das lange Zeit nicht erkannt und die Jobmaschine Gesundheitswesen unterschätzt. Am Beispiel der Krankenhäuser wird deutlich, wie unzureichend die politische Unterstützung für die notwendige Instandhaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ausgefallen ist. Wegen der ausbleibenden gesetzlich vorgesehenen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer müssen die Kliniken seit Jahren einen Investitionsstau von mehr als 30 Milliarden Euro verkraften. Hinzu kommt, dass die Drangsalierung durch die Budgets im stationären wie ambulanten Bereich verstärkte Investitionen in Personal und Ausstattung unmöglich gemacht hat.

Die Politik hat schlichtweg falsche Prioritäten gesetzt. In einer Zeit des demografischen Wandels hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens

müsste viel mehr in die Instandhaltung und den Ausbau der medizinischen und pflegerischen Versorgung investiert werden. Das ist die sozialpolitische Herausforderung unserer Gesellschaft. Es ist auch wirtschaftspolitisch sinnvoll, denn die Jobs werden in der Zukunft im Dienstleistungssektor entstehen und nicht mehr im produzierenden Gewerbe.

Stattdessen aber hat die Politik mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsge- setz und anderen Reformgesetzen eine Art Wettbewerbsordnung eingeführt, die den reinen Preiskampf unter den Leistungserbringern gebietet. Der dafür vorgesehene staatliche Rahmen – Festsetzung des Einheitsbeitrages der Krankenkassen durch die Bundesregierung und die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds – dient dazu, die Kassen zu flexiblen, möglichst kostengünstigen Versorgungsverträgen zu animieren. Denn nur wer im Preiskampf mit dem Wettbewerber bestehen kann, wird bei der Mitglie-



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer

dergewinnung erfolgreich sein, so das unausgesprochene Credo der Wettbewerbsapostel. Durch die Zentralisierung medizinischer

Entscheidungsprozesse bei staatlichen und substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrichtung des Preiswettbewerbs unter den Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht.

Die Politik verkennt, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind. Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss deshalb

wieder der kranke Mensch stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose – das auch ist die Botschaft des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm gewesen: „In Zeiten zunehmender Marktorientierung bis hin zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist eine im ärztlichen Selbstverständnis der Profession verankerte Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unverzichtbar, wenn weiterhin eine humane medizinische Versorgung gewährleistet bleiben soll. Der Patient benötigt eine von Eigeninteressen freie Betreuung und individuelle Unterstützung in seiner krankheitsbedingten Bedürftigkeit.“ (aus: „Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft“ – Ulmer Papier, beschlossen vom 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm). Wenn nötig, werden wir diese Botschaft zu einem zentralen Thema im nächsten Bundestagswahlkampf machen müssen.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer

9. Deutscher Lebertag

„Check-up für die Leber“

„Check-up für die Leber“ lautet das Motto für den 9. Deutschen Lebertag, der wie immer am 20. November stattfindet und in diesem Jahr von der Deutschen Leberstiftung, der Deutschen Leberhilfe und der Gastro-Liga ausgerichtet wird.

Mit diesem Motto fordern die Ausrichter dazu auf, die Blut- bzw. Leberwerte zu kontrollieren. Viele Lebererkrankungen können so früher erkannt werden, bevor sie in eine chronische Entzündung der Leber übergehen. Denn viele dieser Erkrankungen bleiben häufig längere Zeit unbemerkt. Sie können aber im Verlauf von Jahren und Jahrzehnten zu schweren Komplikationen wie Leberzirrhose oder Leberzellkrebs führen. Eine Vielzahl von Lebererkrankungen ist im frühen Stadium hervorragend zu therapieren oder lässt sich durch Änderung des Lebensstils gut beeinflussen. Eine frühe Diagnose ist daher unbedingt wünschenswert. Der Nachweis auf einen erhöhten Wert des Enzyms GPT ist ein gut geeigneter Suchtest, da die GPT mit einer hohen Sensitivität Leberschäden anzeigen kann und kaum in anderen Organen gebildet wird. Ein erhöhter GPT-Wert kann eine leichte Leberentzündung anzeigen, die dann zur



Suche der Ursache Anlass gibt und so im Zuge einer Früherkennung zu einer rechtzeitigen Diagnose führt. Im Rahmen des bundesweiten Aktionstages sollen wieder zahlreiche regionale Veranstaltungen wie Arzt-Patienten-Seminare, Lebertest-Aktio-

nen usw. stattfinden. Begleitet und unterstützt werden diese regionalen Veranstaltungen durch zentrale Pressearbeit, eine Website zum Deutschen Lebertag (www.lebertag.org) und das entsprechende Informationsmaterial.

Der Berufsverband Deutscher Internisten unterstützt gemeinsam mit der BAG Leber und dem Kompetenznetz Hepatitis den Deutschen Lebertag. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich mit einer Aktion am 9. Deutschen Lebertag beteiligen würden. Falls Sie eine Aktion vor Ort durchführen, machen die Ausrichter gerne über die zentrale Website darauf aufmerksam. Bitte senden Sie dazu einen Programmablauf, einen Ansprechpartner und ein PDF Ihrer Ankündigung per Mail an info@leberhilfe.org. Alternativ können Sie Ihre Ankündigung auch als JPG zusenden. Für Ihre Veranstaltung stellen Ihnen die Ausrichter gern Flyer und Plakate zur Verfügung. Auch für die Öffentlichkeitsarbeit können Sie dort Unterstützung erhalten.

Weitere Informationen: Deutsche Leberstiftung, E-Mail: info@deutsche-leberstiftung.de, Telefon 0511/532 6819.

Dr. med. Martin Strauch
ehem. Vorsitzender
Sektion Gastroenterologie im BDI e.V.

Neues zur Krankenhausfinanzierung

Bedenken aus den Ländern?

Die Diskussion über die Krankenhausgesetzgebung geht weiter. Dabei geht es hauptsächlich um die Frage, ob die monistische Krankenhausfinanzierung eingeführt wird und ob die Investitionen nicht mehr direkt über die Länder in den Krankenhäusern finanziert werden. Auch über die Möglichkeit selektiver Verträge im Krankenhausbereich über den Krankenhausbedarfsplan hinaus (siehe Artikel in vergangenen Ausgaben von BDI aktuell) wird gestritten.

Die Gesundheitsministerkonferenz in Plön hat sich mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nur auf einen kleinen gemeinsamen Nenner einigen können. Es war deshalb der Verdacht aufgekommen, dass die Krankenhausgesetzgebung in dieser Legislaturperiode ins Stocken geraten wird.

Dafür spricht im Übrigen die von der Bundesärztekammer aktuell gestreute Information, dass Bundeskanzlerin Merkel den Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium zur Krankenhausfinanzierung nicht auf die Agenda der Kabinettsvorlagen gesetzt hat. Angeblich könne sich das Kabinett in absehbarer Zeit mit den Plänen nicht befassen. Hintergrund dürfte sein, dass die Bedenken

der Länder bei dem Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium nicht ausreichend berücksichtigt worden sind.

Wir dürfen gespannt sein, ob sich in dieser Legislaturperiode bezüglich der Gesetzgebung zum Krankenhaus etwas tun wird.

HFS

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator

AED + Monitoring Kombisystem
statt 4460 € nur 1299 € + MWSt.
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de

GVK-WSG und die Folgen (Fortsetzung von Seite 1)

Der Basistarif ist kein PKV-Tarif

Wichtig ist der PKV auch, dass die Pflicht zur Versicherung nicht mit einer Versicherungspflicht gleichgesetzt wird. Nicht nur in der SPD werde häufig von der Versicherungspflicht anstatt der Pflicht zur Versicherung gesprochen. Die Versicherungspflicht entspricht einer Zwangsversicherung, in der Versicherte, auch wenn sie keine Beiträge zahlen, ihren Leistungsanspruch nicht verlieren. Bei der Pflicht zur Versicherung als „freiheitlicher“ Alternative kommt es bei Nichtzahlung der Beiträge zur Kündigung. Der Krankenversicherungsschutz geht also verloren. Darüber hinaus ist es Sache jedes einzelnen, der Pflicht zur Versicherung durch Wahl einer Versicherung nachzukommen. Es wird nach Auffassung der PKV in Zukunft darauf zu achten sein, dass die im Gesetz verankerte Pflicht zur Versicherung vom Gesetzgeber sukzessive nicht zur Versicherungspflicht und damit faktisch zur Bürgerversicherung uminterpretiert wird.

● Basistarif wird subventioniert werden müssen

Kernstück der Änderungen für die PKV ist der Basistarif, den die Branche zum 1. Januar 2009 einführen muss. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, u.a. Kontrahierungszwang und Beitragsobergrenzen, wird der Basistarif sich nicht selbst finanzieren können. Deshalb wird er von den Versicherten anderer Tarife subventioniert werden müssen. Auch die neuen Regelungen zur Portabilität der Alterungsrückstellungen werden sich auf die Beiträge auswirken. Diese Leistungskomponente ist nämlich in den bestehenden Tarifen nicht einkalkuliert und muss in den

künftigen Tarifen für Neuversicherte ab 1. Januar 2009 zusätzlich berücksichtigt werden.

In der Summe, stellt der PKV-Verband fest, führen die Maßnahmen des GVK-WSG zu erheblichen Belastungen der privaten Krankenversicherung und ihrer Versicherten, die die Grenze des grundrechtlich Zulässigen überschreiten:

- ▶ Zwang zum Angebot eines Basistarifs
 - mit standardisiertem, vom Gesetzgeber bestimmten Leistungsumfang
 - mit gesetzlicher Begrenzung der Prämienhöhen
 - mit Ausschluss von Risikozuschlägen, Verbot von Leistungsausschlüssen
 - Ausschluss von Kündigungen und Kontrahierungszwang für die Unternehmen
 - mit erzwungener Umlage und Quersubventionierung der Mehraufwendungen des Basistarifs durch Versicherte in herkömmlichen Tarifen und im Basistarif
- ▶ Öffnung des Standardtarifs zu ähnlichen Bedingungen wie im Basistarif
- ▶ Portabilität der Alterungsrückstellungen bei Bestandskunden
- ▶ Pflicht zur Versicherung
- ▶ Ausschluss jeder Kündigungsmöglichkeit und Verpflichtung zur „Notversorgung“ auch bei dauerhaftem Prämienverzug
- ▶ Einschränkung des Neuzugangs von Angestellten durch Erfordernis eines dreimaligen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- ▶ einseitige Begünstigung der GKV durch einen Steuerzuschuss von bis zu 14 Mrd. € jährlich
- ▶ Wahltarife in der GKV.



Der Basistarif ist kein PKV-Tarif sondern ein GKV-Tarif in der PKV: Er unterscheidet sich damit grundlegend vom PKV-Normaltarif mit seinem offenen Leistungskatalog. Wer als Patient glaubt, im Basistarif automatisch Chefarztbehandlung zu erhalten, hat sich getäuscht.

Bild: Thieme Verlag KG

Gegen diese Zumutungen setzt sich die PKV mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zur Wehr. Eine große Zahl privater Krankensicherer, die zusammen über 95% der Privatversicherten repräsentieren, hat gegen die sie betreffende Neuregelungen der Gesundheitsreform fristgerecht Verfassungsbeschwerden eingeleitet. Darüber hinaus unterstützen Versicherungsunternehmen Privatversicherte als weitere Beschwerdeführer, um gegen sie betreffende Maßnahmen – z.B. gegen den Zuschuss aus Steuermitteln allein für die GKV – vorzugehen.

Der Gesetzgeber nimmt in der privaten Krankenversicherung billigend einen Eingriff in bestehende Verträge und daraus resultierende Beitragssteigerungen in Kauf – was verfassungswidrig ist. Denn Bestandsversicherte haben in der Vergangenheit im guten Glauben Versicherungsverträge abgeschlossen, die eine nachträgliche Veränderung der Versicherungsbedingungen ausschließen.

Eine Belastung dieser Bestandsverträge durch einen Einkommensausgleich im Basistarif würde aber genau diese nachträgliche Veränderung der Rahmenbedingungen mit sich bringen. Um die Rechte der heutigen Privatversicherten zu wahren, müsste der Basistarif so ausgestaltet sein, dass er sich selbst finanziert.

● Nichts anderes als ein Kassentarif

Da der Basistarif letztlich nichts anderes ist als ein Kassentarif in der PKV, ist er im System der PKV ein Fremdkörper. Der Basistarif darf nicht zur Erfolgsgeschichte werden und muss ein Randprodukt bleiben, betont der Verband. Dazu bedarf es auch einer strategischen Gestaltung des Basistarifs dergestalt, dass dieser keine positive Leistungsdifferenz zur GKV aufweisen darf. Denjenigen, die

an einer Versicherung im Basistarif interessiert sind, muss klar gemacht werden, dass der Basistarif in der PKV kein PKV-Tarif, sondern ein GKV-Tarif in der PKV ist, mit entsprechenden Konsequenzen: Im Basistarif wird es, anders als in den klassischen PKV-Tarifen, keine lebenslange Leistungssicherheit geben. Alle vom Gesetzgeber oder Gemeinsamen Bundesausschuss verfügten Eingriffe in den Leistungskatalog der GKV müssen nahezu 1:1 in den Basistarif übernommen werden.

Zudem wird es im Basistarif, genauso wie in der GKV, Einschränkungen bei ärztlich veranlassten oder verordneten Leistungen geben. Dazu gehört, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte bei Arzneimitteln eine Rolle spielen und Heilmittel nur bei bestimmten Indikationen zulässig sind. Daran wird sichtbar, dass der Basistarif sich grundlegend vom PKV-Normaltarif mit seinem offenen Leistungskatalog unterscheidet.

Ferner soll im Basistarif die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach Art, Umfang und Höhe jeweils vergleichbar zur Vergütung in der GKV ausgestaltet werden. Um zu vermeiden, dass junge und gesunde Versicherte den Basistarif ausschließlich als Durchgangsstation für den Wechsel in einen höherwertigen Krankenversicherungstarif nutzen, sollte in der Kalkulationsverordnung eine Mindestverweildauer für den Basistarif von drei Jahren festgeschrieben werden, fordert die PKV.

Die Steuerzuschüsse für die GKV in Höhe von 14 Mrd. Euro entsprechen den jährlichen Gesamtkosten für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der GKV. Grundsätzlich ist auch aus Sicht der PKV der Einstieg in eine Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern zu begrüßen. Die Beitragsfreiheit von Kindern in der GKV ist ordnungspolitisch als eine versicherungsfremde Leistung der gesetzlichen Kranken-

versicherung zu werten. Die Förderung von Kindern stellt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Kinderbeiträge zur Krankenversicherung müssen entsprechend aus Steuermitteln finanziert werden. Das gilt aber auch für die Versicherungsbeiträge der Kinder in der PKV. Das ist nicht nur folgerichtig, weil Steuern auch von Privatversicherten gezahlt werden, sondern aus verfassungsrechtlichen Gründen zwingend geboten.

Ungeachtet der Verfassungsbeschwerde muss und wird die PKV die Neuregelungen des GVK-WSG umsetzen. Der Basistarif wird wie die GKV mit entsprechenden Leistungslimitierungen, Kostenkämpfungs- und Steuerungsinstrumenten ausgestattet sein. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen der GKV werden sich somit eins zu eins auf den Basistarif auswirken. Auch die Vergütung der Leistungen soll vergleichbar sein zu der in der GKV. Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband entsprechende Vertragsverhandlungen mit der Ärzte- und Zahnärzteschaft aufgenommen.

Für die Zukunft hat sich die Branche vorgenommen, die Marke PKV über Leistungsstärke auszubauen und noch stärker auf die Qualitätsbedürfnisse auszurichten. Die PKV will deshalb einen eigenen Qualitätsstandard „Privatmedizin“ vorantreiben. Gemeinsam mit den Ärzten will sie Maßstäbe für die Behandlung von Privatversicherten entwickeln. Außerdem will sich die PKV als Marke vom „Payer“ zum „Player“ entwickeln. In Zukunft will sie immer stärker zu einem Partner der Gestaltung von Gesundheitsprozessen werden und als Marke auf das Gesundheitsangebot nach Menge, Preis und Qualität Einfluss nehmen.

KS

PKV in Zahlen

- ▶ Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 29 460 Mio. Euro beträgt 72,1%. Vollversicherte Personen 2007: 8 549 000 (+0,7% gegenüber dem Vorjahr).
- ▶ Fast 85% der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.
- ▶ Im Standardtarif waren im Berichtsjahr 5758 Personen mit Beihilfe und 27 637 Personen ohne Beihilfe versichert, insgesamt 33 395. Das ist gegenüber dem Vorjahr ein Zuwachs von 34,6%.
- ▶ Die Zusatzversicherungen erhöhten sich 2007 um 7,52% auf 19 783 800 Verträge.
- ▶ GKV-Versicherte haben insbesondere folgende Zusatzversicherungen abgeschlossen: ambulante Tarife (6 346 000); Wahlleistungen im Krankenhaus (5 167 600); Zahntarife (10 793 900). Folgende Zusatzversicherungen waren auch für privat Versicherte interessant: Krankentagegeld (3 464 800); Krankenhaustagegeld (8 644 800); Pflegezusatzversicherung (1 171 500).
- ▶ Beitragseinnahmen insgesamt: 29 460 Mio Euro (+3,4%)
- ▶ Aufwendungen insgesamt: 18 790 Mio Euro (+5,3%)

Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg

Alle Informationen von A wie Arzneimitteltherapie bis V wie Vergütung

Die AOK erfüllt durch das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V den Sicherstellungsauftrag gegenüber den am hausarztzentrierten Versorgungsvertrag (HAZVV) teilnehmenden Versicherten. Den Notfalldienst und den fachärztlichen Versorgungsbereich gewährleistet dagegen die KV für diese Versicherten weiterhin. Der Vertrag startet am 1. Oktober 2008. Der BDI informiert Sie in diesem Artikel umfassend über den Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg.

Die Wahl des Facharztes ist dem AOK-Versicherten bei Teilnahme an dem Vertrag nur nach Überweisung durch seinen Hausarzt möglich. Dieses Primärarztssystem wird von der Fachärzteschaft überwiegend abgelehnt. Die hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) schließt für die Hausärzte mit gesetzlichen Krankenkassen Rahmenverträge ab, erfasst die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, erstellt die Abrechnung der erbrachten Leistungen in Zusammenarbeit mit einem externen Abrechnungsleiter und leitet die auszubehandelnden Honorare an die Ärzte weiter. Der MEDI e. V. hat u. a. für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge den MEDI Verbund gegründet. Der MEDI Verbund führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag für die Mitglieder des MEDI e. V. in Kooperation mit der HÄVG nach Maßgabe dieses Vertrages durch. Durch den Vertrag wird der Hausarzt für eine vertraglich vereinbarte hausarztzentrierte Vergütung zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet.

• Die Vergütung

Die Vergütung besteht pro eingeschriebenem Versicherten aus vier wesentlichen Bausteinen. Für die hausärztlichen Versorgungsleistungen erhält der Hausarzt Pauschalen, Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen und ergebnisabhängige Zusatzvergütungen wie es § 87 SGB V ermöglicht. Die kontaktunabhängige Jahrespauschale pro eingeschriebenem AOK-Versicherten „P1“ beträgt 65 €. Die kontaktabhängige Quartalspauschale „P2“ wird mit 40 € pro Quartal vergütet, wobei die erste P2 mit der Jahrespauschale P1 verrechnet wird. Mithin werden für einen den Hausarzt in allen vier Quartalen aufsuchenden Patienten ohne weitere Zuschläge 185 € pro Jahr gezahlt (65 + 40 + 40 + 40 €). Hinzu kommt ggf. noch eine Vertretungspauschale von 12,50 € pro Quartal und Patient. Die bisher üblichen Abrechnungsbelege werden durch eine onlinefähige Software ersetzt, die die Abrechnung einfacher und schneller gestaltet. Auf elektronischem Weg werden die erforderlichen Abrechnungsdaten im Vertragsrahmen von der Managementgesellschaft (HÄVG) der AOK

Baden-Württemberg übermittelt. Die Managementgesellschaft leistet monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den Hausarzt auf den hausarztzentrierten Versorgungsvergütungsanspruch. Nebenbei ergibt sich bezüglich der HÄVG-Managementgesellschaft ein wichtiger Unterschied zur KV: Deren Funktionäre kann man abwählen, die Funktionäre der Managementgesellschaft aber nicht.

• Die Arzneimitteltherapie

Die Vertragsphilosophie der AOK, durch eine von den Hausärzten

umzusetzende rationale Pharmakotherapie angebliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, kann als ein zwiespältiger Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes eingestuft werden. Denn in die vom Arzt ausschließlich zu nutzende Computer-Software sind Empfehlungen eines Gremiums aus AOK, AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen und der Ärzterevertreter zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln eingebaut. Im ersten Satz des Anhangs 3 zur Anlage 12 steht zwar noch: „Die ärztliche

Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt voll gewahrt“, anschließend stößt man aber auf Honorarzuschläge, wenn vom Computer vorgeschlagene Therapieoptionen genutzt werden. Die Computerschirme der Hausärzte im Vertrag enthalten farbliche Hinterlegungen von Medikamenten. „Diese dienen dazu, den Arzt bei seinem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen“ – so der Vertrag.

- ▶ Grün hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel der Rabattverträge und die drei jeweils preiswertesten Angebote.
- ▶ Blau hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel der Rabattverträge.
- ▶ Orange hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch Rabattvertrags-Arzneimittel ersetzt werden können.
- ▶ Rot hinterlegt sind Me-too-Arzneimittel, die durch grün gekennzeichnete ersetzt werden können.
- ▶ Nicht farblich hinterlegt sind alle übrigen Medikamente.

Dazu heißt es: „Dem Hausarzt wird empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen. Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollten den Verordnungen von orange oder rot hinterlegten Arzneimitteln vorgezogen werden. Bei grün hinterlegten Alternativen sollten diese bevorzugt werden.“

Es gibt Honorarzuschläge, wenn die Anzahl der Verordnungen von grün hinterlegten Medikamenten zur Anzahl aller Verordnungen mit farblich hinterlegten Arzneimitteln über 90 Prozent liegt. Die Anzahl der Verordnungen von rot- und orangefarbenen Medikamenten sollte im Vergleich zur Anzahl aller Verordnungen von farblich hinterlegten Arzneimitteln weniger als fünf Prozent betragen. Das von HÄVG und MEDI mit der AOK vereinbarte Bonus-System wird von einzelnen als nicht rechtskonform eingestuft. Obwohl vor kurzem noch die Ärzteschaft zu Tausenden gegen die Bonus-Malus-Regelung protestiert und die Therapiefreiheit verteidigt hat, lässt sich nunmehr der Hausarzt in Baden-Württemberg einen „Zuschlag Rationale Pharmakotherapie“ bezahlen.

Kommentar

Wer ist besser: MEDI und die Hausärzte oder die Kassenärztliche Vereinigung?

Im Klartext MEDI und die Hausärzte versuchen in Baden-Württemberg mit diesem Vertrag die Kassenärztliche Vereinigung in ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterlaufen. Sie treten in Konkurrenz zur KV auf, und zwar auf dem wichtigsten Feld, nämlich der hausärztlichen Versorgung. Endlich Konkurrenz zur KV freut sich Ulla Schmidt. MEDI und die Hausärzte müssen sich gefallen lassen, dass man ihren Vertrag mit der derzeitigen KV-Welt in Baden-Württemberg vergleicht. Die Vergütung führt die von der KV in Deutschland befürwortete Pauschalierung gnadenlos weiter. Hier unterscheidet sie sich nicht von der Körperschaft KV. Es wird bewusst in Kauf genommen, dass der Arzt vom Weglassen von Leistungen lebt, wenn er zu Geld kommen will. Die Patienten werden dies mit Sicherheit misstrauisch beäugen, haben sie doch schon jetzt das Gefühl, dass sie nicht mehr das bekommen, was sie brauchen.

Dieser angebliche oder tatsächliche Qualitätsverlust kann nur

durch Qualitätskontrolle behoben werden. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen – insbesondere bei technischen Leistungen – überbordende Qualitätsanforderungen stellen, die übrigens vorwiegend Fachärzte treffen, geht die AOK in Baden-Württemberg andere Wege. Einmal will man das Überweisungsverhalten kontrollieren nach dem Motto: Hier kann eingespart werden, was wir zur Finanzierung des Vertrages brauchen. Man könnte zur Auffassung kommen, dass die Hausärzte hier einen Vertrag zur Lasten Dritter, nämlich der Fachärzte, geschlossen haben. Zum anderen setzt man auf ein neues Instrument: Die Patientenbefragung, von der wir alle wissen, dass sie sehr subjektiv und inhaltlich wenig griffig ist. Ansonsten ist auch hier alles wie bei der Kassenärztlichen Vereinigung: Bei der Kontrolle macht sich die Kasse die Finger nicht schmutzig. Wie die KV dürfen MEDI und der Hausärzteverband die Kollegen kontrollieren und sich dort unbeliebt machen. Die KV lässt grüßen.

Einsparpotenziale wittert man wie immer bei den Arzneimitteln. Auch

hier unterscheidet sich im Prinzip die KV von den Vertragspartnern in Baden-Württemberg nicht. Nur haben sich MEDI und der Hausärzteverband nicht gescheut, ein lupenreines Bonussystem einzuführen. Das Misstrauen der Versicherten gegenüber dem System und den behandelnden Ärzten wird dadurch sicher weiter zunehmen. Wenn's ums Geld geht ...! Hofft man auf niedrigere Verwaltungskosten, so irrt man: Die KV ist billiger, besonders, wenn man an dem Vertrag teilnimmt und nicht Verbandsmitglied ist. So etwas nennt man verdeckte Mitgliederwerbung durch einen Vertrag mit einer Krankenkasse.

Konsequenz des Vergleichs der Verträge in Baden-Württemberg mit der realen Welt der KV: Weitgehend alles wie gehabt, der Arzt kommt nur schneller an sein Geld, die Abrechnung ist übersichtlicher, die Verwaltung aber teurer als die KV. Insgesamt handelt es sich um einen klassischen Gatekeeper-Vertrag, den die AOK in Baden-Württemberg mit MEDI und den Hausärzten abgeschlossen hat. Die Ärzte haben gegenüber ihren Patienten die öko-

nomischen Vorgaben der Kasse umzusetzen und zu begründen und werden dafür belohnt.

Was heißt dies für die Fachärzte im Ländle? Sie werden als notwendiges Anhängsel betrachtet und befinden sich in einer Abhängigkeit nicht nur gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen, sondern jetzt auch noch zunehmend von den überweisenden Hausärzten, wenn deren Patienten an dem Vertrag teilnehmen. Aber auch der Patient, der dem Vertrag beiträgt, muss wissen, was ihn erwartet. Er kann nur noch per Überweisung zum Facharzt. Die Fachärzte sollten dies in Baden-Württemberg konsequent umsetzen. GKV-Versicherten, die dem Vertrag beigetreten sind und ohne Überweisung zum Facharzt gehen, müssen wie Selbstzahler behandelt werden und erhalten eine Privatrechnung. Nicht nur Ärzte, auch Patienten haben sich an Verträge zu halten.

HFS

● **Die Qualitätskontrolle**

Nach dem Vertragsgegenstand erbringen die HÄVG und MEDI die Managementleistungen für die AOK und das im Vertrag geregelte Abrechnungsmanagement. Von den im HAZVV der AOK eingeschriebenen Hausärzten behält die die Abrechnung durchführende Managementgesellschaft der Verbände drei Prozent der aus dem HAZVV bezogenen Vergütung ein, bei Nicht-Verbandsmitgliedern sogar fünf Prozent (vgl. § 21 Abs. 1+2 i. V. m. Anlage 1 HAZVV AOK BW). Die Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg liegen übrigens unter drei Prozent. Entgegen manchen Erwartungen beinhaltet der HAZVV doch gewisse Wirtschaftlichkeits-, Qualitäts- und Effizienzkontrollen. Dabei hat der am Hausarztvertrag teilnehmende Arzt nur im Ausnahmefall mit der AOK zu tun; im Regelfall läuft das Controlling im Verhältnis zwischen der Managementgesellschaft und der Kasse. Dabei geht es um die Einhaltung der Vertragsmodalitäten, die ordnungsgemäße Abrechnung der Praxisgebühr und darum, dass die Nachweise für Extraqualifikationen, die Zuschläge auslösen, ordentlich dokumentiert sind. Die AOK verfügt von der Managementgesellschaft und von der KV über Daten, die es der Kasse ermöglicht, jeden Hausarzt darauf zu überprüfen, ob die Zahl der von den teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommenen Hausärzte und anderen Ärzten plausibel ist. Denn Hausärzte sollen sich auch um schwierige Patienten kümmern und nicht aus ökonomischen Erwägungen Patienten an andere Ärzte überweisen, wenn dies nicht medizinisch notwendig ist. Als eine zusätzliche Kontrolloption gibt es Versichertenbefragungen. Bei der Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit soll zwar unnötiger Prüfaufwand vermieden werden, die AOK (!) kann jedoch die Hausärzte auch mit Blick auf ihre Qualität überprüfen. Ferner kann sie die Einhaltung vertraglicher Pflichten, beispielsweise das Angebot der Abendprechstunde, kontrollieren. Ausdrücklich sind dazu Versichertenbefragungen vorgesehen. Bei Auffälligkeit wendet sich die Kasse zunächst an die Managementgesellschaft, die ihrerseits den betroffenen Hausarzt zur Stellungnahme auffordert. Bei Ungereimtheiten findet ein klärendes Gespräch statt. Verbleiben dann immer noch Hinweise auf Mängel, so soll es zunächst Tipps und Beratungen für den betroffenen Arzt geben. Als scharfe Sanktionen sind Abmahnungen bis hin zur fristlosen Kündigung möglich. Gibt es Anhaltspunkte für schwerwiegende Vertragsverstöße, dann kann die AOK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von betroffenen Patienten einholen, Einsicht in Patientenakten nehmen oder auch Patienten befragen. Um überhaupt Einsicht in die Patientenakte nehmen zu können, muss die AOK wis-

sen, welcher Patient sich hinter dem anonymen Datensatz verbirgt. Wenn die AOK die regelmäßig pseudonymisierten Daten an Stelle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) selbst unter Ausschaltung des MDK ggf. wieder entschlüsseln könnte, dürfte dies datenschutzrechtlich nicht unbedenklich sein.

● **Ein „Durchbruch“?**

Alles in allem dient der neue Hausarztvertrag in BW offensichtlich zur regionalen Honorar-Rettung der Hausärzte vor der ab 01.01.2009 in Kraft tretenden Reform und den dazu befürchteten finanziellen Auswirkungen für Baden-Württemberg. Er bringt damit den baden-württembergischen Hausärzten wahrscheinlich einen Vorteil. Mit dem Vertrag verabschiedet man sich vom „Berliner EBM-Chaos mit Punktelosen und floatenden, ständig fallenden Honoraren“, von „Honorarbudgets, Abstufungen, Regressen und völlig fehlender Planungssicherheit“, von „Bürokratie- und Kontrollmonstern, die seit vielen Jahren in unseren Praxen toben“, sowie der „drohenden wirtschaftlichen Vernichtung vieler unserer Praxen“ werben der Vorsitzende und sein Vize, Dr. Berthold Dietsche und Dr. Frank Dieter Braun, um eine rege Teilnahme der Mediziner. In den Hausarztvertrag können sich Hausärzte seit dem dritten Quartal 2008 einschreiben. Die hausarztzentrierte Versorgung der Patienten nach dem HAZVV erfolgt erst ab dem vierten Quartal 2008. Einen Tag nach der Vorstellung des Hausarztvertrags von Hausärzterverband, MEDI und AOK Baden-Württemberg hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt andere Kassen aufgefordert, dem Beispiel des HAZVV-AOK BW zu folgen. Schmidt bezeichnete den Vertrag als „Durchbruch“, wie ein Ministeriumssprecher mitteilte. Ob sie den damit verbundenen finanztechnischen Sprengstoff erkannt hat, der durch die finanzielle Sonderregelung in Baden-Württemberg entsteht? Die KVen seien nun „nicht mehr so felsenfest im Boden verankert“ wie bisher, so der Sprecher. Auch verschiedene Zeitungen werteten den Vertrag als historischen Durchbruch, weil nach 75 Jahren erstmals das Monopol einer Kassenärztlichen Vereinigung fällt. Entscheidend ist aber nun, wie angesichts hoher emotionaler Erwartungen der Vertrag umgesetzt wird. Stark zweifelhaft ist, ob den Hausärzten auf Dauer der Wechsel vom früheren KV- zum sich abzeichnenden HÄV-Monopol für das Verhandlungsmandat mit den Kassen nützen wird. Eine nüchterne Bewertung des baden-württembergischen Vertrages wird erst dann möglich sein, wenn der Vertrag umgesetzt wird.

RA Helge Rühl/
Dr. Hans-Friedrich Spies

Roland Berger Studie zum Gesundheitsmarkt

Der Gesundheitsmarkt – aus der Sicht des Bürgers

Die Consulting-Firma Roland Berger hat sich mit dem Gesundheitsmarkt beschäftigt und dabei ihr Augenmerk auf die Sicht des Bürgers gerichtet. Der Analyse folgt eine Strategieempfehlung sowohl für die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung. Nach der Studie sind die Bürger in Deutschland für neue Gesundheitsangebote prinzipiell offen, sie wünschen sich dabei eine Differenzierung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Steuerung der Versorgung wird nur bedingt akzeptiert. Am ehesten lässt man sich das noch vom Hausarzt oder im Arzneimittelbereich gefallen. Der Prävention gilt ein besonders Interesse, wohl auch, weil man glaubt, hier den Kostenanstieg im Gesundheitswesen dämpfen zu können. Erfreulich für Mediziner: dem niedergelassenen Arzt als persönlichem Ansprechpartner wird weiter eine ganz besondere Bedeutung zugemessen.

Der Bürger bewertet auch die Rolle der Krankenkassen. Eine Einschränkung der Krankenkassen auf die reine medizinische Versorgung wird von 48 Prozent der Befragten nicht akzeptiert. Eine knappe Mehrheit ist deshalb der Auffassung, dass die Krankenkassen über die reine medizinische Versorgung hinaus zusätzliche Leistungen erbringen sollten. 80 Prozent wünschen sich eine Beratung in Gesundheitsfragen, 79 Prozent auch bei der Suche nach den

der Krankenkassen von der Mehrheit der Bevölkerung gewünscht wird.

● **Bereitschaft zum Hausarztmodell**

Bei der Analyse wurde die Bevölkerung auch gefragt, ob sie zusätzliche GKV-Tarife für bestimmte Leistungen bezahlen würden. Hier ist die Zustimmungsrate im Vergleich zu den Angaben bezüglich der Krankenkassen doch deutlich niedriger. (siehe Abbildung 1).

Stellenwert besitzt. Umgekehrt ist man bereit, eine Minderleistung zu akzeptieren, wenn sie sich in einen niedrigeren Beitrag ausdrückt (siehe Abbildung 2). An der Spitze steht hier das Hausarztmodell. Offensichtlich hat die politische Aktivität bewirkt, dass die Mehrzahl der Bürger in der Bundesrepublik bereit ist, den Hausarzt vor weitere Behandlungsüberweisungen zu stellen. Überhaupt nicht näher treten kann man dem Problem der Selbstbeteiligung und dem Ausschluss von bestimmten Krankheiten bei der Versicherung. Es überrascht dabei, dass die Einschränkung der freien Arztwahl einen niedrigen Stellenwert beim Versicherten genießt.

● **Empfehlung, Ärztenetze zu schaffen**

Roland Berger Strategy Consultants empfiehlt der gesetzlichen Krankenversicherung, die Möglichkeiten des Wettbewerbs auszunutzen und sich auch auf dem so genannten zweiten Gesundheitsmarkt zu etablieren. Die Handlungsempfehlungen, zum Beispiel für die Krankenhäuser und für die niedergelassenen Ärzte fordern, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen neue Geschäftsfelder prüfen und erschließen. Im Vordergrund steht die Bildung von Netzwerken, auch Versorgungsebenen übergreifend, und eine Professionalisierung der Managementstrukturen. Dem Vertragsarzt wird empfohlen, seine Rolle als Vermittler von Leistungen auszubauen, sich vermehrt an der Prävention zu beteiligen und individuelle Angebote an den Patienten zu richten. Ganz im Vordergrund steht eine Gründung von Ärztenetzen, um, wie Roland Berger formuliert, ein Gegenwicht „zu neuen Kräften“ zu schaffen.

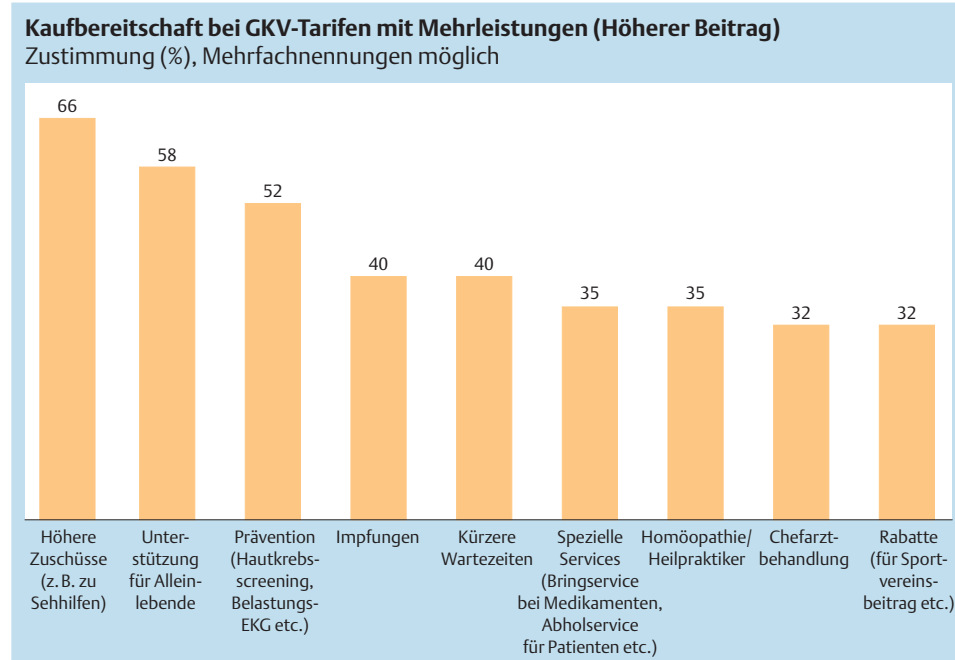


Abb. 1 Nach der Umfrage von Roland Berger sind die Bundesbürger am ehesten bereit, höhere Krankenkassentarife für Zuschüsse – z. B. zu Brillen – oder für verbesserte Präventionsleistungen zu zahlen. (Quelle: Roland Berger)

besten Behandlungsmöglichkeiten. 85 Prozent der Befragten fordern von der Krankenkasse, dass sie mit den Ärzten die Behandlungsmethoden abstimmt. Insofern wird aus der Umfrage deutlich, dass eine Steuerungsfunktion

An der Spitze steht eine Absicherung bei höheren Zuschüssen, zum Beispiel bei der Sehhilfe. Man ist auch bereit, mehr Geld über den Beitrag für die Prävention zu bezahlen. Interessant ist, dass die Chefarztbehandlung einen vergleichsweise niedrigen

Stellenwert besitzt. Umgekehrt ist man bereit, eine Minderleistung zu akzeptieren, wenn sie sich in einen niedrigeren Beitrag ausdrückt (siehe Abbildung 2). An der Spitze steht hier das Hausarztmodell. Offensichtlich hat die politische Aktivität bewirkt, dass die Mehrzahl der Bürger in der Bundesrepublik bereit ist, den Hausarzt vor weitere Behandlungsüberweisungen zu stellen. Überhaupt nicht näher treten kann man dem Problem der Selbstbeteiligung und dem Ausschluss von bestimmten Krankheiten bei der Versicherung. Es überrascht dabei, dass die Einschränkung der freien Arztwahl einen niedrigen Stellenwert beim Versicherten genießt.

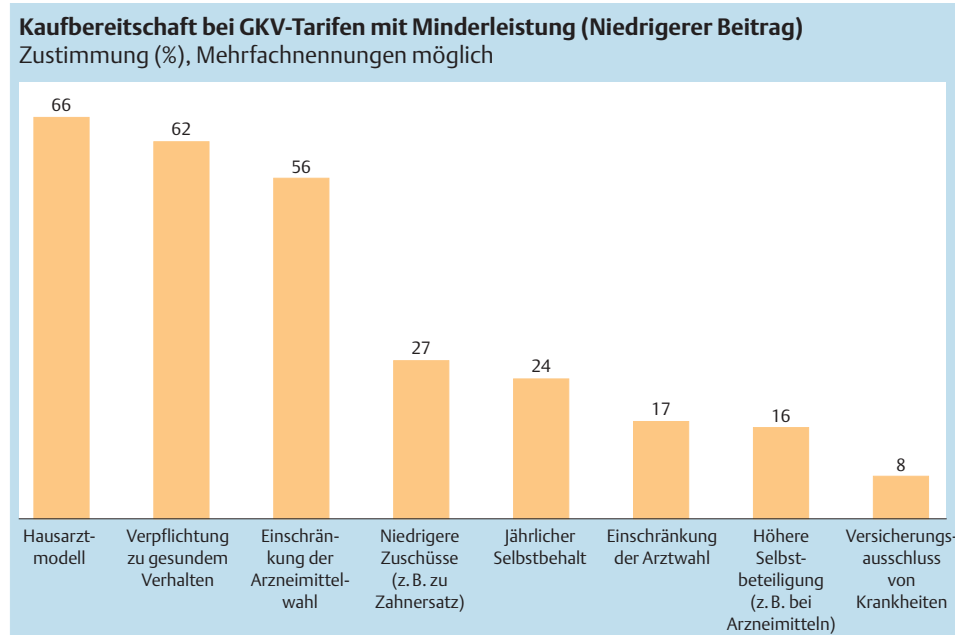


Abb. 2 66% der Befragten wären bereit, einen Hausarzttarif zu akzeptieren, wenn sich dadurch ihr Krankenkassenbeitrag verringern würde. (Quelle: Roland Berger)

Individuelle Gesundheitsleistungen aus Sicht des WIdO (Fortsetzung von Seite 1)

IGeL erfreuen sich steigender Nachfrage

• Initiative geht meist vom Arzt aus

Die Initiative zu privaten Zusatzleistungen geht meist vom behandelnden Arzt aus: Die Frage „Haben Sie von sich aus nach dieser Leistung gefragt?“ wird mehrheitlich von den Patienten verneint. Vielmehr werden die am häufigsten genannten, privat zu bezahlenden Leistungen wie Ultraschalluntersuchungen (19,1%), Augeninnendruck-Messungen (12,7%) und ergänzende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (12,1%), aber auch Knochendichtemessungen und Laborleistungen nach Angaben der Patienten meist aktiv vom Arzt angeboten. Nur ein Drittel (32,4%) der Versicherten gibt an, private Zusatzleistungen

Angesichts stagnierender und rückläufiger Honorare aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist es mittlerweile gang und gäbe, dass Vertragsärzte sich mit dem Angebot individueller Gesundheitsleistungen ein zweites Standbein zulegen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. deren damaliger stellvertretender Hauptgeschäftsführer Dr. Lothar Krimmel hat dazu schon 1998 einen IGeL-Katalog vorgelegt, der 109. Deutsche Ärztag 2006 in Magdeburg hat die IGeL-Leistungen offiziell definiert. Kallenberg unterscheidet IGeL im engeren und im weiteren Sinne: Zu ersteren zählen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, zu zweiteren können aber

miert werden müssen, natürlich auch über die Kosten. Der Patient darf weder mittel- noch unmittelbar zur Inanspruchnahme gedrängt werden. Die Absicht, eine IGeL-Leistung zu beanspruchen, muss vor der Behandlung erklärt und schriftlich bestätigt werden.

Daran aber scheint es in der Praxis noch zu hapern, glaubt man der WIdO-Umfrage. In nur 36,4% der genannten Fälle wurde vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient getroffen. Für jede sechste erbrachte IGeL-Leistung (15,9%) wurde in der Arztpraxis keine Rechnung ausgestellt. Wird hier rechtlich nicht korrekt gehandelt, kann es für den Arzt unangenehm werden, sagte Kallenberg. So gibt es häufig Probleme, wenn Patienten hinterher zu ihrer Krankenkasse gehen und von ihr die Kostenübernahme für die IGeL-Leistungen verlangen. Nicht selten behaupten die Kassen-Mitarbeiter, dass die Leistung von der Kasse bezahlt würden und der Vertragsarzt sie nicht privat hätte abrechnen dürfen. Dann kann es zu einem langwierigen Beschwerdeverfahren kommen.

• Vor allem Besserverdienende nehmen IGeL-Leistungen in Anspruch

Wie bereits in den früheren WIdO-Untersuchungen zu IGeL-Leistungen festgestellt, zeigt sich eine deutliche soziale Differenzierung beim Angebot von IGeL: Patienten mit überdurchschnittlicher Bildung und höherem Einkommen bekommen IGeL deutlich häufiger angeboten als andere. So bekam in den unteren Einkommensgruppen (bis 1000 Euro Haushaltsnettoeinkommen) nur etwa jeder Fünfte Privatleistungen vorgeschlagen (18,7%), während in den höheren Einkommensgruppen (über 4000 Euro Haushaltsnettoeinkommen) mehr als ein Drittel der Befragten (39,1%) über ein individuelles Angebot ihres behandelnden Arztes berichtet. Patienten mit hoher Schulbildung werden nahezu doppelt so häufig private Zusatzleistungen angeboten (32,4%) wie Patienten mit einfacher Schulbildung (17,8%). Das spricht dafür, dass keine Ahnungslosen vom Arzt über den Tisch gezogen werden, sondern dass eine bessere Bildung und Einkommenssituation für eine höhere Aufgeschlossenheit und Urteilsfähigkeit angesichts wünschenswerter Zusatzleistungen sorgt. Es wird deutlich, dass viele gesetzlich Versicherte das Angebot zusätzlicher individueller Gesundheitsleistungen sehr schätzen und gern in Anspruch nehmen.

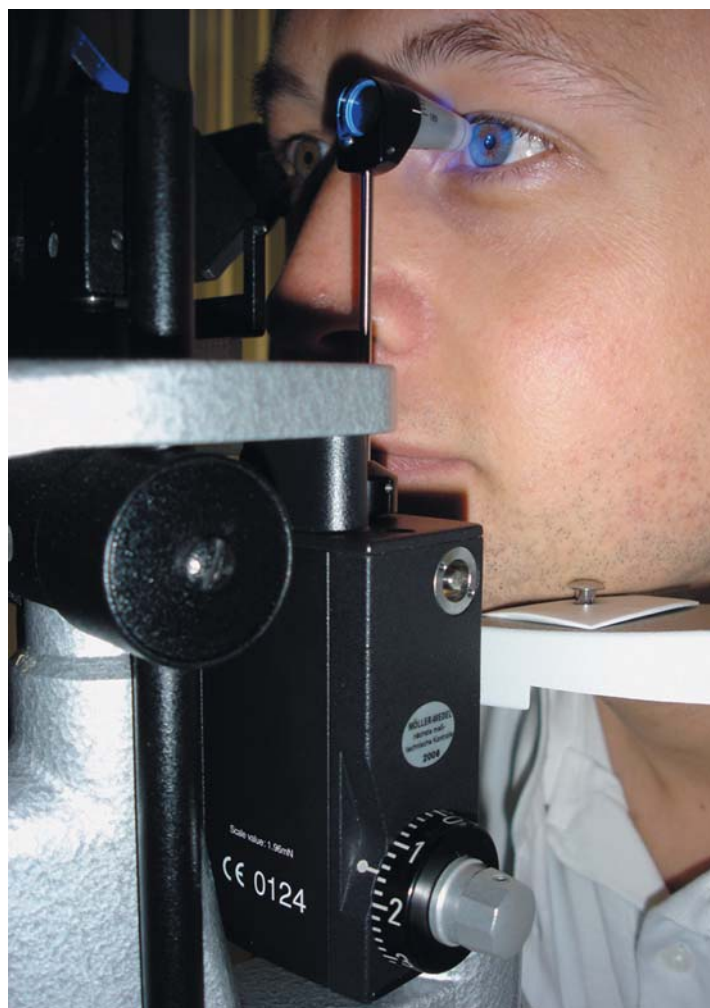


Fast ein Drittel der Gynäkologen in der WIdO-Umfrage hatten individuelle Gesundheitsleistungen angeboten oder in Rechnung gestellt. Von den Internisten „igeln“ lediglich 3,3%.

• Gynäkologen sind Spitzenreiter im IGeL

Nach der Hit-Liste der WIdO-Umfrage sind die Frauenärzte Spitzenreiter im IGeL. In dieser Fachgruppe haben 32,1% individuelle Gesundheitsleistungen angeboten bzw. in Rechnung gestellt. Auf Platz zwei folgen mit 23,2% schon die Allgemein- und Praktischen Ärzte. Augenärzte (beliebt: Augen-Innendruckmessung) liegen mit 14,4% auf Rang drei, dahinter die Dermatologen (9,3%), Orthopäden (8,2%), Urologen (3,6%) und dann erst die Internisten mit bescheidenen 3,3%. Zwischen hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten wird nicht unterschieden. Während fast bei allen zusätzlichen privaten Leistungen die Initiative von der Praxis (54%) und nicht von Patienten (46%) ausging, ist es bei zwei Leistungen genau umgekehrt:

das Grund genug darauf hinzuweisen, dass sich verunsicherte Patienten und Versicherte nach einem IGeL-Angebot in der Arztpraxis von Krankenkassen und Verbraucherzentralen beraten lassen sollten. Der mündige Patient, der vielleicht selbst beurteilen kann, ob und wenn ja welche private Leistung er zusätzlich in Anspruch nehmen will, kommt dabei überhaupt nicht vor. Präventionsleistungen werden häufig als IGeL-Leistung angeboten, wie z.B. das Glaukom-Screening bei Augenärzten, wenn keine Symptome vorliegen, oder die PSA-Bestimmung, die privat liquidiert werden kann, solange es sich nicht um eine kurative Leistung handelt. Die Frage ist dabei immer, wo das Screening aufhört und die kurative Behandlung anfängt. Die Trennlinie ist aus Sicht des Juristen nicht immer zweifelsfrei zu ziehen. Die spezielle Konstellati-



Die Augeninnendruck-Messung zum Glaukom-Screening gehört zu den am häufigsten durchgeführten privaten Zusatzleistungen.

nachgefragt zu haben. Hier sind im letzten Jahr in erster Linie kosmetische Leistungen und Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchungen von Interesse gewesen.

Die Akzeptanz von IGeL-Leistungen ist bei den Vertragsärzten recht unterschiedlich, berichtete Rechtsanwalt Stefan W. Kallenberg, Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, auf dem Juristischen Seminar des MedCongress Anfang Juli in Baden-Baden. Einige Fachgruppen fassen den IGeL nur mit spitzen Fingern an, weil sie sich dadurch zu sehr in die kaufmännische Ecke gedrängt sehen. Andere sind jedoch sehr aktiv mit ihren Angeboten, etwa die Dermatologen, Urologen und Gynäkologen, weil ihre Fachgebiete ein breites Zusatzspektrum enthalten.

auch Leistungen gehören, die zwar Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs sind, die aber im Einzelfall nicht erbracht werden können, weil sie unwirtschaftlich wären.

• Patienten müssen umfassend informiert werden

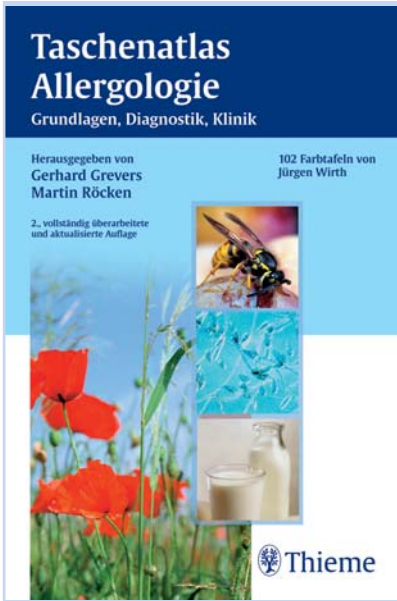
Der Impuls zur Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen kann durchaus auch von der Praxis ausgehen. Dazu dient etwa ein Aushang im Wartezimmer, oder die Helferin spricht die Patienten direkt am Empfang auf die Möglichkeiten an. Anders würden viele Patienten gar nicht auf die Idee kommen, solche Leistungen nachzufragen. Unbedingt zu beachten ist für den Arzt, dass die Patienten über die individuellen Gesundheitsleistungen vollständig und zutreffend infor-



Private Zusatzleistungen werden – nach der WIdO-Umfrage – meist vom Arzt aktiv angeboten. Bei der Melanomvorsorge und kosmetischen Leistungen ging die Initiative jedoch mehrheitlich vom Patienten aus.

Die Hautkrebs-Vorsorge wurde zu 65,2% direkt von Patienten nachgefragt, ebenso kosmetische Leistungen (53,3%). Die Wertung des WIdO, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient „durch das Spannungsfeld IGeL“ leide, ist mit Vorsicht zu genießen. Denn auf die Frage, ob sich das IGeL-Angebot irgendwie auf das Patient-Arzt-Verhältnis auswirke, haben 58,1% mit Nein geantwortet, lediglich 38,2% mit Ja. Und von diesen haben 81,8% gemeint, das Verhältnis habe sich verschlechtert, wogegen 14,5% fanden, es habe sich sogar verbessert. Für das WIdO ist

on, dass ein Arzt Screening als private Leistung anbietet und bei der Nichtinanspruchnahme als IGeL durch den Patienten seine Haftung ausschließt, ist vom Aufsichtsministerium in Nordrhein übrigens als Verstoß gegen die Berufspflicht gewertet worden. Wenn ein Patient das Angebot individueller Gesundheitsleistungen bewusst ablehnt, muss der Arzt diese Entscheidung akzeptieren, betonte Kallenberg, denn der Patient ist Subjekt und nicht Objekt der Behandlung.



Gerhard Grevers, Martin Röcken (Hrsg.)
Taschenatlas Allergologie
 Grundlagen, Diagnostik, Klinik
 Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
 2008. 268 S., 108 Abb., 29,95 €

Allergologie kompakt

In der zweiten vollständig überarbeiteten und aktualisierten Auflage des „Taschenatlas Allergologie“ ist es den Herausgebern G. Grevers und M. Röcken erneut gelungen, das gesamte Fachgebiet der Allergologie prägnant, didaktisch hervorragend und optisch ansprechend darzustellen. In der zweiten Auflage wurden einige Themen neu aufgenommen, z. B. regulatorische T-Zellen, Zytokine, SLIT-Allergoide und Histamin-Intoleranz. Das Buch wendet sich in erster Linie an Ärzte aller Fachrichtungen und Medizinstudenten, soll aber auch Stu-

dierende und Wissenschaftler aus benachbarten Fächern ansprechen. Die Autoren haben sich ganz bewusst auf gut etablierte Konzepte konzentriert. Der Taschenatlas unterteilt sich in fünf Abschnitte:

Teil 1 umfasst die Grundlagen der Allergologie. Hier werden die wichtigsten Definitionen, die Epidemiologie und die molekularen und zellulären Grundlagen der Immunabwehr und Immunantwort dargestellt.

Teil 2 beschreibt fachübergreifend die Diagnostik allergischer Erkrankungen aus der Sicht der verschiedenen Fachdisziplinen (Dermatologie, HNO, Augenheilkunde, Innere Medizin, Kinderheilkunde). Auch das wichtige Thema der Berufserkrankungen wird eingehend besprochen.

Teil 3 erläutert die spezifischen und allgemeinen Therapieprinzipien, die für allergische Erkrankungen entwickelt wurden. Dies umfasst die spezifische Immuntherapie einschließlich der Hyposensibilisierung, medikamentöse Therapieprinzipien mit Antihistaminika, Glukokortikoiden und anderen Pharmaka, Allergenkarrenz, Diät- und Klimatherapie bis hin zur Psychotherapie.

Teil 4 umfasst die Beschreibung der einzelnen allergologischen Krankheitsbilder. Pathophysiologie, Diagnostik, klinischer Befund und Therapie werden hier anhand der verschiedenen Erkrankungen detailliert besprochen.

Teil 5 enthält wichtige Kurzinformationen in teils tabellarischer Zusammenfassung, z. B. weitergehende

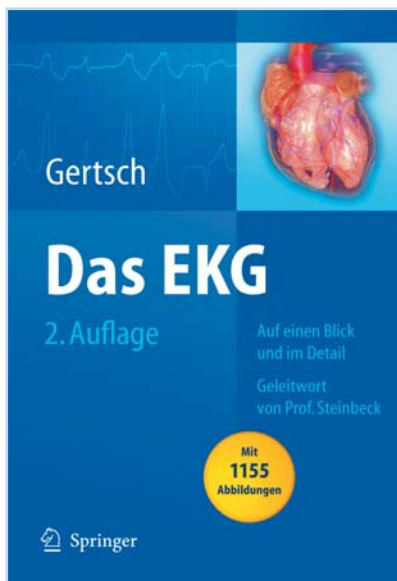
Angaben zur Notfalltherapie, zu Berufsalergenen und Informationen der pharmazeutischen Industrie über häufige Allergene sowie Adressen wissenschaftlicher Fachgruppen und patientenorientierter Organisationen. In der zweiten Auflage des „Taschenatlas Allergologie“ ist es den Herausgebern erneut gelungen, alle Aspekte der Allergologie umfassend und fachübergreifend in der bewährten, sehr illustrativen Form mit enger Verbindung von Text und Bild verständlich darzustellen. Die hohe Akzeptanz des Taschenatlas spiegelt sich in den zwischenzeitlich vorliegenden sechs fremdsprachigen Auflagen wieder. Das Text-Bildtafel-Konzept dürfte den Bedürfnissen vieler Kollegen in Klinik und Praxis nach klarer und übersichtlicher Darstellung entgegenkommen.

Fazit: Die hervorragend gelungene Neuauflage dieses Werkes, bietet dem Leser einen Roten Faden durch die Allergologie in knapper und didaktisch gelungener Form. Ein rundum gelungenes Werk mit fachübergreifender kompetenter Komplettdarstellung, das ohne Einschränkungen empfohlen werden kann.

Priv.-Doz. Dr. med. Martin Kohlhäufel



PD Dr. M. Kohlhäufel ist Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde mit Zusatzbezeichnung Allergologie. Er ist Chefarzt der Abteilung für Pneumologie und pneumologische Onkologie der Klinik Schillerhöhe/Stuttgart.



Marc Gertsch
Das EKG – Auf einen Blick und im Detail
 Springer Medizin Verlag, Heidelberg
 2008. 638 S., 1155 Abb., 54 Tab., 99,95 Euro

Zacken auf einen Blick – und im Detail

Der Titel ist Programm: „Auf einen Blick“ und (dennoch) „im Detail“ beleuchtet einer der führenden Schweizer Kardiologen umfassend das EKG des Menschen. Unter der insgesamt ca. 80 Seiten fassenden Rubrik „Auf einen Blick“ werden kurz und prägnant die wichtigsten Zusam-

menhänge erläutert. „Im Detail“ geht stärker in die Tiefe und enthält damit auch Informationen, nach denen man sonst oft sehr lange suchen muss. Diese Untergliederung findet sich in nahezu jedem der 32 didaktisch sehr gut aufbereiteten Kapitel, die ihrerseits den vier Sektionen „Theoretische Grundlagen“ (Kap. 1–3), „EKG-Morphologie“ (Kap. 4–17), „Arrhythmien“ (Kap. 18–26) und „Spezielle Themen“ (Kap. 27–32) zugeordnet sind. Das 24 Seiten umfassende Stichwortverzeichnis ermöglicht ebenfalls eine schnelle Orientierung. Jedem Artikel ist eine Kurzzusammenfassung von wenigen Sätzen vorangestellt. Am Ende der Kapiteltexte finden sich umfangreiche Literaturangaben zur vertiefenden Beschäftigung mit einem Thema. Abgeschlossen werden die Kapitel durch eine Sammlung von jeweils relevanten EKG-Beispielen. Da die EKG-Varianten somit oft direkt nebeneinander betrachtet werden können, fördert diese Darstellung die Möglichkeit zum EKG-Training und zur Selbstüberprüfung.

In Kapitel 2 wird insbesondere EKG-Anfängern ein ausführliches Schema zur Analyse und Interpretation der „respekteinflößenden“ Stromkurve des Herzens an die Hand gegeben. Dass aber auch Profis ein EKG nicht „im Vorbeigehen“, sondern stets nach festem Schema beurteilen sollten, um nichts zu übersehen, wird u.a. mit

einem amüsanten Fallbericht vergewöhnert. Ungefähr 50 „Fallbeispiele/Short Stories“, Informationen zu klassischen Symptomen, koronaren Veränderungen oder Inzidenzen bringen die 1155 Abbildungen und 54 Tabellen in einen relevanten klinischen Kontext. Auf Fallstricke, Differenzialdiagnosen oder vermeidbare Fehler wird gesondert hingewiesen. Neben der Interpretation von Ruhe-EKGs (normale und pathologische Befunde, Schrittmacher-EKGs) ist der Durchführung und Beurteilung von Belastungs-EKGs ein ausführliches Kapitel gewidmet.

Fazit: Nach Lektüre des hochwertigen, kurzweiligen Lehrbuches sollte kaum eine Frage bezüglich der „sonderbaren“ Zacken, Wellen oder Linien übrig bleiben. Es ist gedacht für Kardiologen, Internisten, Allgemeinmediziner und besonders interessierte Studenten.

Dr. Ulrike Müller



Dr. Ulrike Müller ist Assistenzärztin am Herzzentrum Leipzig. Ihr besonderes Interesse gilt der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen und der internistisch-kardiologischen Intensivmedizin.

Möchten auch Sie Bücher für BDI aktuell rezensieren?

Wir suchen Rezensenten für folgende Titel:

Stierle/Hartmann
Klinikleitfaden Kardiologie
 Urban & Fischer Verlag bei Elsevier

Wilkenhoff/Kruck
Handbuch der Echokardiographie
 Georg Thieme Verlag KG

Hardt
Tumormarker in der Gastroenterologie
 UNI-MED Verlag

Hofer
Doc's Coach Praktische Fertigkeiten für Klinik & Praxis
 Didamed Verlag GmbH

Renz-Polster/Krautzig
Basislehrbuch Innere Medizin
 Urban & Fischer Verlag bei Elsevier

Charbonnier/Dörner/Simon
Medizinische Indikation und Patientenwille Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende
 Schattauer Verlag

Frodl
BWL für Mediziner
 de Gruyter Verlag

Schuler/Oster
Geriatric von A bis Z
 Schattauer Verlag

Krause/Buck/Schwaiger
Nuklearmedizinische Onkologie
 ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ehninger/Link/Berdel (Hrsg.)
Akute myeloische Leukämie
 Deutscher Ärzte-Verlag

Wenn Sie Interesse haben, eines der genannten Bücher zu besprechen, schicken Sie bitte eine E-Mail an **BDI-aktuell@thieme.de**. Bitte geben Sie uns darin auch Informationen zu Ihrer aktuellen Tätigkeit und Ihren Interessengebieten.



Die Milzruptur nach Koloskopie

Die Koloskopie ist ein exzellentes diagnostisches und therapeutisches Standardverfahren, das aus der täglichen gastroenterologischen Diagnostik nicht mehr wegzudenken ist. Nicht zuletzt zeichnet es sich durch eine extrem geringe Komplikationsrate aus. Blutungen und Perforationen sind dabei die häufigsten Komplikationen mit einer Inzidenz von unter 1 %. Die Milzruptur nach Koloskopie ist eine extrem seltene, potenziell jedoch vital bedrohliche Komplikation, die unter Umständen ein sofortiges chirurgisches Eingreifen erforderlich macht. Seit der Erstbeschreibung 1974 [4] sind bislang einzelne Kasuistiken publiziert worden, wobei die tatsächliche Rate möglicherweise unterschätzt wird [6]. Wir berichten über eine Patientin, bei der im Rahmen einer Vorsorge-Koloskopie eine Milzruptur auftrat.

Kasuistik

● Anamnese und klinischer Befund

Die 57-jährige Patientin stellte sich mit unspezifischen Oberbauchschmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter vor. Am Morgen des selben Tages (8 Stunden vor der Untersuchung) war eine unauffällige Vorsorge-Koloskopie durchgeführt worden. In der weiteren Vorgeschichte war eine Pylorus-erhaltende partielle Duodenopankreatektomie wegen chronischer Pankreatitis bekannt.

● Körperlicher Untersuchungsbefund

Die Patientin (1,68 m; 69 kg) stellte sich in leicht reduziertem Allgemeinzustand vor. Bei reizloser querrer Oberbauchlaparotomienarbe war das Abdomen meteoristisch aufgetrieben, im Bereich des linken Oberbauches konnte ein Druckschmerz ohne Abwehrspannung provoziert werden. Der übrige körperliche Untersuchungsbefund war unauffällig, ebenso die Kreislaufparameter (RR 150/80 mmHg, Puls 82/min).

● Klinisch chemische Untersuchung

Neben einer Leukozytose von 13 200/ml (Norm bis 8000/ml), fiel ein C-reaktives Protein (CRP) von 80 mg/dl (< 5 g/dl), sowie ein Hämoglobin-Wert von 8,9 g/dl (12–14 g/dl) auf.

● Ergänzende Untersuchungen

Ein EKG sowie das Röntgen des Thorax erbrachten Normalbefunde. Das Röntgen des Abdomens zeigte mit Ausnah-

me dilatierter, luftgefüllter Darmschlingen keine Auffälligkeiten, insbesondere keinen Hinweis auf freie intraabdominelle Luft. Abdomensonografie: Normal große Leber mit regelrechtem Binnenreflexmuster. Intra- und extrahepatische Gallenwege nicht erweitert. Pankreas-korpus und Schwanz wegen Luftüberlagerung nicht sicher beurteilbar. Perisplenisch deutlicher Flüssigkeitssaum mit aufgelockertem Milzparenchym im unteren Pol. Kein Nachweis freier intraabdomineller Flüssigkeit. Kontrastmittel-Computertomographie (KM-CT): Nachweis einer gedeckten Milzruptur im kaudalen Abschnitt mit Ausbildung eines perisplenischen Hämatoms (Abb. 1).

● Therapie und Verlauf

Die Patientin wurde wegen der bestehenden Kreislaufstabilität nach abgeschlossener Diagnostik zunächst auf unserer viszeralmedizinischen Wachstation aufgenommen und engmaschig überwacht. 2 Stunden nach der Aufnahme fiel der Hämoglobin-Wert auf 7,8 g/dl, mit kompensierendem Anstieg der Pulsfrequenz auf 98/min bei stabilem und unverändertem Blutdruck. Sonografisch zeigte sich eine Zunahme der perisplenischen Flüssigkeit, sodass die Indikation zur chirurgischen Intervention gestellt wurde. Aufgrund der vorausgegangenen Laparotomie (bezüglich der partiellen Duodenopankreatektomie) wurde primär eine Laparotomie durchgeführt. Intraoperativ bestätigte sich der Befund einer Milzruptur. Es wurde ein organerhaltendes Milzwrapping mit einem Vicryl®-Netz vorgenommen. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, eine Substitution von Erythrozytenkonzentraten war nicht erforderlich. Die Patientin wurde am 7. postoperativen Tag aus der stationären Behandlung entlassen.

Diskussion

Eine Verletzung der Milz ist mit einer Inzidenz von 0,004 % eine sehr seltene Komplikation der Koloskopie [1, 13, 14]. Wenn sie auftritt, hat sie jedoch eine Mortalitätsrate von bis zu 8 % [6]. Als Entstehungsmechanismus wird ein vermehrter Zug am Ligamentum splenocolicum angenommen, entweder durch eine übermäßige Traktion der linken Colonflexur oder eine eingeschränkte Mobilität der Colonflexur oder der Milz, bedingt durch Adhäsionen [3]. Dabei gelten Koloskopiemaneöver wie Vorschieben ohne Sicht, Herausdrehen einer Alpha-Schleife sowie die Begradigung einer Sigma-Schleife als besonders prädestiniert, eine Milzverletzung zu bewirken [11]. Beim Patienten sind es vor allem vorausgegangene Operationen, entzündliche Darmerkrankungen oder intraabdominelle Infektionen, die zu einer verminderten Mobilität der ligamentären Verbindung Milz – linke Colonflexur führen. Zunehmend wird auch eine fehlende Reaktion des Patienten bei Koloskopie unter intravenöser Sedierung mit dadurch ermöglichter forcierter Kolonpassage als Risikofaktor diskutiert [10]. Die Diagnose einer Milzverletzung im Rahmen einer Koloskopie kann schwierig sein, da die Symptome – in der Regel postinterventionelle abdominale Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter – auch bei vital nicht bedrohlichen Komplikationen wie Gasretention, Kolondistension oder Postpolypektomie-Serositis auftreten können. Obwohl die Beschwerdesymptomatik am ehesten innerhalb der ersten 12 Stunden auftritt, sind verzögerte Diagnosen von bis zu 10 Tagen beschrieben [11]. Mit der Sonografie steht eine einfache Untersuchungsmethode zur Verfügung, mit der perisplenische Flüssigkeit, ein subkapsuläres Hämatom oder ein Parenchymriss bzw. eine Parenchymruptur zuverlässig beurteilt werden können. Bei bestehender peritonealer Reizung vor dem Hintergrund eines Hämatoperitoneums muss differenzialdiagnostisch eine Kolonperforation ausgeschlossen werden. Hier ist die Durchführung eines Kontrastmittel-CTs sinnvoll. Es führt am sichersten zu der Diagnose einer postinterventionellen Milzruptur, wie in der Literatur beschrieben wird. Nach Möglichkeit sollte eine Splenektomie vermieden werden. Diese Forderung deckt sich nicht mit der Literatur, in der bei 70 % der beschriebenen Kasuistiken Splenektomien durchgeführt wurden. Dies muss jedoch vor einem historischen Hintergrund gesehen werden, da moderne chirurgische Milz-erhaltende Operationsverfahren wie das Aufkleben von Hämostyptika oder das Wrapping erst in den letzten Jahren zunehmende Verbreitung in der Chirurgie gefunden haben. Als mögliche interventionelle Therapie kommt die Embolisation der A. lienalis in Betracht [5], wodurch jedoch ein Milzinfarkt mit möglicher postinterventioneller Abszedierung der Parenchymnekrose auftreten kann. Ein rein konservatives Therapiemanagement kann angewendet werden, wenn der

Patient hämodynamisch stabil ist und die Milzläsion unter engmaschiger Kontrolle keine Veränderung aufweist. Ein derartiges Vorgehen ist in der Literatur in 23 % der beschriebenen Kasuistiken erfolgreich gewesen [6]. Eine zweizeitige Milzruptur nach konservativer Therapie wurde bislang nicht beschrieben. Obwohl die Komplikation bei korrekter Diagnosestellung und adäquatem Therapiemanagement eine gute Prognose hat, darf die potenzielle vitale Gefährdung des betroffenen Patienten nicht unterschätzt werden. In der Literatur sind bislang 3 Todesfälle beschrieben; dabei wurden 2 Milzrupturen erst während einer notfallmäßigen Laparotomie und eine Ruptur erst bei der Autopsie erkannt [7, 9]. Welche Therapie im individuellen Fall sinnvoll ist, hängt zum einen von der Art der Parenchymverletzung und zum anderen von der Zeitspanne zwischen der Verletzung und der korrekten Diagnose ab. Bei einem forcierten Zug am Ligamentum splenocolicum ist eine Kapselverletzung als initiale Parenchymläsion der Milz am wahrscheinlichsten. Kleinere Kapselverletzungen haben gute Chancen, spontan zu sistieren, z. B. durch Kompression des umliegenden Fettgewebes, sodass diese Verletzung am ehesten konservativ behandelt werden kann. Dies sollte jedoch nur unter engmaschiger sonografischer und laborchemischer Kontrolle – am sinnvollsten auf einer interdisziplinären Überwachungseinheit – erfolgen. Das Erkennen einer persistierenden Sickerblutung kann schwierig sein, da der klinische Verlauf lange Zeit durch eine hämodynamische Stabilität gekennzeichnet ist und eine Progredienz des perisplenischen Hämatoms oder der freien Flüssigkeit sonografisch nicht immer eindeutig zu objektivieren ist. Ferner besteht die Gefahr, dass sich ein subkapsuläres Hämatom weiter ausbreitet und zu einer Parenchymdestruktion führt, die ein organerhaltendes Operationsverfahren unmöglich macht. Als Methode der Wahl bietet sich in klinisch nicht eindeutig abschätzbaren Situationen die Laparoskopie an, die von uns auch bei Vorliegen einer Kolonperforation primär favorisiert wird [8]. Mit diesem Verfahren kann das Ausmaß der Milzverletzung in der Regel zuverlässig beurteilt werden, und es bestehen – bei laparoskopisch versierten Chirurgen – alle Optionen konventioneller chirurgischer Verfahren. Zudem ist in aller Regel die psychologische Hemmschwelle für den Patienten geringer, einer Laparoskopie als einer Laparotomie zuzustimmen. Eine Kapselverletzung (vor allem im Bereich des unteren Milzpoles) kann

idealerweise durch Auflage eines Hämostyptikums geklebt werden, kleinere Parenchymdefekte können durch ein Milzwrapping („Einpacken“ und Kompression der Milz mit einem Vicryl®-Netz) suffizient versorgt werden. Ebenso ist eine Splenektomie laparoskopisch möglich. Die Einlage einer perisplenischen Drainage erleichtert zudem die postlaparoskopische Überwachung. Als Notfallingriff eignet sich die Laparoskopie jedoch nur, wenn der Oberbauch nicht durch Verwachungen unzugänglich ist, wie bei der von uns beschriebenen Patientin, bei der eine partielle Duodenopankreatektomie durchgeführt worden war. Die Erweiterungsmöglichkeit zu einer Laparotomie ist bei jeder Laparoskopie gegeben und sollte auch bei minimal-invasiv nicht lösbaren Problemen genutzt werden. Um Milzverletzungen bei der Koloskopie zu vermeiden, wird bei entsprechenden Risikofaktoren der Beginn der Koloskopie in Linksseitenlage empfohlen, da es in dieser Position am ehesten zu einer Entspannung des Ligamentum splenocolicum kommt [12]. Diese Präventionsmaßnahme ist in der Praxis jedoch nicht immer konsequent zu realisieren; deshalb ist bei entsprechender Beschwerdesymptomatik bei Risikopatienten oder nach erschwerter Koloskopie das „Daran Denken“ der entscheidende Schritt zur rechtzeitigen Diagnose. Ziel müssen möglichst wenig invasive Therapien dieser seltenen Komplikation sein.

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

D. Schilling¹, H. Kirr¹, C. Mairhofer¹, B. Rumstadt¹
¹ Zentrum für Visceralmedizin, Diakoniekrankenhaus Mannheim

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. D. Schilling
 Medizinische Klinik II
 Diakoniekrankenhaus
 Mannheim
 Speyerer Straße 91 – 93
 68163 Mannheim
 Tel. 0621/81023401
 Fax 0621/81023410
 e-Mail d.schilling@diako-ma.de

Die Literatur zum Artikel finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell. Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 833–835. Alle Rechte vorbehalten).

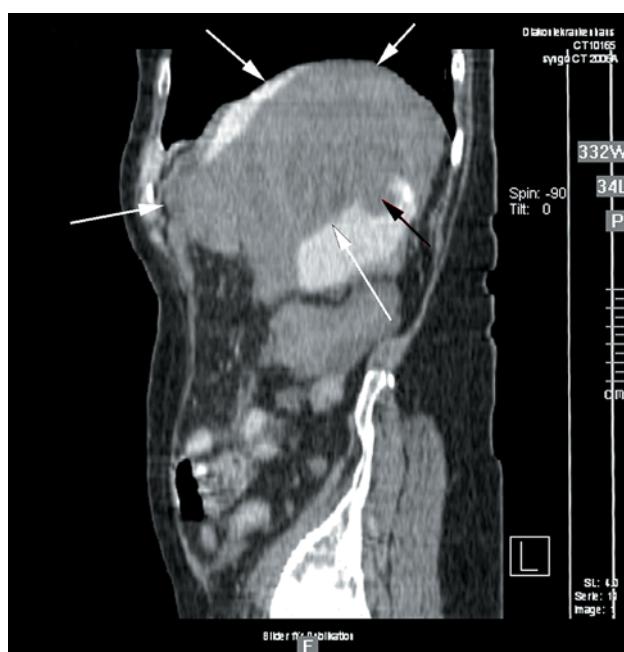


Abb. 1 Die sagittale Dickschicht-MPR des Multislice-CTs zeigt in der venösen Phase einen Defekt am oberen Milzpol (schwarzer Pfeil). Ausgeprägtes perisplenisches Hämatom (weiße Pfeile).

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die Milzruptur nach Koloskopie ist eine seltene, potenziell jedoch vital bedrohliche Komplikation.
- ▶ Die Diagnose wird neben dem „Daran denken“ am ehesten durch Sonografie oder CT gestellt.
- ▶ Als Therapie kommt ein konservatives Management, die Embolisation der A. lienalis oder eine laparoskopische Milz-erhaltende Therapie in Betracht. Eine Splenektomie sollte nach Möglichkeit vermieden werden.

Primärdiagnostik der Herzinsuffizienz in Klinik und Praxis

Die Diagnose des Syndroms „Herzinsuffizienz“ gründet sich auf typischen Symptomen wie Ruhe- und/oder Belastungsdyspnoe und dem Nachweis einer kardialen Dysfunktion (systolisch oder diastolisch). Falls diese Kombination keine sichere Zuordnung erlaubt, kann als weiteres Kriterium die Besserung der Beschwerden unter einer Herzinsuffizienztherapie hinzugezogen werden [5, 16]. Die genaue Ursache und Klassifizierung der kardialen Dysfunktion (akut, chronisch, myokardial, koronar-arteriell, valvulär, toxisch, inflammatorisch, perikardial) kann für die Therapie und die Prognose entscheidend sein, sodass eine weiterführende Diagnostik, die in der Regel dem niedergelassenen Kardiologen bzw. der Klinik vorbehalten ist, bei allen Patienten anzustreben ist. Im Einzelfall hängt die diagnostische Vorgehensweise von Symptomatik, Lebensalter, Geschlecht, Risikokonstellation und Komorbidität ab.

Anamnese und körperliche Untersuchung

Da Atemnot und Leistungsminderung (eingeteilt nach der Klassifikation der New York Heart Association in die Stadien NYHA I – IV) als Leitsymptome der Herzinsuffizienz unspezifisch sind, stellt die „Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz“ den primär versorgenden Arzt häufig vor Schwierigkeiten. Ausgangspunkt im diagnostischen Prozess sind nach wie vor die sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung, deren Bedeutung nicht überschätzt werden kann. Tabelle 1 zeigt wichtige klinische Kriterien, die bei Verdacht auf Herzinsuffizienz evaluiert werden sollten. Die diagnostische Treffsicherheit nimmt mit einer Häufung der einzelnen klinischen Zeichen und Symptome zu. Paroxysmale nächtliche Dyspnoe, ein dritter Herzton und rascher Gewichtsverlust können auf eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz hinweisen. Die Dyspnoe kann bedingt sein durch eine vermehrte Atemarbeit bei Zunahme der Totraumventilation, eine verminderte Dehnbarkeit der Lunge, eine Verdickung des alveolokapillären Interstitiums mit daraus resultierender Diffusionsstörung, sowie einen erhöhten Atemwegs-widerstand, bedingt durch vermehrte Transsudation von Flüssigkeit. Das häufigste klinisch zu beobachtende Zeichen ist die periphere Flüssigkeitsretention, die jedoch bei isoliertem Linksherzversagen oft fehlt. Wichtige Informationen bei der körperlichen Untersuchung sind Blutdruck, Herzfrequenz und Herzrhythmus. Blutdruckentgleisungen stellen die häufigste Ursache einer akuten Dekompensation dar. Gewichtsabnah-

me und Besserung der Dyspnoe nach Beginn einer Herzinsuffizienz-Therapie sind diagnostisch wegweisend. Herzrhythmusstörungen können die Entstehung einer Herzinsuffizienz begünstigen. Auffälligkeiten bei der Lungenauskultation wie basale Rasselgeräusche oder ein abgeschwächter Klopfeschall bei Perkussion sind typische klinische Zeichen und sollten Anlass für eine Röntgenaufnahme des Thorax sein. Die Auskultation des Herzens ist obligat. Systolische Herzgeräusche sind häufig, die fortgeschrittene Mitralinsuffizienz und Aortenstenose sind aber auch die häufigsten Klappenvitien, die mit einer Herzinsuffizienz einhergehen oder sie bedingen. Eine Echokardiographie sollte bei Verdacht auf ein Klappenvitium zeitnah erfolgen. Periphere Ödeme als Folge einer Wassereinlagerung bei Herzinsuffizienz müssen von Ödemen bei chronischer venöser Insuffizienz sowie von Lip- und Lymphödemen unterschieden werden. Dennoch sind anamnestische Hinweise und klinische Zeichen und Symptome generell unspezifisch und besitzen nur einen geringen positiven prädiktiven Wert. Die diagnostische Aussagekraft der erwähnten Symptome ist insbesondere bei älteren und/oder übergewichtigen Menschen sowie bei begleitenden Atemwegserkrankungen stark eingeschränkt. Randomisierte Diagnostik-Studien zeigten deshalb folgerichtig, dass nur bei 35 – 50 % der Patienten, die mit der Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz hospitalisiert werden, die Diagnose im weiteren Verlauf verifiziert wird [19, 21]. Zudem können unter adäquater Herzinsuffizienztherapie selbst bei

schwerer kardialer Dysfunktion typische klinische Zeichen wie periphere Ödemneigung fehlen. Aus diesem Grunde muss selbst bei „typischer Klinik“ die Diagnose mittels Bildgebung erhärtet werden. Abbildung 1 zeigt den von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie empfohlenen Algorithmus für die Diagnose einer Herzinsuffizienz [16].

Elektrokardiogramm in Ruhe und unter Belastung

Bei allen Patienten mit Verdacht auf Herzinsuffizienz muss ein 12-Kanal-Ruhe-EKG abgeleitet werden [5, 16], das stets im klinischen Kontext interpretiert werden sollte. Ein normales Ruhe-EKG hat einen sehr hohen negativen prädiktiven Wert (> 90 %) zum Ausschluss einer linksventrikulären systolischen Dysfunktion [4]. Q-Zacken in den linkspräkordialen Ableitungen oder ein kompletter Linksschenkelblock bei bekannter koronarer Herzkrankheit gehen häufig mit einer eingeschränkten Pumpfunktion einher [17]. Im Ruhe-EKG lassen sich Erregungsleitungsstörungen, Vorhofflimmern, Vorhofflattern oder ventrikuläre Herzrhythmusstörungen als Ursachen einer neu aufgetretenen oder zunehmenden Herzinsuffizienz meist leicht diagnostizieren. Eine periphere Niedervoltage wird u. a. beobachtet bei Kachexie, Perikarderguss, schwerer chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung, kardialer Amyloidose und inflammatorischer Myokarditis. Bei Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit besteht die Indikation zum Belastungs-EKG [5, 16]. Ein altersentsprechend normales Leistungsniveau bei der Ergometrie schließt eine Herzinsuffizienz

bei unbehandelten Patienten mit großer Sicherheit aus. Nutzen und Risiken von Belastungstests bei chronischer Herzinsuffizienz sind vorsichtig abzuwägen [1]. Bei akuter Dekompensation sind Belastungstests kontraindiziert. Eine Spiroergometrie kann im Einzelfall zur Quantifizierung der kardiopulmonalen Limitierung zur Differenzialdiagnose (kardial vs. pulmonal) und zur Prognoseabschätzung (Entscheidung über Listung zur Herztransplantation) durchgeführt werden.

Röntgen-Thoraxaufnahme

Bei Verdacht auf Herzinsuffizienz und insbesondere bei auffälligem Lungenauskultations-/Perkussionsbefund gehört die Röntgenaufnahme des Thorax zur Basisdiagnostik [5, 16]. Kardiomegalie, Vorhofvergrößerung, zentrale/periphere pulmonale Stauung und Pleuraergüsse weisen auf eine systolische kardiale Dysfunktion hin (Abb. 2). In vielen Fällen finden sich Hinweise auf pulmonale Erkrankungen als isolierte oder verstärkende Ursache der Dyspnoe. Eine normale Röntgen-Thoraxaufnahme schließt eine Herzinsuffizienz nicht sicher aus.

Laboruntersuchungen

Bei bestimmten, die Herzinsuffizienz begünstigenden Risikokonstellationen wird eine erweiterte Labordiagnostik empfohlen (Tab. 3 [16]). Ferner gibt es spezielle Laboruntersuchungen, die entweder eine Hochrisikokonstellation anzeigen (Troponine) oder geeignet sind, die Herzinsuffizienz mit hoher Sicherheit auszuschließen (natriuretische Peptide). Die diagnostische Sicherheit für eine Herzinsuffizienz kann durch Bestimmung der Plasmakonzentration von natriuretischen Peptiden, insbesondere des B-Typs des natriuretischen Peptids (BNP) bzw. seines N-terminalen Fragmentes (NT-proBNP) deutlich gesteigert werden. Nach wie vor gibt es jedoch keinen einzelnen Labortest für den Beweis oder Ausschluss einer Herzinsuffizienz, sodass auch bei erhöhten natriuretischen Peptiden stets ergänzend eine Bildgebung

erfolgen muss. Nach den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie können natriuretische Peptide bei der Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz frühzeitig bestimmt werden (Abb. 1) [16]. Ihre Bestimmung zum Ausschluss einer Herzinsuffizienz kann seit 2007 in der hausärztlichen Praxis geltend gemacht werden. BNP- bzw. NT-proBNP-Plasmaspiegel korrelieren bei akuter Herzinsuffizienz mit intrakardialen Drücken und der NYHA-Klasse, können aber nicht zwischen systolischer Dysfunktion oder Herzinsuffizienz bei erhaltener Pumpfunktion differenzieren [9]. Lungenerkrankungen, akute Lungenembolie, Malignome, Hochdruckkrisen, oder Niereninsuffizienz können ebenfalls mit erhöhten Spiegeln natriuretischer Peptide einhergehen, wobei allerdings Werte von > 400 pg/ml selten überschritten werden [9]. Bei gesunden Menschen liegt die Plasmakonzentration von BNP meist < 20 pg/ml, die von NT-proBNP meist < 120 pg/ml, abhängig jedoch von Alter, Geschlecht, Konstitution, genetischen Faktoren und der Nierenfunktion [14]. Für beide Peptide sind mittlerweile verlässliche Testverfahren verfügbar, sowohl als bedside-Test wie auch als automatisiertes Verfahren für das Klinik-Labor. Wichtig ist, dass die einzelnen Messverfahren deutlich unterschiedliche absolute Werte ergeben können und häufig untereinander nicht vergleichbar sind. Beide Peptide zeigen eine hohe intraindividuelle Variabilität, was Probleme bei der Initialdiagnostik, aber auch bei der Verlaufskontrolle aufwirft. Messungen bei Herzinsuffizienten ergaben im Abstand von zwei Stunden Abweichungen von bis zu 77 % [20]. Dennoch gilt für beide Peptide, dass niedrige Werte eine Herzinsuffizienz bei nicht-therapierten Personen sehr unwahrscheinlich machen (negativer prädiktiver Wert = 97 % für BNP < 50 pg/ml [8]; negativer prädiktiver Wert = 98 % für NT-proBNP < 300 pg/ml [6]). Zu beachten ist, dass bei chronischer, therapeutisch optimierter, stabiler Herzinsuffizienz selbst bei schlechter Pumpfunktion manchmal normale Werte

Tab. 1 Modifizierte klinische Framingham-Kriterien [10, 15] für die Diagnose einer Herzinsuffizienz.

Major	
paroxysmale nächtliche Dyspnoe	
Orthopnoe	
erhöhter Jugularvenenpuls	
feuchte Rasselgeräusche	
dritter Herzton	
Kardiomegalie im Röntgen-Thorax	
pulmonale Stauung im Röntgen-Thorax	
unter diuretischer Therapie Gewichtsabnahme von 4,5 kg in 5 Tagen	
als Folge einer vermuteten Herzinsuffizienz	
Minor	
beidseitige Unterschenkelödeme	
nächtlicher Husten	
Dyspnoe bei leichter Belastung	
Lebervergrößerung	
Pleuraerguss	
Tachykardie (Herzfrequenz 120 Schläge/min)	
Diagnose	
Herzinsuffizienz liegt vor, wenn 2 Major- oder 1 Major- und 2 Minor-Kriterien nicht auf andere Begleiterkrankungen zurückgeführt werden können	

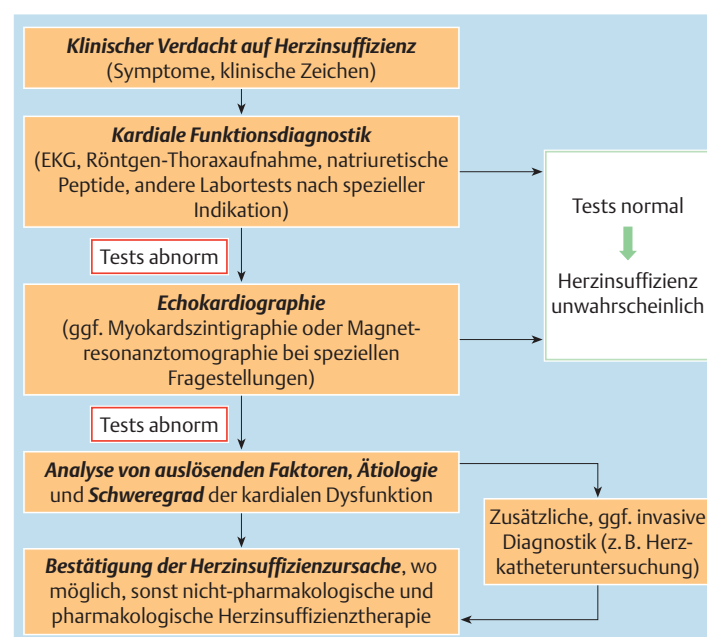


Abb. 1 Algorithmus zur Diagnostik der chronischen Herzinsuffizienz oder linksventrikulären Dysfunktion (modifiziert nach [16]).

Tab. 3 Empfohlene Basis- und erweiterte Labor-Diagnostik bei Verdacht auf Herzinsuffizienz (adaptiert nach [16]).

Laborbestimmung	differenzialdiagnostische Bedeutung
Basisdiagnostik	
Blutbild	Anämie; zyanotische Vitien; Lungenfibrose
Serum-Elektrolyte	Nephropathie; medikamentös induzierte Elektrolytverschiebung
Retentionswerte (Kreatinin, Harnstoff, glomeruläre Filtrationsrate)	Nephropathie
Glucose	Diabetes mellitus
Leberenzyme	hepatische Stauung; primäre Hepatopathie; medikamentöse Nebenwirkung
Urinstatus	Proteinurie bei Nephropathie, schwerem arteriellen Hypertonus
(Gerinnungsparameter)	Marcumar; Leberschaden; Sepsis
Risikoprofil	
Cholesterinprofil	koronare Herzkrankheit
HbA _{1c}	Diabetes mellitus
Schilddrüsenhormone	Hypo-/Hyperthyreose
Creatives Protein	Entzündung
Spezielle Tests	
Troponin T oder I	akutes Koronarsyndrom; (Herzinsuffizienzmarker)
natriuretische Peptide (BNP, NT-proBNP, mid-regional proANP)	Herzinsuffizienzmarker



Abb. 2 Typische Röntgen-Thoraxbefunde bei chronischer stabiler bzw. akut dekompensierter Herzinsuffizienz im Vergleich zu einem Normalbefund. Links: normaler Röntgen-Thoraxbefund. Mitte: dilatative Kardiomyopathie. Rechts: Lungenödem.

der natriuretischen Peptide bestimmt werden können. Zum Screening auf linksventrikuläre Dysfunktion bei asymptomatischen Personen werden die natriuretischen Peptide hingegen nicht empfohlen [13]. Troponine haben in der Herzinsuffizienzdiagnostik derzeit noch keinen eigenen klinischen Stellenwert. Konventionelle Assays sind bei ca. 90 % der herzinsuffizienten Patienten negativ. Die Bestimmung von Troponin T mit hoch-sensitiven Assays (hsTnT) besitzt einen starken, unabhängigen prognostischen Wert [7]. Der Stellenwert in der Routinediagnostik bei Verdacht auf Herzinsuffizienz sowie therapeutische Konsequenzen sind jedoch unklar.

Echokardiographie

Falls die Funktionsdiagnostik den Verdacht auf eine Herzinsuffizienz erhärtet, muss die Diagnose echokardiographisch gesichert werden [5, 16]. In diesem Stadium der Diagnostik spielen andere Möglichkeiten der kardialen Bildgebung (s. u.) keine Rolle. Die Ruhe-Echokardiographie ist sicher, rasch durchführbar, relativ kostengünstig und weithin verfügbar. Ins Gesamtbild der Beurteilung gehen atriale und ventrikuläre Geometrie (Wanddicken, Diameter), diastolische Funktion (global) und systolische Funktion (global und regional), Morphologie und Funktion der Klappen, sowie perikardiale Strukturen ein. Der linksventrikuläre enddiastolische und der pulmonalarterielle Druck können durch Messung der Gradienten an Mitral- und Trikuspidalklappe abgeschätzt werden [18]. So lassen sich wichtige ätiologische Informatio-

nen erheben, die neben Hinweisen auf eine koronare Herzerkrankung (regionale Wandbewegungsstörung, Aneurysma) oder Klappenerkrankung auch primär myokardiale Anomalien etwa bei hypertropher Kardiomyopathie oder Amyloidose mit einbeziehen. Standard ist ebenfalls die exakte Quantifizierung der linksventrikulären Auswurfraction durch einen erfahrenen Untersucher, z. B. mit der biplanen Simpson-Methode, die in moderne Geräte integriert ist. Bei schwieriger Endokard-Delineation kann durch Gabe eines lungengängigen Echo-Kontrastmittels die Quantifizierung oft entscheidend verbessert werden. Der Grad der systolischen Funktionseinschränkung korreliert nicht zwingend mit der Symptomatik, ist aber unentbehrlich für die Gesamtbeurteilung bei der initialen Diagnostik sowie im weiteren Verlauf. Bewährt hat sich eine Einteilung der Ejektionsfraktion in 3 Gruppen: 50 % – 41 % = leichte Einschränkung; 40 % – 26 % = mittelschwere Einschränkung; ≤ 25 % = starke Einschränkung.

● **Herzinsuffizienz mit erhaltener systolischer Funktion**

Abbildung 3 zeigt typische echokardiographische Konstellationen bei systolischer und diastolischer bedingter Herzinsuffizienz. Der Algorithmus zur Diagnostik einer diastolischen Herzinsuffizienz wurde erst kürzlich überarbeitet [12]. Er fordert neben klinischen Zeichen und Symptomen einer Herzinsuffizienz eine normale linksventrikuläre systolische Globalfunktion sowie den Nachweis einer diastolischen

Dysfunktion. Dieser Nachweis ist echokardiographisch anspruchsvoll und zeitaufwendig. Ein vereinfachtes, praktikables Vorgehen beinhaltet die Messung des transmittalen Flusses mittels PW-Doppler (E- und A-Welle) sowie die Messung der Gewebegeschwindigkeit im Mitralannulus mittels Gewebedoppler (E'- und A'-Welle). Daraus lässt sich – bei Sinusrhythmus wie Vorhofflimmern – der Quotient aus E/E' berechnen. Es wird empfohlen, den Mittelwert der Messungen aus dem septalen und lateralen Mitralannulus zu bilden [12]. Ein Wert von > 15 für E/E' hat eine hohe Treffsicherheit für eine höhergradige diastolische Dysfunktion, während ein Wert von < 8 eine relevante diastolische Dysfunktion praktisch ausschließt [11]. Im Graubereich zwischen 8 – 15 sind weitere, ggf. invasive Tests erforderlich, um die Diagnose zu sichern. Alternativ, und für die Praxis wesentlich effizienter, kann die Bestimmung von natriuretischen Peptiden zur Entscheidungsfindung mit herangezogen werden (Abb. 4).

Weitere Bildgebung

Die kardiale Magnetresonanztomographie (MRT) liefert die am besten reproduzierbaren Messergebnisse zur Bestimmung der kardialen Volumina, Wanddicken und ventrikulären Masse. Klappenstrukturen, Perikard und entzündliches Myokardödem werden dreidimensional erfasst, myokardiale Nekrosen, fibrotische Umbauten („late enhancement“), Perfusion und Funktion lassen sich

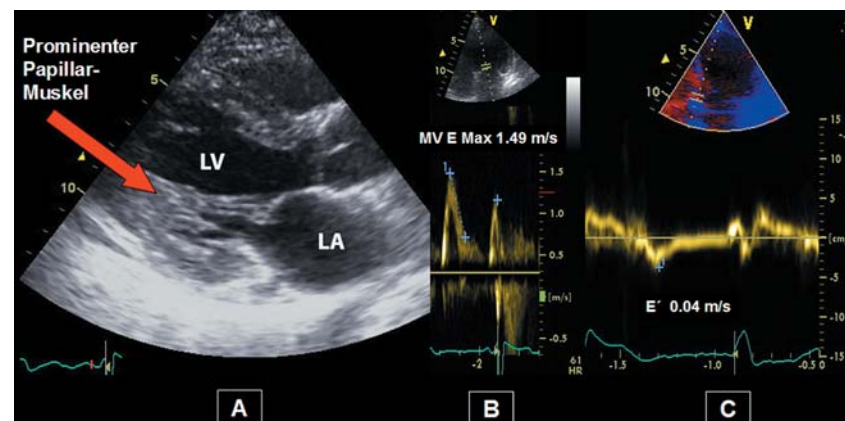


Abb. 3 Echokardiographische Diagnostik eines Patienten mit Anderson-Fabry-Erkrankung, normaler linksventrikulärer Globalfunktion und Herzinsuffizienz NYHA Stadium III. A: Parasternaler Längsschnitt mit Hypertrophie des Papillarmuskels. B: Konventioneller transmittaler PW-Doppler mit erhöhtem Wert für die E-Welle. C: Gewebedoppler auf Mitralklappenebene (hier: septale Ableitung). Die auf 4 cm/s verminderte frühdiastolische Mitralannulusgeschwindigkeit (E'-Welle) spricht für eine hochgradige Relaxationstörung und der auf einen Wert von 37 erhöhte Index E/E' für einen deutlich erhöhten linksventrikulären Füllungsdruck. LV: linker Ventrikel; LA: linker Vorhof (Bildmaterial dankenswerterweise überlassen von PD Dr. F. Weidemann, Kardiologie, Univ. Würzburg).

quantifizieren. In einem Untersuchungsgang können regionale und globale Wandbewegung, Mikrozirkulation und Gewebetextur beurteilt werden. Wegen der beschränkten Verfügbarkeit und höheren Kosten wird die kardiale MRT nur eingesetzt, wenn mit anderen bildgebenden Verfahren keine ausreichende Diagnose zu erzielt ist. Die aktuellen Leitlinien weisen bereits darauf hin, dass das weiter wachsende pathophysiologische Verständnis und neue Therapieformen einen breiteren Einsatz der MRT erfordern könnten [5, 16]. Die kardiale Computertomographie (CT) hat derzeit in der Primärdiagnostik der Herzinsuffizienz keinen unabhängigen Stellenwert. Daneben existieren mit Low-dose-Stressechokardiographie, Myokardszintigraphie und kardialer Positronen-Emissionstomographie (PET) mehrere Verfahren, die zur Vitalitätsdiagnostik von ischämischem Myokard eingesetzt werden können.

Herzkatheterdiagnostik

Eine Herzkatheteruntersuchung ist in der Regel nicht erforderlich, um die Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz zu stellen. Sie ist jedoch indiziert zur Differenzialdiagnose bei allen Patienten mit therapieresistenter Angina pectoris [16] oder unklarer Ätiologie der Herzinsuffizienz

sowie bei operationsbedürftigen Vitien. Bei akuter de novo oder akut dekompensierter chronischer Herzinsuffizienz stützen die Leitlinien die Durchführung einer Koronarangiographie mit ggf. therapeutischer Akutintervention [16]. Die Datenlage für diese Empfehlung ist jedoch nicht gut evidenzbasiert, sodass hier das Ergebnis zweier randomisierter Studien abgewartet werden sollte [2]. Nicht indiziert ist jede Form der invasiven Diagnostik im Endstadium einer Herzinsuffizienz, wenn eine Myokardrevaskularisation oder Klappenoperation nicht in Frage kommt, sowie bei bekannter Koronaratomie ohne signifikante Verschlechterung der klinischen Symptomatik oder erneutem Myokardinfarkt.

Herzmuskelbiopsie

Gelegentlich kann es schwierig sein, die Ätiologie der Herzinsuffizienz zu klären. Die Leitlinien [3] sehen in diesem Falle eine begrenzte Zahl von Indikationen für die Myokardbiopsie, stets vor dem Hintergrund, dass der Eingriff vom erfahrenen Untersucher durchgeführt wird, eine ausreichende Materialgewinnung erwartet werden darf und das histologische Ergebnis Auswirkungen auf die Therapie und das Patientenmanagement haben könnte. In vielen Fällen wird man diese Frage jedoch verneinen müssen.

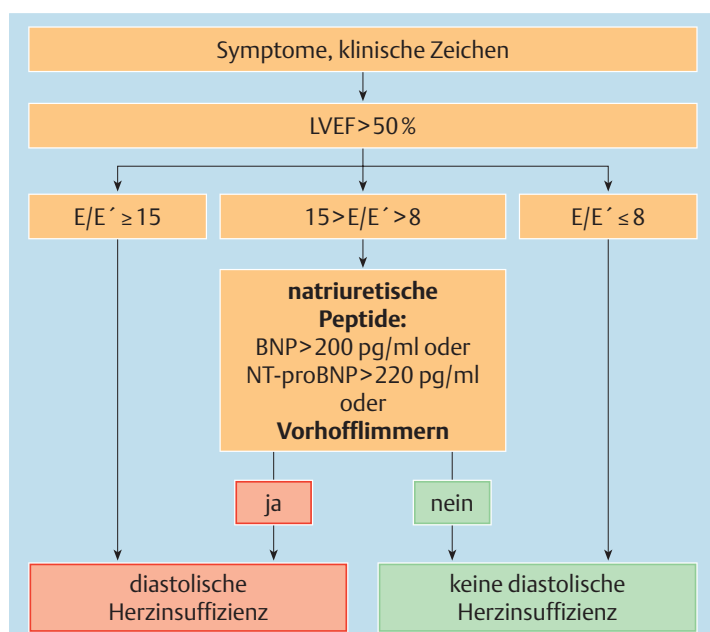


Abb. 4 Algorithmus zur Diagnose der Herzinsuffizienz mit normaler Pumpfunktion (modifiziert nach [12]). Im Graubereich eines E/E'-Wertes zwischen 8 und 15 gibt es weitere alters- und geschlechtsabhängige echokardiographische Merkmale, die eine diastolische Herzinsuffizienz nahelegen (Details finden sich in [12]).

Tab. 4 Basis- und erweiterte Herzinsuffizienz-Diagnostik.

	erforderlich	stützt Herzinsuffizienzdiagnose	schwächt	spricht für alternative oder weitere Diagnose
Basisdiagnostik				
Symptome	+++		+++ (falls fehlend)	
klinische Untersuchungsbefunde		+++	+ (falls fehlend)	
kardiale Dysfunktion in der Bildgebung (meist EchoKardiographie)	+++		+++ (falls fehlend)	
Besserung der Symptome und klinischen Zeichen unter Therapie		+++	+++ (falls fehlend)	
EKG			+++ (falls normal)	
Röntgen-Thorax		falls Lungenstau oder Herzvergrößerung	+ (falls normal)	Lungenerkrankung
Blutbild				Anämie; sek. Polyzythämie
Serumdiagnostik und Urin-Stix				Nieren- oder Lebererkrankung; Diabetes
natriuretische Peptide in unbehandelten Patienten		+ (falls erhöht)	+++ (falls normal)	Können bei behandelten Patienten normal sein
erweiterte Diagnostik				
Belastungstest		+ (falls reduziert)	+++ (falls normal)	
Lungenfunktionsprüfung				Lungenerkrankung
Schilddrüsenprofil				Schilddrüsenerkrankung
invasive Diagnostik und Koronarangiographie				koronare Herzerkrankung
Herzminutenvolumen		+++ (falls reduziert in Ruhe)	+++ (falls normal, insbesondere unter Belastung)	
linksatrialer Druck (pulmonalkapillärer Wedge-Druck)		+++ (falls erhöht in Ruhe)	+++ (falls normal in unbehandelten Patienten)	
+ = gewisse Bedeutung; +++ = große Bedeutung in der Diagnostik				

Anders als die bisherigen Leitlinien formuliert die aktuelle Version [3] 14 verschiedene klinische Szenarien, die eine Biopsie möglicherweise begründen können. Für folgende zwei Szenarien wurde ein Empfehlungsgrad I B definiert:

- akute (< 2 Wochen) Herzinsuffizienz unklarer Genese nach Herzkatheteruntersuchung, mit hämodynamischer Kompromittierung. Ziel: Diagnose einer Myokarditis, mit prognostischen und therapeutischen Konsequenzen.
- neu aufgetretene (2 Wochen – 3 Monate) Herzinsuffizienz unklarer Genese nach Herzkatheteruntersuchung, mit Kammerdilatation und neuen Rhythmusstörungen (z. B. ventrikuläre Arrhythmie, Mobitz-II-Block, AV-Block °III), refraktär gegenüber medikamentöser Therapie innerhalb von 1 – 2 Wochen. Ziel: Diagnose einer Riesenzell-Myokarditis, die häufig mit Rhythmusstörungen einhergeht und ohne Transplantation eine mittlere Überlebensdauer von ca. 5 Monaten aufweist.

Für alle übrigen klinischen Szenarien ist die Evidenz spärlich; die Empfehlungen basieren auf Erfahrungswerten und sind Expertenkonsensus [3]. Das periinterventionelle Risiko liegt beim erfahrenen Untersucher für schwere Komplikationen bei ca. 1 % (leichte Komplikationen 3 – 4 %). Insbesondere bei Verdacht auf eine systemische Erkrankung mit kardialer Beteiligung wie Hämochromatose, Amyloidose und Sarkoidose sollte eine Biopsie erwogen werden. Derzeit gibt es keine evidenzbasierte Therapie der viralen Myokarditis, sodass hier keine zwingende Indikation besteht. Falls spezifisch wirksame antivirale Therapieformen verfügbar werden, könnte sich diese Empfehlung ändern.

Fazit

Das Phänomen der alternden Bevölkerung wird in den kommenden Dekaden zu einer Herzinsuffizienz-Epidemie führen. Dieser Herausforderung an das Gesundheitssystem können wir Ärzte mit einer rationalen, zielgerichteten Diagnostik und Differenzialdiagnostik begegnen. Im allgemeinärztlichen und internistischen Bereich steht im Vordergrund, Symptome und klinische Zeichen richtig zu deuten. Nach wie vor ist die detaillierte Anamnese und körperliche Untersuchung der Schlüssel zur raschen Diagnose. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob der Einsatz natriuretischer Peptide in der Früh-

phase der Diagnostik auch mittel- und langfristig klinische, prognostische und gesundheitsökonomische Vorteile bringen wird. Die derzeit vorliegenden Daten sprechen für eine frühzeitige Bestimmung bei Verdacht auf Herzinsuffizienz, insbesondere bei unbehandelten Patienten, da dort der positive und negative prädiktive Wert besonders eindeutig ausgeprägt ist. Somit sollte der Allgemeinarzt besser zwischen kardialen und nicht-kardialen Problem differenzieren und eine rasche zielgerichtete fachärztliche Untersuchung einleiten können (Tab. 4).

Dem Kardiologen obliegt die Sicherung der Diagnose mit erweiterten echokardiographischen Untersuchungen. Auch hier haben die Fortschritte der letzten Jahre zu einer Verbesserung der Diagnostik und besseren Patientenstratifizierung geführt. In vielen Fällen kann mittels Echokardiographie auch die Ursache der Herzinsuffizienz bereits geklärt werden. Falls diese unklar bleibt oder pektanginöse Beschwerden im Vordergrund stehen, ist die weiterführende Diagnostik an einer Klinik mittels Herzkatheteruntersuchung indiziert. Bei speziellen Fragestellungen kann dort auch auf Spezialmethoden wie kardiale MRT, PET oder Herzmuskelbiopsie zurückgegriffen werden, die derzeit aber noch keine Standardverfahren im diagnostischen Algorithmus sind. Unter Ausschöpfung aller diagnostischen Modalitäten lässt sich so in > 90 % die Ursache der Herzinsuffizienz klären.

Autorenerklärung: Es bestehen keine finanziellen Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel.

S. Störk¹, S. Frantz¹, J. Bauersachs¹, G. Ertl¹, C. E. Angermann¹

¹Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universität Würzburg

Korrespondenz

PD Dr. Stefan Störk, PhD
Medizinische Klinik und Poliklinik I der Universität Würzburg, Schwerpunkt Kardiologie an der Poliklinik
Klinikstr. 6 – 8
97070 Würzburg
Tel. 0931/201-36147
Fax 0931/201-70380
eMail stoerk_s@klinik.uni-wuerzburg.de

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

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 636–641. Alle Rechte vorbehalten.

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- Nach wie vor ist die detaillierte Anamnese und körperliche Untersuchung der Schlüssel zur raschen Diagnose des Herzinsuffizienz-Syndroms.
- Die derzeit vorliegenden Daten sprechen für eine frühzeitige Bestimmung der natriuretischen Peptide bei Verdacht auf Herzinsuffizienz, insbesondere bei unbehandelten Patienten.
- Eine detaillierte echokardiographische Untersuchung zur Sicherung der Diagnose ist obligat und reicht in vielen Fällen aus.
- Unter therapeutischen und prognostischen Aspekten sollte versucht werden, die Ätiologie der Herzinsuffizienz zu bestimmen, in Einzelfällen auch mit Spezialmethoden.

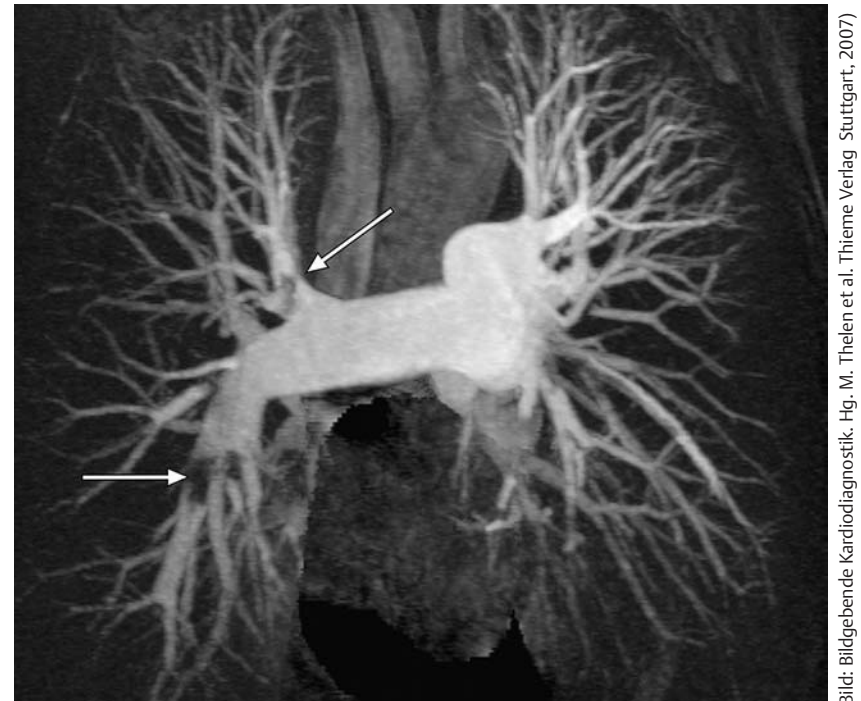
Pneumologie

Nach Lungenembolie nicht zu früh entlassen

Die Balance zwischen medizinisch sinnvoller stationärer Versorgung und ökonomisch gewünschten kurzen Liegezeiten ist schwierig. Nach einer Lungenembolie scheint eine zu frühe Entlassung mit einer höheren Mortalität einherzugehen, wie D. Aujesky et al. festgestellt haben. Arch Intern Med 2008; 168: 706–712

Die optimale stationäre Verweildauer nach Lungenembolie könnte im Mittel bei 5–6 Tagen liegen – bei früherer Entlassung steigt die Mortalität deutlich an. Analysiert wurden Daten von 15 531 Patienten, die nach der Behandlung einer Lungenembolie in 186 amerikanischen Akuthäusern von Januar 2000 bis November 2002 entlassen worden waren. Im Median betrug die Liegedauer 6 Tage. Patienten mit einer Entlassung nach 8 Tagen oder später waren gemessen an den übrigen älter, häufiger von schwarzer Hautfarbe, nicht privat krankenversichert, multimorbide oder mit auffälligem Befund in der körperlichen Untersuchung. 53,2% der Patienten mit einer Entlassung am 4. Tag oder früher wiesen eine Risikoklasse III oder IV nach „Pulmonary Embolism Severity Index“ (PESI) auf. Insgesamt nahm der Anteil an Patienten mit hohem Risiko mit der Zahl der Tage bis zur Entlassung zu. Die Gesamtmortalität in den 30 Tagen nach Aufnahme betrug über alle Patienten hinweg 9,3%. 3,3% der Patienten starben nach Entlassung. Im Vergleich zu den Patienten mit einer Entlassung am 5. oder 6. Tag war die Sterbewahrscheinlichkeit am

höchsten bei einer Liegedauer von 4 Tagen und weniger (Odds Ratio [OR] 1,55; 95%-Konfidenzintervall [KI] 1,21–2,00) gefolgt von den Patienten, die 7 oder 8 Tage stationär behandelt worden waren (OR 1,32; 95%-KI 1,00–1,74).



Erkrankung der großen Lungengefäße: MRA einer akuten Lungenembolie.

Bild: Bildgebung der Kardiagnostik. Hg. M. Thelen et al. Thieme Verlag Stuttgart, 2007

Endokrinologie – Gastroenterologie

Hormontherapie: Gallenleiden je nach Applikationsform

Die Auswertung der großen Studien zur Hormontherapie bleibt spannend. Die jüngste Analyse der „Million Women's Study“ (MWS) zielte auf das erhöhte Risiko für Gallenblasen-Erkrankungen ab. B. Liu et al. haben untersucht, ob eine transdermale Hormontherapie besser abschneidet als eine orale. BMJ 2008 DOI:10.1136/bmj.a386

Die perimenopausale Hormontherapie erhöht das Risiko von Frauen, wegen Cholelithiasis oder Cholezystitis ins Krankenhaus eingewiesen und cholezystektomiert zu werden. Die transdermale Applikation von Hormonen benötigt geringere Dosen und vermeidet den „first-pass-effect“ bei der Verstoffwechslung. Die geringere Leberbelastung könnte mit einem verringerten Risiko für Gallenleiden verknüpft sein.

Um diese Hypothese zu prüfen, verknüpften die Autoren die Diagnosen des „National Health Service“ mit den MWS-Daten. Dabei fanden sie 19 889 Frauen, die innerhalb von 5 Jahren mit Gallenleiden stationär aufgenommen wurden – 8600 von 341 354 Frauen mit Hormoneinnahme und 7581 von 478 180 Frauen ohne. In

17 190 Fällen erfolgte eine Cholezystektomie. Es bestätigte sich das erhöhte Risiko bei Hormoneinnahme (RR 1,64, 95 %-KI 1,58–1,69). Die transdermale Gabe schnitt beim Risiko für eine Krankenhauseinweisung deutlich besser ab als die orale Einnahme: Im Vergleich erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit um 17 %, während bei oraler Applikation das Risiko auf 74 % anstieg (RR 1,17; 95 %-KI 1,10–1,24 vs. RR 1,74; 95 %-KI 1,68–1,80). Analysiert wurde auch der Einfluss der verschiedenen Östrogene. Hier erwies sich die Einnahme von Estradiol günstiger als equine Östrogene (RR 1,62 vs. 1,79). Bei beiden Östrogenarten wurde eine Korrelation zur eingesetzten Dosis erhoben – höheres Risiko bei höheren Dosierungen. Ähnlich bei den operativen Ein-

● Fazit

Die Autoren vermuten, dass Ärzte Lungenembolie-Patienten mit hohem Komplikationsrisiko zu früh entlassen.

● Kommentar zur Studie

D. J. Brotman und P. K. Lindenauer interpretieren die Daten vorsichtiger: Die beobachtete hohe Sterblichkeit bei früher Entlassung wird nicht unbedingt durch eine spätere Entlassung verhindert, sondern sie ist dann ins Krankenhaus verlagert. Beide sehen die Gefahr, dass bei zunächst hohem Risiko aber guter Stabilisierung gerade Hochrisikopatienten nach Lungenembolie tatsächlich zu kurz stationär versorgt werden. Sie empfehlen dringend, die Entscheidung über die Länge der stationären Versorgung von validierten Schweregradkriterien wie dem PESI abhängig zu machen. Arch Intern Med 2008; 168:683–684 Friederike Klein

griffen: Statistisch gesehen, müssen in 5 Jahren 1,1 Frauen, die keine Hormone einnehmen, mit einer Cholezystektomie rechnen. Bei Applikation transdermaler Hormone steigt diese Rate auf 1,3. Unter oraler Hormontherapie sind 2 Frauen betroffen.

● Fazit

Das Risiko für krankenhauspflichtige Gallenleiden steigt durch eine orale Hormontherapie stärker als bei transdermaler Gabe von Hormonen. Hochgerechnet wäre durch die Verschreibung transdermaler anstelle oraler Hormone innerhalb von 5 Jahren eine Cholezystektomie zu vermeiden, so die Autoren.

Dr. Renate Leinmüller

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1052 bzw. 1766). Alle Rechte vorbehalten.

Pneumologie – Intensivmedizin

Nicht-invasive Beatmung bei Lungenödem?

Der Einsatz nicht-invasiver Beatmungstechniken beim kardialen Lungenödem verkürzt die Phase der akuten klinischen Symptomatik, bleibt allerdings ohne Einfluss auf die Mortalität. Das zeigt eine prospektive, randomisierte Studie die A. Gray et al. in 26 englischen Notfallambulanzen durchgeführt hatten. *N Engl J Med* 2008; 359: 142–151

Zunehmend werden beim akuten kardialen Lungenödem nicht-invasive Beatmungstechniken genutzt. Zwei Verfahren haben sich klinisch etabliert. Beim CPAP (continuous positive airway pressure), wird über eine Maske ein kontinuierlicher positiver endexpiratorischer Druck in den Atemwegen gehalten, ohne dass die Atmung mechanisch unterstützt wird. Bei der NIPPV (noninvasive intermittierend posi-

Autoren überprüften bei insgesamt 1069 Patienten mit einem akuten kardialen Lungenödem den klinischen Nutzen dieser beiden Konzepte, im Vergleich zur konventionellen hoch dosierten Sauerstoffgabe per Gesichtsmaske. Die Zuordnung zu einer der 3 Gruppen erfolgte randomisiert. Die Studie sollte klären, welchen Einfluss die nicht-invasive Beatmung auf die Mortalitätsprognose bis zu einer

Notwendigkeit einer Intubation mit anschließender invasiver Beatmung verringert. Es zeigte sich, dass der Einsatz der beiden nicht-invasiven Techniken keinen Einfluss auf die Mortalitätsprognose hatte. Im Zeitraum bis zu 7 Tagen nach der akuten kardialen Dekompensation waren in allen 3 Gruppen ca. 10 % der Patienten gestorben. Auch die Intubationsrate wurde durch die nicht-invasiven Techniken nicht beeinflusst. Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit mussten aufgrund der respiratorischen Insuffizienz <1 % intubiert und invasiv beatmet werden. Sowohl CPAP als auch NIPPV konnten die akute, bedrohliche Symptomatik besser lindern als die reine Sauerstoffgabe. Dies betraf das subjektive Dyspnoegefühl, die Tachykardie, die Azidose im Blut und die Hyperkapnie der Betroffenen. Hierbei zeigten die beiden eingesetzten nicht-invasiven Verfahren die gleiche Effektivität.

● Fazit
Der Einsatz nicht-invasiver Beatmungstechniken bei Patienten mit akutem kardialen Lungenödem ist von klinischem Nutzen. Es kommt zu einer Verminderung der bedrohlichen respiratorischen und zirkulatorischen Symptomatik, so die Autoren. Dieser Effekt ist unabhängig davon, ob eine reine Druckunterstützung (CPAP) oder eine zusätzliche mechanische Atemunterstützung (NIPPV) erfolgt. *Dr. med. Horst Gross*

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1765, 1484 u. 1766). Alle Rechte vorbehalten.



Bild: (Bild: Digital Vision; Symbolbild)

Nicht-invasive Beatmung beim kardialen Lungenödem verkürzt zwar die Phase der akuten klinischen Symptomatik, hat aber keinen Einfluss auf die Mortalität.

tive-pressure ventilation) wird, ebenfalls über Maske ein positiver endexpiratorischer Druck gehalten, zusätzlich unterstützt ein Beatmungsgerät die Atemarbeit der Patienten. Die

Woche nach dem Ereignis hat. Weiter sollte ermittelt werden, ob die nicht-invasive Beatmung die klinische Symptomatik des Lungenödems (z. B. Dyspnoe) vermindert und ob sie die

Nephrologie

Nierenfunktion bei Herzinfarkt: Wie ist die Prognose?

Nach kürzlich durchgeführten Studien haben selbst geringe Kreatinin-erhöhungen bei Patienten mit Herzinfarkt, kongestiven Herzfehlern oder Sepsis Einfluss auf die Kurzzeit-Mortalität. C. R. Parikh et al. untersuchten nun, ob akute Nierenfunktionseinschränkungen auch für die Langzeit-Mortalität relevant sind. *Arch Intern Med* 2008; 168: 987–995

Die amerikanische Arbeitsgruppe untersuchte den Langzeiteffekt verschiedener Grade akuter Nierenninsuffizienzen in einer Beobachtungsstudie über 10 Jahre mit 147 007 Herzinfarktpatienten, die alle über 65 Jahre alt waren und bei denen keine andere schwere Erkrankung mit einer Lebenserwartung unter 6 Monate vorlag. Patienten mit vorbestehender Nierenninsuffizienz waren ebenfalls ausgeschlossen. Aus den Krankenakten wurden neben der Diagnose akuter Myokardinfarkt die Nierenwerte festgehalten. Die Mortalitätsstatistik für 10 Jahre nach dem Akutereignis stammte vom nationalen Sozialministerium. Die Kreatininerhöhungen wurden in 3 Schweregrade eingeteilt (gering: 0,3–0,4 mg/dl; mäßig: 0,5–1,0 mg/dl; schwer: >1,0 mg/dl). Jeweils 7,1% der Patienten hatten eine geringe bzw. mäßige Kreatinin-erhöhung. Schwere Nierenfunktionseinschränkungen traten bei 5,2% auf. Im Vergleich zu Patienten mit unauffälligen Werten waren linksventrikuläre Funktionseinschränkungen, Wandbewegungsstörungen, verminderte Albumin- und Hämatokritwerte sowie Leukozytosen häufiger. Die Wahrscheinlichkeit für ein chronisches Nierenversagen und anderer Komplikationen

wie Sepsis oder zerebrovaskuläre Insuffizienz war erhöht. Erwartungsgemäß war die Akut mortalität für Herzinfarktpatienten mit Kreatinin-erhöhung gesteigert. Auch nach 1, 3, 5 und 10 Jahren bestand eine positive Assoziation, wobei die Sterbewahrscheinlichkeit positiv und linear mit dem Ausmaß der Nierenfunktionseinschränkung korrelierte. Dies galt auch, wenn alle Patienten, die während der Akutphase und bis zu 3 Jahre nach dem Infarkt starben, ausgeschlossen und andere Kovariablen (z.B. demographische Faktoren, kardiale Parameter, Vorgeschichte, Rauchen) berücksichtigt waren. Patienten mit geringer, mäßiger und ausgeprägter Kreatinin-erhöhung hatten eine um 15%, 23% und 33% höhere Mortalität.

● Fazit
Die akute Nierenfunktionseinschränkung bestimmt als unabhängiger Risikofaktor maßgeblich die Langzeitmortalität nach Herzinfarkt. Auch geringe Kreatinin-erhöhungen sind prognostisch bedeutsam. Warum und wie die oftmals reversiblen Akutveränderungen die Langzeitmortalität beeinflussen, ist unklar und sollte Gegenstand weiterer Studien sein, so die Autoren. *Dr. Susanne Krome, Melle*

Kardiologie

Apolipoproteine und das Risiko für Myokardinfarkt

Zu den wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren zählen sowohl die Apolipoproteine als auch die Blutlipidwerte. Aktuelle Ergebnisse der INTERHEART-Studie weisen jetzt nach, dass der Quotient Apolipoprotein B100 (ApoB)/Apolipoprotein A1 (ApoA1) ein stärkerer Risikofaktor für einen akuten Myokardinfarkt ist als alle bekannten Cholesterin-Quotienten. *Lancet* 2008; 372: 224–233

INTERHEART ist eine standardisierte Fall-Kontroll-Studie in 52 Ländern mit 12 461 Patienten und 14 637 nach Alter (+/- 5 Jahre) und Geschlecht gemischten Kontrollpersonen. Nicht nüchtern abgenommene Blutwerte wurden bei 9345 Patienten und 12 120 Kontrollpersonen bestimmt. Gesamt-, LDL-, und HDL-Cholesterin sowie ApoB und ApoA1 wurden bestimmt und die Odds Ratio (OR) und Populationsanteiligen-Risiko (PAR)-Werte für die 4 oberen Quintilen verglichen mit der untersten Quintile, ermittelt. Der Quotient ApoB/ApoA1 hatte den höchsten PAR-Wert (54 %) und die höchste OR (1,59; 95%-Konfidenzintervall (KI) 1,53–1,64). Der PAR-Wert für den Quotienten LDL-Cholesterin/HDL-Cholesterin betrug 37 % und für den Quotienten Gesamt-Cholesterin/HDL-Cholesterin 32 %. Diese Ergebnisse ergaben sich unabhängig von Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit.

● Fazit
Der nicht nüchtern bestimmte Quotient ApoB/ApoA1 ist ein stärkerer Risikofaktor für einen akuten Myokardinfarkt als die Quotienten LDL-Cholesterin/HDL-Cholesterin und Gesamt-Cholesterin/HDL-Cholesterin. Die Bestimmung der Apolipoproteine sollte daher zur klinischen Routine gehören, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie
In seinem Kommentar würdigt L. Lind den Quotienten ApoB/ApoA1 als wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktor, dessen Bestimmung auch nicht nüchtern erfolgen und die Risikostratifizierung optimieren kann. Kurzfristig sei aber vorrangiges Ziel, die routinemäßige Bestimmung der Blutfettwerte überhaupt zu verbessern, so L. Lind. *Lancet* 2008; 372: 185–186 *Dr. med. Winfried Keuthage*

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: Klaus Schmidt (KS) sowie die namentlich unter den Artikeln genannten Autorinnen und Autoren

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 angeht. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren und der Verlag große Sorgfalt daran verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitung entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitung abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Kardiologie

Rimonabant beeinflusst KHK nicht wie erhofft

Die Adipositas nimmt mittlerweile epidemische Ausmaße an, vor allem in den USA. Als Folge droht bekanntermaßen eine koronare Herzkrankheit (KHK). Bisher konnte noch kein Adipositaschema die Progression dieser Erkrankung bremsen. S. Nissen et al. überprüften nun, ob Rimonabant eine Option ist. *JAMA 2008; 299: 1547–1560*

Die Autoren nahmen in die doppelblinde, plazebokontrollierte Multizenterstudie 839 Patienten mit KHK auf, die sich aus diagnostischen Gründen einer Koronarangiographie unterzogen. Alle Teilnehmer hatten einen Hüftumfang von mehr als 88 cm (Frauen) bzw. 102 cm (Männer) und wiesen ein metabolisches Syndrom auf oder rauchten. Im Rahmen der Angiographie fand bei allen Patienten ein intravaskulärer Ultraschall statt, bei dem die atheromatösen Plaques ausgemessen wurden. Anschließend wurden die Patienten randomisiert auf zwei Gruppen verteilt und erhielten für 18 bis 20 Monate entweder den selektiven Cannabinoid-Typ-1-Rezeptor-Antagonist Rimonabant in einer täglichen Dosis von 20 mg oder Plazebo. Außerdem bekam jeder Patient eine Ernährungsberatung. Am Ende der Einnahmephase erfolgte noch einmal eine Angiographie mit intravaskulärem Ultraschall. Primärer Endpunkt war die Änderung des Pla-

quevolumens in Prozent, sekundärer Endpunkt die Änderung des normalisierten Gesamtvolumens. Das Plaquevolumen nahm unter Rimonabant um durchschnittlich 0,25% zu, unter Plazebo um 0,51%. Das normalisierte Gesamtvolumen dagegen sank in der Verumgruppe im Mittel um 2,2 mm³ und stieg in der Plazebogruppe um durchschnittlich 0,88 mm³ an. Bei Patienten, die mit Rimonabant behandelt wurden, sanken durchschnittliches Körpergewicht (4,3 vs. 0,5 kg), mittlerer Hüftumfang (4,5 vs. 1,0 cm) und mediane Triglyceridspiegel (24,8 vs. 8,9 mg/dl) stärker, HDL-Cholesterin (5,8 vs. 1,8 mg/dl) stieg im Mittel deutlicher an. Ebenso sanken in der Verumgruppe die hsCRP-Spiegel deutlicher (1,3 vs. 0,9 mg/dl), die HbA_{1c}-Spiegel stiegen geringer an (0,11 vs. 0,4%). Psychiatrische Nebenwirkungen traten dagegen unter Rimonabant häufiger auf (43,4 vs. 28,4%).

● Fazit

Rimonabant konnte nach einer 18-monatigen Behandlung keinen Effekt auf die prozentuale Veränderung des Plaquevolumens zeigen, hatte jedoch einen signifikanten Einfluss auf die Änderung des normalisierten Gesamtvolumens der Atherome. Ob der Wirkstoff zur Behandlung der KHK hilfreich ist, müssen weitere Studien zeigen, die derzeit schon laufen, so die Autoren.

● Kommentar zur Studie

J. S. Rumsfeld und B. K. Nallamothu betonen, dass dem potenziellen Nutzen von Rimonabant, abhängig von den Daten noch laufender Studien, die Risiken psychiatrischer Nebenwirkungen gegenüberstehen. Die Hoffnungen auf diesen Wirkstoff könnten sich bestätigen, wenn er zukünftig günstige Effekte auf Mortalität und kardiovaskuläre Ereignisse zeige. Nach ihren Worten hätten Kliniker in diesem Fall eine wirksame neue Waffe gegen die Adipositas-Epidemie. Sie müssten jedoch wachsam bleiben wegen Kompromissen in der Lebensqualität, die ähnlich wichtig sei wie die Überlebensrate und sicherlich wichtiger als jeder Surrogatparameter.

JAMA 2008; 299: 1601–1602

Dr. med. Johannes Weifs

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1051, bzw. 812). Alle Rechte vorbehalten.

Kardiologie

Dyspepsie: „Test & treat“ oder empirische Säurehemmung?

Leitlinien für das hausärztliche Erstmanagement bei Dyspepsie ohne Alarmsymptome für Malignität empfehlen entweder eine Helicobacter-pylori-„Test & treat“-Strategie oder eine empirische säurehemmende Therapie. Beide Strategien wurden nun unter den Aspekten Kosteneffektivität und Symptomlinderung miteinander verglichen. *BMJ doi:10.1136/bmj.39479.640486.AE*

699 Patienten zwischen 18 und 65 Jahren, die eine von 80 britischen Hausarztpraxen wegen über 4 Wochen anhaltender dyspeptischer Beschwerden (epigastrische Schmerzen, Sodbrennen, Reflux, Übelkeit, Völle- oder frühes Sättigungsgefühl) ohne Alarmsymptome aufgesucht hatten, nahmen an der Studie teil. Sie wurden randomisiert entweder nach der „Test & treat“-Strategie behandelt oder erhielten 4 Wochen eine empirische Therapie mit täglich 20 mg Omeprazol. „Test & treat“ beinhaltete einen C13-Harnstoff-Atemtests und die anschließende Eradikation bei positivem Befund. Bei positiver Testung wurde eine Woche Triple-Therapie mit täglich 20 mg Omeprazol, 500 mg Clarithromycin und 800 mg Metronidazol verabreicht, dann 3 Wochen 20 mg Omeprazol pro Tag. Nach einem Jahr unterschieden sich die beiden Therapiegruppen weder in den Kosten noch hinsichtlich der Dyspepsiesymptomatik, die mittels

„Leeds Dyspepsia Questionnaire“ erfasst wurde. Anfänglich höhere Kosten in der „Test & treat“-Gruppe wurden durch spätere Einsparungen wett gemacht. Die Subgruppenanalyse von Patienten mit dem Hauptsymptom epigastrischer Schmerz bzw. Sodbrennen führte zu vergleichbaren Ergebnissen. Auch in puncto Lebensqualität, qualitäts-adjustierte Lebensjahre (QUALYs) und Patientenzufriedenheit gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede.

● Fazit

Über ein Jahr betrachtet, sind die „Test & Treat“-Strategie und die empirische Säurehemmung vergleichbar kosteneffektiv und wirksam. Die Entscheidung, zu welchem Zeitpunkt ein Helicobacter-pylori-Test erfolgen sollte, sollten Hausarzt und Patient gemeinsam treffen, so die Autoren.

Renate Ronge

Anzeige
285 x 188

Reproduktionsmedizin

Ein Kind trotz HIV?

Ende 2007 lebten in Deutschland rund 59 000 Menschen mit einer HIV-Infektion. Was früher einem Todesurteil gleichkam, ist heute zu einer behandelbaren Erkrankung geworden. Gerade mit der Hochaktiven Antiretroviralen Therapie (HAART) ließen sich gute Erfolge erzielen, sodass die Patienten mittlerweile eine annähernd normale Lebenserwartung haben. Da kommt natürlich gerade bei jüngeren Infizierten zunehmend der Wunsch auf, eine Familie zu gründen.

Den Kinderwunsch zu verwirklichen, ist für HIV-Patienten jedoch meist nicht auf natürlichem Weg möglich – zumal, wenn nur einer der beiden Partner infiziert ist. „Im Prinzip gibt es drei mögliche Konstellationen“, erläutert Dr. med. Andreas Tandler-Schneider vom Fertility Center Berlin. „Die erste Möglichkeit: der Mann ist positiv und die Frau negativ. Oder es ist umgekehrt. Im dritten Fall sind beide Partner seropositiv.“ Der Gynäkologe behandelt mit seinem Team pro Jahr etwa 1400 Paare mit Kinderwunsch, bei circa 50 davon ist zumindest einer der Partner HIV-infiziert. Je nachdem erfordert die Kinderwunschbehandlung unterschiedliche Vorgehensweisen.

- **Spermienqualität bei HIV-Infizierten schlechter**

Ist der Mann infiziert, seine Partnerin dagegen nicht, gilt es, bei ihr eine Ansteckung zu verhindern. Ein Kind durch völlig ungeschützten Geschlechtsverkehr zu zeugen, kommt also nicht in Frage, da das Infektionsrisiko zu hoch wäre. Doch es gibt mehrere Möglichkeiten einer gefahrlosen Befruchtung. Eine Option ist es, das Ejakulat des Mannes vorzubehandeln und anschließend eine intrauterine Insemination durchzuführen. HI-Viren finden sich in nativem Sperma vor allem im Seminalplasma, in der Begleitzellfraktion und an immotilen Spermien. Dass vitale und motile Spermien Virusträger sind, ist extrem unwahrscheinlich. Bei der Aufbereitung des Ejakulats werden daher die Spermien mittels Zentrifugation von den übrigen Bestandteilen abgetrennt, zweimal gewaschen und anschließend in einer Trägerflüssigkeit kryokonserviert. Vor und nach der Aufbereitung wird auf HIV getestet, sodass bei negativem Befund für die nachfolgende Insemination keine Gefahr besteht. Bei weltweit bisher rund 20 000 auf diese Weise durchgeführten Inseminationen ist bisher keine Infektion aufgetreten. Studien haben allerdings gezeigt, dass die Spermienqualität HIV-infizierter Männer schlechter ist als die von Gesunden. Ein weiteres Problem ist, dass die Motilität von kryokonservierten Spermien abnimmt. „Auf diese Weise erreichen wir lediglich eine Schwangerschaftsrate von unter 10 % pro Inseminationsversuch“, erklärt Tandler-Schneider.

- **Geschlechtsverkehr mit Präexpositionsprophylaxe**

Die zweite Variante besteht daher darin, eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durchzuführen. Diese nutzt man vor allem dann, wenn die Spermienmotilität nach dem Auftauen unter 15 % liegt, was für einen relativ großen Teil der Patienten zutrifft. Bei dieser Methode wird das Spermium direkt in die Eizelle der Frau injiziert. „Nach aktueller Studienlage führt dies zu einer Schwangerschaftsrate von 22 % pro Zyklus“, berichtet Tandler-Schneider. Die dritte Möglichkeit einer Zeugung besteht darin, periovulatorisch ungeschützten Geschlechtsverkehr durchzuführen. Zuvor erhält die Frau eine Präexpositionsprophylaxe (PrEP): Dazu nimmt sie zum Ovulationszeitpunkt zweimal antiretrovirale Medikamente ein. Negative Auswirkungen auf eine nachfolgende Schwangerschaft oder das Kind wurden bisher nicht beobachtet. In Frage kommt diese Methode allerdings nur, wenn die Last an HI-Viren beim Mann unter der Nachweisgrenze liegt und sein Ejakulat ausreichend vitale und motile Spermien (Normozoospermie) aufweist.



Dr. med. A. Tandler-Schneider

Außerdem sollten bei ihm keine anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen bestehen. Selbstverständlich muss zu jedem anderen Zeitpunkt der Geschlechtsverkehr wieder geschützt erfolgen. „Bisher ist diese Methode noch nicht sehr weit verbreitet, sondern hat vielmehr den Charakter eines Pilotprojekts. Die ersten Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Pietro Vernazza aus Basel sind jedoch recht vielversprechend, wenngleich die Auswertung größerer Patientenzahlen noch aussteht“, berichtet Tandler-Schneider. Für die Zukunft könnte dies allerdings eine gute Option sein, um beispielsweise in Entwicklungsländern mit einfachen Mitteln bei Kinderwunsch HIV-Positiver die Ansteckungsrate möglichst gering zu halten.

- **Häufiger Fertilitätsprobleme bei HIV-positiven Frauen**

Ist die Frau infiziert, der Mann jedoch nicht, gilt es sowohl eine Ansteckung des Mannes als auch

eine Übertragung des Virus auf das Kind zu verhindern. Um den Mann vor einer Infektion zu schützen, bestehen mehrere Möglichkeiten. Sind beide Partner fertil oder nehmen dies zumindest an, ist die einfachste Methode die Selbstinsemination, bei der zum Ovulationszeitpunkt nach dem Geschlechtsverkehr ein spermizidfreies Kondom umgekehrt in die Vagina eingeführt wird. Das Spermium lässt sich auch mittels Portiokappe oder Spritze vaginal applizieren. Haben die Partner Schwierigkeiten mit diesen Methoden, ist die intrauterine Insemination durch einen Reproduktionsmediziner eine weitere Option. Tritt nach sechs bis zwölf Monaten keine Schwangerschaft ein, sollte eine differenzierte Fertilitätsdiagnostik erfolgen. „HIV-Patientinnen leiden häufiger als Gesunde an Chlamydieninfektionen und in der Folge an tubaren Sterilitäten. Zudem liegt bei ihnen teils auch eine Ovarialinsuffizienz vor, deren Ursache noch nicht geklärt ist. Sie kommen also von vorneherein öfter mit Kinderwunsch in die Praxis“, erklärt Tandler-Schneider. Im Falle einer eingeschränkten Fertilität stehen die Methoden der assistierten Reproduktion zur Verfügung, also intrauterine Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF) oder intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Ziel ist es dabei, wegen der Infektionsgefahr für das Kind eine Einlingschwangerschaft zu erreichen und Mehrlingsschwangerschaften nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Datenlage hierzu ist aufgrund recht geringer Fallzahlen nicht eindeutig. Gegenwärtig scheinen die Erfolgsraten jedoch bei 17 % pro Zyklus zu liegen, was deutlich niedriger ist als die 26 % in einem gesunden Vergleichskollektiv.

- **Infektion des Kindes vermeiden**

Ist die HIV-positive Frau schwanger, gilt es in der Folge, eine Übertragung des Virus auf das Kind zu vermeiden. Auch hierzu ist ein standardisiertes Vorgehen nötig, um eine möglichst hohe Sicherheit zu erreichen. Ohne weiteres Zutun besteht ein vertikales Transmissionsrisiko von 15–20 %. Dies lässt sich mit den heute zur Verfügung stehenden Maßnahmen auf unter 1 % senken. Die größte Gefahr einer Übertragung besteht dabei nach wie vor im letzten Trimenon, während der Geburt und eventuell beim Stillen. „Wichtig ist es vor allem, die Frauen wehenfrei zu halten, da es durch die Wehen auch bei stehender Fruchtblase theoretisch zur Infektionsübertragung beim Kind kommen kann“, erläutert der Gynäkologe Tandler-Schneider. Weiterhin ist die Sectio bei diesen Patientinnen Standard. „Dieses Vorgehen wird allerdings derzeit hinterfragt, da beispielsweise bei einer sehr geringen Viruslast das Transmissionsrisiko durch eine Schnittembindung wahrscheinlich nicht mehr gesenkt werden kann“, berichtet er. Die dritte Säule ist die HAART, die spätestens

ab der 32. Schwangerschaftswoche auch bei niedriger Viruslast erfolgen sollte. Negative Auswirkungen auf das Kind oder den Schwangerschaftsverlauf wurden bisher nicht beobachtet. Nach der Geburt erhält der Säugling zudem eine antiretrovirale Prophylaxe, ein Stillverbot für die Mutter ist obligatorisch.

- **Sorgfältige Aufklärung und Beratung erforderlich**

Sind sowohl der Mann als auch die Frau HIV-positiv, erfolgt die Behandlung analog. Auch hier sollte das Kind nicht auf natürlichem Weg gezeugt werden, um einen Austausch von möglicherweise resistenten Virusstämmen zu vermeiden. Ein Problem bei dieser Konstellation ist allerdings, dass für das Kind die theoretische Möglichkeit besteht, vorzeitig zum Vollwaisen zu werden. „Aus diesem Grund ist es unbedingt erforderlich, das Paar sorgfältig aufzuklären und zu beraten, unter Umständen auch mit Hilfe eines Psychologen“, sagt Tandler-Schneider. Bei einer hohen Lebenserwartung und guter Medikamenteneinstellung spreche jedoch nichts dagegen, eine solche Behandlung durchzuführen. Die Kosten hierzu werden allerdings nicht von der Krankenkasse übernommen, sondern müssen selbst getragen werden. Dies trifft generell auf jede Kinderwunschbehandlung zu, bei der einer der Partner mit HIV infiziert ist. Ein medizinischer Grund, diese nicht durchzuführen, besteht laut Tandler-Schneider bei HIV-Patienten nicht von vorneherein. Die Ausschlusskriterien sind



Prof. Dr. med. G. Maio

bei ihnen die gleichen, wie bei jeder anderen Fertilitätsbehandlung auch.

- **Gleiches Recht für HIV-Patienten**

Die medizinische Seite ist das Eine. Doch die Sache hat auch ethische Aspekte. Ist es verantwortbar, HIV-infizierten Menschen zu einem Kind zu verhelfen? Wie sieht es aus, wenn ein Elternteil aufgrund der Erkrankung vorzeitig stirbt und das Kind ohne Vater oder Mutter aufwächst? Oder wenn das Kind schon in jungen Jahren zum Vollwaisen wird, da beide Eltern HIV-positiv sind? Und wie verhält es sich mit dem Risiko, dass das Kind während Schwangerschaft oder Geburt selbst infiziert wird? „Das Thema ist ethisch sehr komplex. Zunächst einmal muss man aber feststellen, dass jeder Mensch das Grundrecht besitzt, sich fortzupflanzen, und hier mischt sich auch der Staat glücklicherweise nicht ein“, sagt Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg. Dies gelte

selbstverständlich auch für HIV-Patienten. Der Medizinethiker gibt allerdings zu bedenken, dass das Recht auf Reproduktion nicht gleichbedeutend ist mit einem Anspruch auf die Hilfe Dritter dabei. Es stelle sich deshalb die Frage, ob die HIV-Infektion eine Rechtfertigung darstellen könne, auf die assistierte Reproduktion zu verzichten. „Dies würde ich allerdings klar verneinen. Ein HIV-Infizierter hat, wenn er sich Kinder wünscht, das gleiche Recht darauf wie ein HIV-negativer Mensch“, sagt Maio. Wegen der mittlerweile guten Lebenserwartung der Patienten müsse man die Sache unter einem anderen Blickwinkel sehen als früher. Bei Patientinnen mit Typ-1-Diabetes oder anderen chronischen Erkrankungen gilt es in der Regel nicht als problematisch, mit assistierten Reproduktionsverfahren eine Schwangerschaft herbeizuführen. „HIV-Infizierte sind in unserer Gesellschaft und auch bei vielen Ärzten immer noch stigmatisiert. Daher ist es in ethischer Hinsicht sehr wichtig, sie genauso zu behandeln wie Patienten mit anderen Erkrankungen oder Gesunde“, fordert Maio. Diese Patienten von den Verfahren der modernen Reproduktionsmedizin auszuschließen, hieße für ihn, sie zu diskriminieren.

- **Ausführliche Beratung jedes Paares erforderlich**

Der Ethiker gibt allerdings zu bedenken, dass noch immer zwei Probleme im Raum stünden: Das Kind habe nach wie vor ein minimales Infektionsrisiko. Außerdem müsse sichergestellt sein, dass für sein Wohl gesorgt ist und nicht die absehbare Gefahr besteht, dass ein Elternteil oder gar beide Eltern innerhalb kurzer Zeit sterben. Eine ausreichende Lebenserwartung sei also Voraussetzung. Für Maio ist es daher unerlässlich, dass sich Reproduktionsmediziner ein genaues Bild von jedem einzelnen Paar machen: „Sie müssen die Partner wirklich ausführlich und einfühlsam beraten und sich sicher sein, dass diese verantwortungsbewusste Eltern sein werden. Ist dies der Fall, spricht nichts dagegen, HIV-Infizierten ihren Kinderwunsch zu erfüllen.“

Dr. med. Johannes Weiß

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1612–1613). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw