

Inhalt

Bayerischer BKK-Tag Gesundheitsfonds ist entwicklungsfähig

Beim bayerischen BKK-Tag Ende Januar versuchte Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem dem Gesundheitsfonds noch Positives abzugewinnen. Für die bayerische CSU und FDP ist er jedoch bereits ein Auslaufmodell.

Seite 4

Ein neues Berufsbild Der Honorararzt

Immer mehr Mediziner entschließen sich, als Honorarärzte ohne feste Anstellung an verschiedenen Kliniken nach Bedarf zu arbeiten.

Seite 8

Rabattverträge Probleme und Risiken für den Hausarzt

Viele Patienten kennen die Rabattverträge nicht. Dadurch kann es zu gravierenden Problemen kommen – bis hin zur Verwechslung von Medikamenten.

Seite 10

Gastroenterologie Therapie der akuten Pankreatitis

In den letzten Jahren wurde eine steigende Inzidenz der akuten Pankreatitis beobachtet. Die entscheidende Maßnahme bei der Therapie ist die ausreichende Substitution des Flüssigkeitsverlustes.

Seite 12

Impressum

Seite 15

Der Punktwert im EBM

Die Geschichte eines Debakels

Mit der Budgetierung und der Fallpauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung, eingeführt durch den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer, begann das Unglück. Darüber sind sich seit den 90er Jahren alle in der Vertragsärzteschaft einig. Die ärztliche Tätigkeit wurde nicht mehr in DM oder Euro entlohnt, sondern nach Punktwerten bemessen. Politik und Krankenkassen waren das Morbiditätsrisiko los und hatten es im ambulanten Sektor bei den Ärzten abgeliefert. Dies alles war gesetzlich verankert, die Selbstverwaltung hatte sich bei ihren Beschlüssen nach diesen Vorgaben zu richten. Ihr Gestaltungsspielraum war empfindlich eingeschränkt worden. Doch damit hatte das Debakel erst begonnen ...

Solange im System noch ausreichend Geld vorhanden war, kamen die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem ordnungspolitischen Korsett noch zurecht. Mit steigendem Leistungsbedarf einerseits und strikter Anbindung der Steigerungsraten des Budgets an die Grundlohnsomme, wurde das Korsett aber so eng, dass in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überlegt wurde, wie man das

Missverhältnis zwischen Leistung und Geld sichtbar machen könnte, mit dem Ziel, die gesetzlichen Vorgaben zu ändern.



• Ein Punktwert von 5,11 Cent – leider nicht festgeschrieben

Der Gedanke eines EBM nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation war geboren. Hinterlegt wurde bei der Kalkulation ein Punktwert von 10 Pfennig oder 5,11 Cent.

Nach zähen Verhandlungen mit den Kassen war der EBM 2000 plus auf dem Tisch.

Die Rechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hätte aber nur aufgehen können, wenn einvernehmlich ein Punktwert von 5,11 Cent festgeschrieben worden wäre. Die ebenfalls schon damals möglichen Regelleistungsvolumina hätten als Mengenbegrenzungsregel völlig ausgereicht. Den Krankenkassen war von Anfang an bewusst, dass dies zu einem massiv reduzierten Leistungsangebot geführt hätte, wenn die Ärzte sich an die Abstaffelungsgrenzen der Regelleistungsvolumen halten würden. Damit wäre die Rechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgegangen, die Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Leistung sichtbar werden zu lassen.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

MEDI-Verbund setzt Selektivvertrags-Politik fort

Nach 73b für die Hausärzte jetzt 73c für die Fachärzte

Seit Oktober 2008 ist in Baden-Württemberg der Selektivvertrag nach § 73b SGB V zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zwischen der AOK und der Anbietergemeinschaft aus Hausärzterverband und MEDI-Verbund des Landes in Kraft. Als nächstes strebt MEDI nun Verträge nach § 73c SGB V für eine Facharztzentrierte Versorgung an.

Den Abschluss des HzV-Vertrags hat der MEDI-Verbund von Anfang an an den Folgeabschluss von Verträgen nach § 73c für die Fachärzte gekoppelt, erklärte MEDI-Geschäftsführer Werner Conrad auf dem Kongress „Medizin 2009“ Ende Januar in Stuttgart. Inzwischen mehren sich die Anfragen von Fachärzten, wann es denn endlich auch für sie solche Verträge geben wird. Conrad beruhigte in Stuttgart: Der Gesetzgeber habe den Hausarzt-Verträgen die Priorität

gegeben, deswegen konnte man nicht parallel verhandeln. Nachdem aber der HzV-Vertrag in Gang gekommen ist, rechnet er mit einem raschen Abschluss von Verträgen auch für die Fachärzte. Als erste werden die Kardiologen einen Vertrag bekommen, kündigte er an. Mit einer Ausschreibung durch die AOK rechnet er Ende Februar, sodass dann der Zuschlag für die Anbietergemeinschaft aus MEDI und dem Kardiologen-Verband im Laufe des Monats März folgen könnte. Der Verbund, der in seinen Reihen mehr Fachärzte als Hausärzte organisiert hat, will jeden einzelnen 73c-Vertrag immer in Kooperation mit dem jeweiligen Fachverband aushandeln. Neben den Kardiologen ist man bereits in Gesprächen mit Chirurgen, Orthopäden, Urologen und Gastroenterologen.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren (BMVZ)

Medizinische Versorgungszentren fördern die Vernetzung

Die Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland fördern die interne Vernetzung zwischen den Ärzten bei der Versorgung der Patienten. Zu diesem Schluss kommt eine Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ), die der Verband im gesamten Bundesgebiet durchgeführt hat. Daran haben sich über 140 Medizinische Versorgungszentren vor allem in Westfalen-Lippe, Brandenburg und Berlin beteiligt.

Die Umfrage scheint repräsentativ zu sein, da sich die erhobenen Daten mit den Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über Medizinische Versorgungszentren decken. So kommt man zu dem Schluss, dass in einem MVZ durchschnittlich 4,4 Arztstühle angesiedelt sind und dass über 50 % der Medizinischen Versorgungszentren in der Hand von Vertragsärzten liegen. Die Medizinischen Versorgungszentren haben bei der Umfrage angegeben, dass ihr Hauptaugenmerk auf einer internen Vernetzung liegt. Die Integrationsversorgung mit den Krankenkassen spielt nur eine untergeordnete Rolle. Nur etwa 28 % der MVZs haben der Umfrage zufolge Integrationsverträge mit Krankenkassen abgeschlossen. Je kleiner ein Medizinisches Versorgungszentrum ist, umso geringer ist auch das Interesse an solchen Verträgen.

Lesen Sie weiter auf Seite 6

Gesundheitsfonds und Finanzkrise Ablenken von eigenen Fehlern

Bereits vor dem Start des Gesundheitsfonds waren sich die Experten in einem einig: So einfach wird es mit der Umsetzung nicht, weil in verschiedenen Details teils erhebliche Finanzierungsrisiken bestehen – z. B. beim Morbi-RSA.

Es gibt sogar Aussagen in der Presse, dass man sich um Milliarden verrechnet habe! Da kommt die Finanzkrise gerade recht. Die dadurch entstehenden Probleme und Defizite sind zwar nicht kalkulierbar, werden aber auf alle Fälle zu einem zusätzlichen Finanzierungsdefizit führen.

Damit besteht eine echt Chance für die Politik, beim Scheitern des Gesundheitsfonds auf die höhere Gewalt der Finanzkrise zu verweisen. Damit lässt sich gut von den eigenen Fehlern ablenken.

HFS

Editorial

Der Gesundheitsfonds ist da und mit ihm der neue morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA genannt. Er beinhaltet die für die Kassen finanziell kritischste Stellschraube, das so genannte M2Q-Kriterium. Für 80 definierte Krankheiten erhalten sie in Zukunft aus dem Gesundheitsfonds außer einer nach Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus ermittelten Pauschale weitere Zuschläge. Diese Zuschläge werden aber nur dann ausgelöst, wenn der Arzt in der ambulanten Versorgung eine der 80 Morbi-RSA-fähigen Krankheiten in zwei unterschiedlichen Quartalen gesichert diagnostiziert und dokumentiert hat. Während aufgelistete Diagnosen im stationären Bereich in jedem Falle einen Zuschlag auslösen, müssen im ambulanten Bereich noch weitere Kriterien erfüllt

sein. So sieht der Morbi-RSA für einen Teil der auf der Liste stehenden ambulanten Krankheiten das Erreichen einer bestimmten Arzneimittelmenge vor, so z. B. bei chronischen Erkrankungen mindestens 183 Tagesdosen, kurz auch DDD genannt. Zum Schluss findet auch noch eine Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen statt. Erst dann erhält die Kasse im nächsten Jahr einen Zuschlag – sofern der Patient dann noch bei ihr versichert ist! Über die Auswahl der 80 Erkrankungen hatte es im Vorfeld heftige Kritik gegeben. Natürlich sind die meisten chronisch verlaufenden internistischen Erkrankungen hier aufgeführt. Auch sind alle DMP-fähigen Erkrankungen Teil des Kataloges.

Unsere Kritik am Morbi-RSA besteht darin, dass er zwar Morbidität im Titel führt, es aber jetzt schon erkennbar ist, dass er als ein reines ökonomisch orientiertes Ausgleichs-

und Zuweisungssystem genutzt wird. So beinhaltet er keinerlei Qualitäts- oder Präventionsaspekte und setzt zum Beispiel nicht zwingend leitliniengerechte Arzneimitteltherapie voraus; ein Aspekt, der für unsere internistische Arbeit und unser Selbstverständnis außerordentlich wichtig ist.

Während bisher alle Kassen Jagd auf gesunde Versicherte machten, um ihre Beiträge absenken zu können, haben sie jetzt des finanziellen Vorteils wegen den chronisch Kranken im Visier. Nicht aus Versorgungsaspekten, sondern aus reinem finanziellen Vorteil. Die zunehmende Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds führt zu einem gnadenlosen, moralisch äußerst bedenklichen Wettbewerb unter den Krankenkassen. Es zählt nicht mehr der einzelne Kranke, sondern nur noch das finanzielle Überleben der einzelnen Kasse.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Die unseriösen Angebote der Krankenkassen an uns Ärzte, mit einem „upcoding“ der Diagnosen diese für die Kassen finanziell günstigen Zuschläge auszulösen, lehnen wir entschieden ab. Wir verwehren uns auch gegen die Aufrufe eines Dr. Hoppenthallers und seines Verbandes in Bayern, der dies auch für die Patienten rückwirkend durchführen möchte. Hier wird zu einer kriminellen Straftat aufgerufen. Die richtige Kodierung der Diagnosen unserer Patientinnen und

Patienten ist aber in der Zukunft noch wichtiger als in der Vergangenheit. Denn ab 2010 wird für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung die sich daraus ergebende Ermittlung der Morbiditätsentwicklung die entscheidende Stellschraube werden. Dass unsere Patientinnen und Patienten weiter leitliniengerecht und qualitätsgesichert behandelt werden können, dass wir Ärztinnen und Ärzte auch in der Zukunft für unsere schwere Arbeit angemessen finanziell bezahlt werden, dafür wird sich der Berufsverband Deutscher Internisten, ihr BDI e.V., auch 2009 einsetzen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

MEDI-Verband setzt Selektivvertrags-Politik fort (Fortsetzung von Seite 1)

Nach 73b für die Hausärzte jetzt 73c für die Fachärzte

● Hausarztvertrag als Grundlage für die Facharztverträge

Die Facharzt-Verträge haben den Vorteil, dass sie an die Struktur der 73b-Verträge mit den Hausärzten anknüpfen können. Auch hier wird es eine Bereinigung der Gesamtvergütung geben. Das Geld fließt von den Krankenkassen an die Management-Gesellschaft, die es dann den teilnehmenden Ärzten auszahlt.

Vieles aus dem Hausarzt-Vertrag kann für die Facharzt-Verträge übernommen werden, erläuterte Conrad. Am Anfang steht die Präambel, dann folgen der Vertragsgegenstand, die Teilnahmevoraussetzungen, die im Gesetz festgelegt worden sind, die Abgabe der Teilnahmeerklärung, Teilnahme- und Kündigungsbedingungen, die Einschreibung von Versicherten, die Leistungen der Managementgesellschaft und die Vergütungsabrechnung gegenüber der Managementgesellschaft, die paritätische Besetzung des Beirats und Regelungen zur Beendigung oder Kündigung der Teilnahme. Anders als im KV-System sind hierfür nicht die Sozial-, sondern die Zivilgerichte zuständig. Außerdem gehören zahlreiche Anlagen – 16 sind es im HzV – zum Vertrag; Vertrag und Anlagen sind im Internet auf den Seiten von MEDI (www.medi-verbund.de), der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (www.hausaerzteverband.de) und der AOK Baden-Württemberg (www.aok.de/baden-wuerttemberg) nachzulesen.

Ziele der Facharzt-Verträge sind laut Conrad:

- ▶ eine feste Vergütung in Euro,
- ▶ keine Mengenbegrenzung, keine Abstufung,
- ▶ Pauschalen, Einzelleistungen und Zuschläge sowie
- ▶ eine Vertragssystematik nach HzV-Muster.

Die Vergütung soll sich aus einer Grundpauschale P1 (einmal im Quartal je FzV-Versicherten bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zur kardiologischen Grundversorgung) sowie Zusatzpauschalen und mehreren Einzelleistungsvergütungen zusammensetzen. Mit einem Inkrafttreten des ersten 73c-Vertrages rechnet Conrad entweder schon zum 1. Juli oder aber zum 1. Oktober 2009. Derzeit befindet sich MEDI in offenen Verhandlungen mit mehreren Fachverbänden. Von den teilnehmenden Ärzten wird eine Verwaltungsgebühr erhoben (beim HzV beträgt sie 3% für MEDI-Mitglieder bzw. 5% für Nicht-Mitglieder), von der der Fachverband einen Teil erhalten soll. Der MEDI-Verband ist zugleich Managementgesellschaft als auch Abrechnungsstelle. Diese leitet die Abrechnungsdaten gemäß den Vorschriften des § 295 SGB V an die Krankenkassen weiter – „nichts mehr und nichts weniger“, beteuerte Conrad in Stuttgart.

● HzV als Alternative zur KV

Angesichts der aktuellen Probleme im KV-System spricht nach Ansicht von MEDI-Mitgründer Dr. Martin Knaupp, seit 23 Jahren in Stuttgart als Hausarzt niedergelassen, alles für die MEDI-Vertragspolitik. Er hielt den

Kollegen die Negativ-Schlagworte des vergangenen Jahres vor Augen: LANR, BSNR, Laborreform und jetzt auch noch die Regelleistungsvolumina (RLV). Bei der neuen Honorarordnung scheint es nur Verlierer zu geben. Knaupp fragte: „In welchem Bermuda-Dreieck verschwinden die Gelder?“ Unter solchen Bedingungen beantwortet sich für ihn die Frage „Warum brauchen wir einen HzV-Vertrag?“ ganz von allein. Niemand weiß, wie viel Geld er morgen von der KV für seine Leistungen bekommt. Die RLV bescheren einzelnen Vertragsärzten Verluste zwischen 30 und 60%. Der 73b-Vertrag sorgt für Kalkulierbarkeit.

Während im KV-System alles ins Chaos abzugleiten drohe, schaffe der HzV-Vertrag neue Strukturen. Knaupps Erfahrungen nach den ersten vier Monaten HzV-Vertrag in Baden-Württemberg sind unter dem Strich positiv: Die Einschreibung von Patienten bereitet ihm in seiner Praxis keine Probleme. Wenn Patienten ihn fragten, warum sie sich einschreiben sollten, antwortet er ihnen: „Weil Sie damit den Hausärzten helfen, denn sonst haben Sie morgen keinen Hausarzt mehr.“ Die Bevölkerung sei inzwischen für die Probleme sehr sensibilisiert und durchaus bereit, zugunsten ihrer Versorgung mitzumachen. Die Einschreibequote in seiner Praxis liegt um die 90%.

● Software-Probleme beim HzV-Vertrag

Doch nicht alles läuft so problemlos ab. Den meisten Ärger gab und gibt es mit der EDV. Die spezielle Vertragssoftware „Hausarzt+“ ist von der Firma ICW entwickelt worden. Mit ihr werden die Patienten verwaltet und die Abrechnung über die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft erledigt. Das Besondere an ihr ist der „gekap-

selte Kern“: Er beinhaltet die besonders schutzbedürftigen Informationen der HzV-Vertragspartner, unter anderem die gemeinsam vereinbarten Algorithmen zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln. Bei der Verordnung eines Medikaments wird dem Arzt mit einem Ampelsystem angezeigt: Grün = gut und preiswert, Gelb = nach Alternativen suchen, Rot = besser nicht, weil zu teuer. Der verordnende Arzt, der eine festgelegte Quote der Grün-Verordnungen erreicht, kann mit einem Bonus rechnen. Einen Malus für zu teure Verordnungen gibt es jedoch nicht. Den Super-GAU hat es laut Knaupp am 30. September 2008 mit dem Software-Update zum Quartalswechsel gegeben. „Da lief auf einmal gar nichts mehr.“ Nach intensiver Analyse konnte jedoch rasch nachgebessert werden, und im vierten Quartal 2008 funktionierte die Abrechnung der Patienten wieder problemlos. Das Update auf das erste Quartal 2009 ist ganz ohne Schwierigkeiten abgelaufen.

Dennoch verschwieg er nicht, dass bei der EDV noch Verbesserungsbedarf besteht. Die Software „Hausarzt+“ von ICW laufe zwar gut, „aber viel zu langsam“. Die Druckereinstellungen findet Knaupp „gewöhnungsbedürftig“, und da die meisten Ärzte bereits seit Jahren eine eigene Praxis-Software haben, müssen sie derzeit mit zwei Systemen parallel arbeiten. Das erschwert den Praxis-Alltag. Knaupp geht davon aus, dass die Software mit der Zeit noch schneller werden wird. Es sei schon ein gutes Zeichen, meinte er in Stuttgart, dass innerhalb so kurzer Zeit ein ganz neues Programm für den HzV konstruiert werden konnte. Ohne „Hausarzt+“, versicherte er, gäbe es keinen HzV-Vertrag.

Ende Januar haben auch die Unternehmen des Marktführers CompuGROUP (ALBIS, CompuMED, Datavital, MEDISTAR und TurboMED) erklärt, dass sie ab sofort eine Software anbieten werden, die eine EDV-technische Abwicklung des Hausarztvertrags erlaubt. Damit sind nun nahezu alle Software-Häuser für die Teilnahme am HzV-Programm zertifiziert bzw. teilzertifiziert.

● Konnektor wird Pflicht

Die CompuGROUP hatte zunächst den Einbau des „gekapselten Kerns“ abgelehnt. Ihr wurde nun zugesichert, dass der „gekapselte Kern“ vereinfacht wird. In einem ersten Schritt erhält die CompuGROUP eine Teilzertifizierung ihrer Software für das erste Quartal 2009. Damit ist es den Nutzern von CompuGROUP-Software auch weiterhin möglich, am Vertrag teilzunehmen. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die CompuGROUP zu Beginn des 2. Quartals 2009 ihren Kunden eine zertifizierte Software anbieten kann. Dieses schrittweise Vorgehen wird auch allen anderen interessierten Software-Herstellern angeboten. Aufgrund von Bedenken des baden-württembergischen Datenschutzbeauftragten haben die Vertragspartner zudem seit 15. Januar die Vorgaben geändert, berichtete Conrad in Stuttgart: Für Hausärzte, die sich neu einschreiben, ist nun die Verwendung eines Konnektors Pflicht, weil er die sicherste Übermittlung der sensiblen Patientendaten ermöglicht. Die Software HA+ samt Konnektor inkl. Installation, Pflege, Wartung und Service kostet im Monat 59 Euro inkl. Mehrwertsteuer. Altverträge, die anstelle eines Konnektors für die Datenübermittlung VPN bevorzugt haben, können dabei bleiben.

Der Punktwert im EBM (Fortsetzung von Seite 1)

Die Geschichte eines Debakels

Am Ende der Verhandlungen über den EBM 2000 plus war klar, dass die Krankenkassen im zu verabschiedenden Regelwerk jeden, aber auch jeden Hinweis auf die Kalkulationsgrenze 5,11 Cent eliminieren wollten. Am Ende der Verhandlung stand der Wert nur noch in einer Fußnote. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dann zugelassen, dass auch noch diese Anmerkung gestrichen wurde. Man gab mit äußerst knapper Mehrheit im KBV-Vorstand nach, um die Einführung des neuen EBM nicht weiter zu gefährden.

● Unterfinanzierung – von EBM zu EBM

Bereits zu diesem Zeitpunkt war klar, dass die angepeilte Vergütungsreform scheitern musste. Wo waren die 5,11 Cent geblieben, die man zur Argumentation brauchte? Hier liegt der Geburtsfehler auch der nachfolgenden Reformschritte. Die Krankenkassen hatten das Pokerspiel um den neuen EBM und eine betriebswirtschaftliche Kalkulation gewonnen.

Wie ging das Szenario weiter? Die Ärzte mussten auch zu dem neuen EBM die Unterfinanzierung akzeptieren, indem sie ihren kalkulierten Arztlohn und die Abschreibung der Investitionen zur Quersubventionierung der mit einem niedrigeren als 5,11 Cent errechneten Punktwert einbrachten.

Der EBM 2008, basierend auf dem EBM 2000 plus, bildete in den Punktzahlen acht Jahre nach der ersten Kalkulation dann einen Mehrbedarf von etwa 10 %, also 1,25 % pro Jahr ab. Im erweiterten Bewertungsausschuss Ende des letzten Jahres wurde dies mit dem scheinbar hohen Betrag von mehr als 2,5 Milliarden Euro angeblich abgedeckt. Dieses Geld reicht grade aus, die zusätzlich vereinbarten Punktzahlen zu finanzieren, aber mit dem nicht kostendeckenden Wert von rund 3,5 Cent und nicht 5,11 Cent.

Zum 01.01.2009 ist bei der Definition der zur Verfügung stehenden Geldmittel ein Paradigmenwandel vom Gesetzgeber eingeführt worden. Wie versprochen hat man das Budget abgeschafft, aber durch eine Ausgabenobergrenze ersetzt. Abgebildet wird es durch den derzeitigen Aufreger bei den Ärzten, die Regelleistungsvolumina, berechnet nach dem Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe.

Praktisch bedeutet dies, dass alle Praxen oberhalb dieses Wertes abgestaffelt werden, wenn sie ihre Leistungen unverändert weiter erbringen, alle unterhalb müssen versuchen, dass für sie höhere Regelleistungsvolumen erst zu erreichen.

Dies können sie nur, wenn sie die dazu notwendigen Leistungen zusätzlich erbringen, wohlgermerkt wieder nur für einen nicht kostendeckenden Punktwert von 3,5 Cent.

● Ausgabenobergrenze: Vom Regen in die Traufe

Gewinner in diesem Spiel sind die Krankenkassen. Bei zu knappen Regelleistungsvolumina sparen sie, da die Leistungen abgestaffelt werden, bei zu niedrigem müssen sie weniger bezahlen, wenn die Ärzte ihr Regelleistungsvolumen nicht ausfüllen können. Die Frage ist erlaubt: Müssen die Krankenkassen 2009 überhaupt die versprochenen Milliarden in die Hand nehmen? Das versprochene Geld ist damit ein ungedeckter Scheck.

Mit dem Übergang vom Budget zur Ausgabenobergrenze sind die Ärzte vom Regen mindestens in die Traufe gekommen.

Schlüssel zu diesem Problem ist wieder der Punktwert, der bundeseinheitlich auf etwa 3,5 Cent festgesetzt wurde. Hier hätte man den Geburtsfehler wieder gut machen können, wenn man 5,11 Cent vereinbart hätte. Wer hat Schuld, dass dies nicht geschehen ist? Zunächst der Gesetzgeber: Er hat im § 87 c des SGB V Abs. 1 festgelegt, dass der Orientierungspunkt für 2009 aus den Vorgaben von Leistungen und Geld in 2008 zu errechnen ist. Dabei sind etwas mehr als 3,5 Cent herausgekommen.

Hätte die Selbstverwaltung, also Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung auch anders entscheiden können? Hier lohnt ein Blick ins Gesetz. Dort steht nämlich, dass man von dieser Vorgabe abweichen kann, wenn der für die ärztlichen Leistungen zuständige Bewertungsausschuss durch einen über-

einstimmenden Beschluss den Orientierungspunkt in anderer Höhe festlegt. Rein theoretisch wären also auch 5,11 Cent nach dem Gesetz möglich gewesen. Die Krankenkassen waren dazu offensichtlich nicht bereit. Dabei hat ihnen sicher gehol-

fen, dass alle Hinweise auf die Kalkulationsgrundlage 5,11 Cent gestrichen worden sind. Geburtsfehler rächen sich.

Bleibt der immer wieder eingeführte Vorteil des im Vorhinein festgesetzten Punktwertes, nachdem der Arzt während des laufenden Quartals zeitnah seine Abrechnung auf Euro und Cent überprüfen kann. Sinn hätte eine solche Regelung aber nur gemacht, wenn man nicht mit 3,5 Cent sondern 5,11 Cent rechnen würde. Der Vorteil des festen Punktwertes bedeutet damit nur, dass

man schneller über das entstehende Defizit informiert wird.

Durch diese neue Transparenz wird den Vertragsärzten erstmals klar, in welchem problematischen Problem sie eingesperrt sind.

Dies ist der eigentliche und verständliche Grund für die Aufregung über die mitgeteilten Regelleistungsvolumina. Wir brauchen dringend eine neue Honorarreform wie der Vorstand des BDI beschlossen hat.

HFS



Bild: A. Hartmann

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 19. April 2009, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1

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

Tagesordnung:

1. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
2. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2008
3. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
4. Satzungsänderung
 - Beschlussfassung über die Änderung von § 14 der Satzung. Nach § 14 Ziff. 11 wird eine Ziff. 12 angefügt, in welcher geregelt ist, dass den Vorstandsmitgliedern neben dem Ersatz ihrer Auslagen eine Tätigkeitsvergütung gezahlt wird. Art und Umfang der Zahlungen an die Vorstandsmitglieder ergeben sich aus einer von der Mitgliederversammlung zu verabschiedenden Entschädigungsordnung.
 - Beschlussfassung über eine Entschädigungsordnung.
 - Beschlussfassung über die Gewährung eines Übergangsgelds an den amtierenden Präsidenten.
 - Beschlussfassung über redaktionelle Satzungsänderungen.
 - § 3: in der Überschrift wird der Zusatz „Gemeinnützigkeit“ gestrichen.
 - § 5: Satz 4 wird gestrichen.
 - § 10: in Ziff. 3 wird klar gestellt, dass die Beitragspflicht bis zur Beendigung der Mitgliedschaft bei Beendigung im Laufe des Jahres bis zum Ablauf des Kalenderjahres fortbesteht.
 - § 17: das Wort „Landesvertretung“ wird durch „Landesverband“ ersetzt. Ziff. 1 Satz 3 wird gestrichen.

In der Mitgliederversammlung wird eine Gegenüberstellung der bisherigen Satzungsbestimmungen und der vorgeschlagenen Änderungen ausliegen. Die Gegenüberstellung liegt zudem ab dem 27. März 2009 in der Geschäftsstelle des BDI zur Einsichtnahme durch die Mitglieder aus.

5. Verschiedenes

W. Wesack

Dr. med. Wolfgang Wesack, Präsident



An alle
Internisten im HA-Versorgungsbereich

Liebe Kolleginnen und Kollegen im hausärztlichen Versorgungsbereich,

die bundesweite Honorarreform mit Vereinheitlichung der Vergütung, die Regelleistungsvolumina, der Morbi-RSA, Veränderung des § 73b und der Abschluss einiger HA-Verträge führten innerhalb des Bundes, der Länder und innerhalb der Hausarzt- und Facharzt-Gebiete zu Unruhe, Besorgnis und Zukunftsängsten.

Trotz insgesamt steigendem Vergütungsniveau erhalten manche Ärzte und Arztgruppen deutlich weniger Honorar als bisher, andere dagegen deutlich mehr.

Da es sich in den verschiedenen KVen um simulierte Hochrechnungen handelt, kann keiner genau sagen, wer zu den Gewinnern und wer zu den Verlierern gehört. Wir haben es mit einem Wechsel vom Budget zu Regelleistungsvolumina zu tun, das heißt, die Leistungen müssen erbracht werden, sonst fließt kein Geld.

Die Verlierer haben Angst vor abgestaffelten Leistungen und die Gewinner haben Sorge die RLV nicht ausfüllen zu können. In den letzten 30 Jahren hat keiner von uns solche Unsicherheiten im Honorarbereich hinnehmen müssen.

Obwohl unabhängige Kenner des deutschen Gesundheitssystems dieses Gesetz als Murks bezeichnen, wird es auf dem Rücken der Bürger und der Ärzte durchgesetzt.

Das Grundproblem – die chron. Unterfinanzierung des Gesundheitswesens – wurde nicht beseitigt.

Hohe Qualität in der Medizin und flächendeckende Versorgung sind eben nicht mit 3,5 €-Cent zu erbringen.

Umso mehr freuen wir uns alle über die Höhe des Abschlusses im AOK-Vertrag des Hausärzteverbandes Bayern, weil hier endlich eine angemessene Vergütung durchgesetzt wurde.

Es ist verständlich, dass viele Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich allein aus wirtschaftlichen Gründen diesem Vertrag beitreten werden.

Als Verband müssen wir allerdings folgende Punkte kritisieren:

- ▶ In der Neufassung des 73b sind die Interessen der Internisten nicht berücksichtigt.
- ▶ Die weitgehende Pauschalierung in den vorliegenden HA-Verträgen spiegelt die Arbeit der Internisten im HA-Versorgungsbereich nicht wieder.
- ▶ Die Pauschalierung birgt die Gefahr, langfristig in den Möglichkeiten von Diagnose und Therapie beschränkt zu werden.
- ▶ Auch die Weiterbildung in der niedergelassenen Praxis wird problematisch, wenn der Nachweis der Tätigkeit nicht dargestellt wird.
- ▶ Es besteht die Gefahr bei der „leistungslosen“ Vergütung, dass nach Ablauf des Vertrages eine Abwertung erfolgt.

Circa 20% der gesamten medizinischen Versorgung wird von Internisten erbracht, wobei die ca. 12.000 Internisten im HA-Versorgungsbereich einen großen Beitrag dazu leisten.

Der FA für Innere Medizin – gerade erst wieder eingeführt – stellt nach wie vor die Basis für die Schwerpunkte dar und zeichnet sich durch breite stationäre Weiterbildung in der Inneren Medizin aus. Die meisten Internisten wollen auch im HA-Versorgungsbereich ihre erlernte medizinische Denk- und Vorgehensweise umsetzen, wofür sie auch eine entsprechende technische Ausstattung brauchen.

Sie wollen ihre Qualifikations- und Leistungsebene darstellen, nachweisen und differenziert vergütet bekommen.

Wir Internisten fühlen uns nicht als bessere Hausärzte, sondern wollen zusammen mit den Allgemein- und prakt. Ärzten arbeitsteilig die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, aber wir wollen auch unsere Identität behalten.

Bei dem bevorstehenden Hausärztemangel wird man auf die Mitwirkung der Internisten nicht verzichten können. Es werden sich jedoch nur genügend geeignete Internisten finden, wenn sie in ihrer Arbeitsweise, wie auch in der Vergütung entsprechende Berücksichtigung finden.

Der BDI strebt Verträge an, in denen er auch die Interessen seiner Mitglieder langfristig gesichert sieht und in denen sich Einzelleistungen samt Qualitätsnachweis wieder finden.

Dr. med. Wolf von Römer
1. Vorsitzender

München, 17.01.2009

Bayerischer BKK-Tag 2009

Wasem: Gesundheitsfonds ist entwicklungsfähig

Die neue Welt der GKV ab 2009 stand im Mittelpunkt des BKK-Tags 2009 am 26. Januar 2009 in München. Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Regelleistungsvolumina sind die gängigsten Stichworte in der aktuellen Situation. Der Gastgeber, Prof. Jörg Saatkamp als Vorstandsvorsitzender des bayerischen Landesverbands der Betriebskrankenkassen, skizzierte die gravierendsten Veränderungen, die sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer betreffen. So soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zwar mehr Verteilungsgerechtigkeit ins System bringen, doch wie perfide und manipulationsanfällig dieses neue System sei, zeige sich gerade in Bayern ganz besonders intensiv. „Die Diagnosen der Patienten mit dem Werkzeug der richtigen RSA-Kodierung sind zum Spielball von Interessengruppen geworden. Am Spieltisch sitzen Ärzte und Krankenkassen.“

Zum Hintergrund: Der Vorsitzende des Bayerischen Hausärzteverbandes, Dr. Wolfgang Hoppenthaler, hat die AOK Bayern zum Abschluss eines Hausarzt-Vertrags nach § 73b neu SGB V gedrängt und dafür zugesagt, sich für die richtige Kodierung der Diagnosen der eingeschriebenen Patienten bei den bayerischen Hausärzten einzusetzen. Umgekehrt hat er den BKK und Ersatzkassen angeht, ihre Versicherten, außer in Notfällen, nicht mehr zu behandeln, wenn diese nicht ebenfalls einen solchen Vertrag abschließen (BDI aktuell hat darüber berichtet). Die Droh-Politik zeigt Wirkung. Kurz vor Redaktionsschluss wurde bekannt, dass der BKK-Landesverband zu ersten Vertragsgesprächen mit dem BHÄV zusammengetroffen ist. Weiter stellte Saatkamp auf dem BKK-Tag fest: Allen verbalen Vorzeichen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum Trotz sind weite Teile der Versorgung durch den Gesetzgeber vorbestimmt und müssen einheitlich und gemeinsam, d.h. kassenarten-übergreifend, geregelt werden. Die Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung mutiere so zum Korsett.

Ein solches Korsett werde auch an anderer Stelle angelegt: Wo einheitlich und gemeinsam nicht vorgesehen ist, werden Krankenkassen gezwungen, mit Leistungserbringern in Quasi-Monopolstellung Verträge zu schließen. „Diese Entwicklung geht eindeutig zu Lasten von Innovation, Qualität und Effizienz in der Versorgung und kann demnach nicht im Sinne der Versicherten sein.“

Der Einfluss des Staates ist gestiegen

Seit 1. Januar 2009 gilt für die gesetzliche Krankenversicherung der Einheitsbeitragssatz von 15,5% – der im Sommer auf 14,9% reduziert wird. Den Krankenkassen wurde damit ein wesentlicher Teil ihrer Autonomie genommen und die paritätische Krankenversicherung elementar beschädigt, klagte Saatkamp. Kassenindividuell beeinflussbare Größen wie die Verwaltungskosten werden über den neuen Risikostrukturausgleich ausgleichsfähig. Dadurch haben die traditionell effi-

zient arbeitenden Betriebskrankenkassen das Nachsehen. Kleine Krankenkassen, die aus Kundensicht und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten überlebensfähig wären, werden in ihrer Existenz bedroht.

Der Einfluss des Staates auf die GKV-Versorgungs- und Kassenlage ist gestiegen, stellte Saatkamp unwidersprochen fest. Nach Interessenlage des Staates werden Steuermittel in die Versorgung gesteckt, Beitragssätze festgelegt und wieder geändert. Die Selbstverwaltung bleibt dabei außen vor. Ein System mit einer weit über hundertjährigen Tradition, um das uns viele Versorgungssysteme der Welt beneiden, wird weiter demontiert.

Außer Bundeskanzlerin Angela Merkel und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt findet man nirgendwo Befürworter des Gesundheitsfonds, der zum 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Bei aller Kritik bemühte sich auf dem BKK-Tag der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, positive Elemente in der Konstruktion des Gesundheitsfonds zu entdecken. Er wies auf die strukturellen Einnahmenprobleme der GKV hin. Sowohl das Unions-Modell der Pauschalprämie als auch das SPD-

Modell der Bürgerversicherung sind in seinen Augen ernsthafte Versuche, darauf eine Antwort zu geben. Der in der Koalition gefundene Kompromiss des Gesundheitsfonds ist für ihn allerdings keine Antwort auf diese Probleme, könnte aber dazu vernünftig weiterentwickelt werden. So geht er davon aus, dass die Aufteilung des Krankenkassen-Beitrags in einen einheitlichen einkommensabhängigen Beitrag an den Fonds und einen kassen-individuellen Pauschalbeitrag den Wettbewerb durchaus fördern könnte. Der eigentliche Wettbewerb spiele sich nämlich bei den Prämien bzw. Zusatzbeiträgen ab. Es wäre aus seiner Sicht besser gewesen, man hätte die Deckung des Fonds sehr viel niedriger angesetzt und dadurch die Krankenkassen veranlasst, ab sofort mit Zusatzbeiträgen für volle Deckung ihrer Ausgaben zu sorgen. Für Wasem ist das niederländische Modell ein nachahmenswertes Vorbild: Hier werden 50% über einen einkommensabhängigen Beitrag und 50% über einen kassenindividuellen Pauschalbeitrag finanziert. „Dort gibt es Preis- und Qualitätswettbewerb.“

Auch wenn der Gesundheitsfonds die finanzielle Autonomie der einzelnen Krankenkassen schmälert und den staatlichen Einfluss verstärkt, könnten die Krankenkassen als Wettbewerber agieren. Er empfehle, dass die Krankenkassen ihre Versicherten über Qualität und Versorgung finden und nicht davon profitierten, dass ihre Versicherten höhere Einkommen als andere haben. Mehr Steuermittel für das Gesundheitssystem hält er für richtig und vorteilhaft. Eine Morbiditätsadjustierung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sei zur Sicherung fairer Wettbewerbsbedingungen unabdingbar. Die Preissignale müssten vernünftig sein. Es gehe nicht an, dass eine Krankenkasse im Abseits steht, weil sie die meisten Kranken hat. Der Morbi-RSA, wie er jetzt angelegt ist, sei natürlich manipulationsanfällig, wie jetzt der Ruf nach Richtig-Kodierung zeigt, was auch als Upcoding verstanden werden könnte/sollte. Wasem et al. haben bereits 2004 in einem Gutachten zum Risikostruk-

Gutachten zum RSA: Auf ambulante Diagnosen verzichten

Die Gutachter empfehlen, als Morbiditätsindikatoren nicht ambulante Diagnosen, sondern Krankenhaus-Diagnosen in Kombination mit den Arzneimittel-Verordnungen zu verwenden.

Die Begründung: Das empfohlene Modell prognostiziert Ausgaben für Teilkollektive chronisch Kranker, die sehr dicht an den tatsächlichen Ausgaben des RSA-Ausgleichsjahrs liegen. Die Ausgabenprognosen sind nicht nur im Hochkostenbereich, sondern auch bei Gering-Inanspruchnehmern besser als bei allen anderen Modellen.

Ist dieses Modell praktikabel?

Das Modell verwendet mit den Krankenhaus-Diagnosen und den Arzneimittel-Verordnungen Morbiditäts-Indikatoren, die von den gesetzlichen Krankenkassen im wesentlichen vollständig zur Verfügung gestellt werden können. Das Modell ist in den USA entwickelt worden und verfügt dort über eine breite Anwendung. Es wird in erster Linie von Arbeitgebern verwendet zum Zweck der Prämienkalkulation der Arbeitgeber-finanzierten Krankenversicherung.

Quelle: Gutachten IGES/Lauterbach/Wasem 2004

turausgleich für das BMG vorgeschlagen, nicht die ambulanten Diagnosen als Basis für die Morbiditätsmessung zu nehmen, sondern die stationären Diagnosen in Kombination mit den verordneten Arzneimitteln (siehe Kasten). Wenn Innovation in der Versorgung über Kassenwettbewerb funktioniert, meinte der Ökonom, dann auch mit Gesundheitsfonds und Morbi-RSA.

● **Nachbesserungsbedarf bei der ärztlichen Honorierung**

Wichtiger und sachgerechter als eine Konvergenzklausel für die Krankenkassen bei der Einführung des Gesundheitsfonds wäre in Wasems Augen eine Konvergenzklausel bei der Einführung des neuen Honorarsystems für Ärzte gewesen. Der Ökonom ist auch Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses, der maßgeblich die Umsetzung der RLV bestimmt hat. Er bekannte in München, in den letzten Wochen einen Lernprozess durchgemacht zu haben. „Wir haben die Effekte der RLV nicht genügend durchdacht und unter Zeitdruck gehandelt.“ Wegen der Komplexität der Sache wäre mehr Zeit vonnöten gewesen, räumte er jetzt nachträglich ein. Er widersprach allerdings der Argumentation aus Bayern, weil die Kosten in München höher seien als in Mecklenburg-Vorpommern, seien einheitliche Preise bzw. Punktwerte falsch. Ein Gutachten des Instituts des Bewertungsausschusses über die Unterschiede in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen habe ergeben, dass es solche Unterschiede nicht zwischen den KVen, sondern innerhalb der KVen gebe. Die Kosten in München seien wesentlich höher als im ebenfalls bayerischen Hof, aber solche Unterschiede fände man auch in Brandenburg. Aus diesem Grunde habe der Bewertungsausschuss keine Handhabe gehabt, unterschiedliche Punktwerte in den Regionen zu beschließen. Die Überforderungsklausel für den Zusatzbeitrag muss nach Wasems Ansicht dringend nachgebessert werden. Sie führe zu wenig sinnvollen Verzerrungen im Kassen-Wettbewerb. Der Zusatzbeitrag ist für ihn eine Art kleine Pauschalprämie, sozusagen ein „Mini-Merkel“. In allen Pauschalprämien-Modellen gebe es Härtefall-Klauseln für sozial Schwache; das wäre auch hier möglich gewesen. In jeder Reform bisher habe es Elemente zu mehr Wettbewerb und gleichzeitig Elemente zum Abbau von Wettbewerb gegeben, so auch im GKV-WSG, betonte Wasem. Der derzeitige Steuerungswirrwarr mache die Sache schwer handhabbar. Es sei mehr Konsistenz nötig. Klar aber sei: Wenn man mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung wolle, komme man an einer Stärkung der Selektivverträge nicht vorbei.

● **CSU und FDP in Bayern gegen den Gesundheitsfonds**

Glaubt man den Politiker-Aussagen auf dem BKK-Tag – vertreten waren nur die neuen bayerischen Koalitionspartner CSU und FDP – dann werden der Gesundheitsfonds und andere Reformregelungen schon bald nach der Bundestagswahl im Herbst grundlegend verändert. Der Vertreter von Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder, der Leiter der Abteilung Krankenversicherung, Dr. Maximilian Gaßner, bezeichnete den

Gesundheitsfonds als eines der größten Defizite der Reform, das Bayern oktroyiert worden sei. Vom Morbi-RSA hielt er wenig, da dieser manipulationsanfällig sei. „Ein grober RSA wie jetzt täte es auch“, meinte er im Widerspruch zu Wasem. Gesundheits-Staatssekretärin Melanie Huml kritisierte, das BMG sei auf dem Weg in eine sozialistische Staatsmedizin und schwäche damit den Gesundheitsstandort Deutschland langfristig. Bayern wolle dagegen einen gesunden Wettbewerb

und bestehe darauf, dass in Bayern erarbeitete Beitragsmittel auch in Bayern bleiben und nicht in andere Bundesländer überwiesen werden. Bereits in den nächsten Wochen sollen Eckpunkte für ein bayerisches Gesundheitsmodell gemeinsam mit den Partnern im Gesundheitswesen erarbeitet werden. Wichtige Ziele seien dabei die Stärkung des Arztes als freier Beruf, die freie Arztwahl, regionale Spielräume und starke Krankenkassen. Mit dem Modell will die CSU zur Bundestagswahl im Sep-

tember 2009 antreten. Die Vertreterin der FDP-Fraktion im bayerischen Landtag, Julika Sandt, liebäugelte bereits mit einer Schwarz-Gelben Koalition auf Bundesebene und versprach Verbesserungen, wenn die liberalen Kräfte bei der Wahl gestärkt würden, zumal sich der jüngste FDP-Parteitag geschlossen gegen den Gesundheitsfonds als Instrument der Planwirtschaft ausgesprochen habe.

Klaus Schmidt

Innere Medizin **aktuell**



Sicher entscheiden auf Intensiv

Internistische Intensivmedizin

Haverkamp, Herth, Messmann

2009. 944 S., 385 Abb. geb.
ISBN 978 313 140621 7

129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Alle wichtigen grundlegenden Informationen

- Der Patient auf der Intensivstation: von der Aufnahme bis zur Entlassung
- Stabilisierung der Vitalparameter: Standardtherapieprinzipien: von Analgosedierung bis Transfusionskriterien.
- Arbeitstechniken Schritt-für-Schritt: Ausführlich bebilderte Step-by-Step-Anleitungen zu den wichtigsten invasiven Techniken.

Spezielle Internistische Intensivtherapie

- Alle Gebiete der internistischen Intensivmedizin inklusive einiger neurologischer Themen
- Sofort umsetzbare Anleitungen zu Diagnostik und Therapie
- Viele Praxistipps, Merke- und Cave-Hinweise für die direkte Umsetzung im klinischen Alltag

Pharma-Basics

- Pharmaprofile mit allen Daten wie Dosierung, Perfusoreinstellung, Indikation, Wechselwirkung, Nebenwirkung.
- Listen zu inkompatiblen Medikamenten, Dosierungen bei speziellen Erkrankungen, Medikamente in der Schwangerschaft.



Locker über die letzte Hürde!

Facharztprüfung Innere Medizin

3000 kommentierte Prüfungsfragen

Block

2009. 3., kompl. überarb. und akt. Aufl.
544 S., 63 Abb., kart.,
ISBN 978 3 13 135953 7

89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

Umfassend, stressfrei und effektiv vorbereitet

- Über 3000 Fragen aus allen Themenbereichen der Inneren Medizin
- Inhalte realer Facharztprüfungen sind konsequent berücksichtigt
- Systematisches Lernen und praxisnahe Erfolgskontrolle
- Realistische Einschätzung des eigenen Leistungsstandes
- Testen der Prüfungstauglichkeit durch die Prüfungssimulation zu Hause

Neu in der 3. Auflage

- Alle Fragen komplett aktualisiert und mit neuen Aspekten ergänzt
- Zusätzliche neue Fragen
- Durchgehend zweifarbig und noch übersichtlicher

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung:
0711/89 31-900

☎ Faxbestellung:
0711/89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de



Sachverständigenrat

Dual oder monistisch

In BDI aktuell 1/09 konnten Sie bereits einen Artikel über die Vorschläge des Sachverständigen in seinem Jahresgutachten 2008/2009 lesen. Dabei ging es um die ambulante Versorgung und um die Frage, wie eine Reform der Krankenkassen aussehen könnte. Die Sachverständigen haben sich aber auch mit dem Krankenhaussektor beschäftigt und hier ihre Kritik an der dualen Finanzierung erneuert, die sie seit Jahren vorbringen.

In Deutschland werden die laufenden Kosten der Krankenhäuser durch die Diagnose Related Groups (DRG) abgedeckt. Die Kalkulation dieser Pauschalen enthält nur die laufenden Kosten, aber keine Investitionen. Diese sollen von den Ländern über deren Haushalt finanziert werden. Deshalb heißt das Ganze duale Finanzierung.

Dieses System geht vom Sicherstellungsauftrag der Länder für die stationäre Versorgung aus. Grundlage ist dabei der jeweilige Bettenbedarfsplan. Ohne eine Aufnahme in dieses Register gibt es keine öffentlichen Investitionen; diese werden in der Regel nach politischen Grundsätzen verteilt. Die Sachverständigen sehen dabei auch viele sachfremde Aspekte, die bei der Mittelverteilung einfließen und beklagen die dadurch entstehende Planungsunsicherheit der betroffenen Krankenhäuser.

● Investitionsstau in den Ländern

Kritisiert wird auch das Finanzierungsverhalten der Länder insgesamt. Nach Ansicht der Sachverständigen ist dies das inzwischen wichtigste Argument, die duale Finanzierung abzuschaffen. Der immer wieder beklagte Investitionsstau unterstreicht, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht nachkommen.

Dies wird auch an den Zahlen seit 1991 sichtbar. Seit diesem Zeitraum bis 2007 sank die Förderung von etwa 3,6 Milliarden auf knapp 2,7 Milliarden Euro, obwohl die Krankenhausausgaben als Maß für das Leistungsgeschehen nahezu konstant geblieben sind.

Besonders deutlich wird die Schiefelage beim Vergleich der Bundesländer untereinander. Die Krankenhäuser in den neuen Ländern kommen noch vergleichsweise gut weg, die in den alten Ländern sehen keine angemessene Steigerung. Der Mittelzufluss hat sich hier – bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt – von 0,19 % im Jahre 1991 auf 0,10 % im Jahre 2007 vermindert.

Offensichtlich haben die Krankenhäuser ihre Investitionen über die Krankenkassenvergütung dennoch getätigt. Die Krankenkassen selbst ärgert dies, sehen sie doch hier eine Quersubventionierung der Landeshaushalte durch Krankenkassenbeiträge.

● Einheitliche Preise bei aufgelösten Sektoren

Folge der monistischen Finanzierung ist die Wettbewerbsverzerrung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Ambulant müssen alle Investitionen aus dem Honorar bezahlt werden, stationär eben nicht. Vergleichbare Preise ambulant und stationär sind somit im Prinzip nicht möglich. Bei einem sektorenübergreifend gleichen Preis einer Leistung würde immer die stationäre Schiene begünstigt.

Da der Sachverständigenrat auf Dauer die ambulanten und stationären Sektoren auflösen und so auch zu einheitlichen Preisen kommen will, plädiert er nochmals für eine monistische Krankenhausfinanzierung. Wie stellt er sich dies vor?

- Bei DRGs werden Investitionsaufschläge bezahlt. Leistungsstarke Häuser werden damit natürlich begünstigt.
- Der Gesundheitsfonds wird durch Steuermittel aufgestockt, um die Aufschläge zu finanzieren.
- Das Finanzvolumen wird bundesweit länderübergreifend berechnet und bei den Länderhaushalten bereinigt.

● Gegenwind – auch von den Krankenhäusern

Klingt alles ganz einfach, aber die Argumente gegen diesen Vorschlag kann man sich leicht ausrechnen. Sie kommen zunächst von den Bundesländern:

- Der Sicherstellungsauftrag der Länder wird ausgehöhlt, wenn sie die Verteilung der Investitionsmittel nicht mehr selbst bestimmen können. Der goldene Zügel ist dahin.
- Die Zuständigkeit von Bund und Ländern wird verändert. Der Gesundheitsfonds ist Bundessache, die Investition seither Aufgabe der Länder. In Zukunft würde der Bund aber dieses Geld verteilen.
- Kleine Krankenhäuser, die man für die Versorgung in der Fläche braucht, würden bei geringeren Leistungszahlen benachteiligt und hätten wirtschaftliche Schwierigkeiten, sodass der Sicherstellungsauftrag nicht mehr flächendeckend wahrgenommen werden kann.

● Auch Kliniken fürchten die Monistik

Aber Gegenwind kommt nicht alleine von den Ländern. Auch die Krankenhäuser fürchten eine lupenreine Monistik – sind sie dann doch in ihrer Finanzierung alleine von den ungeliebten Krankenkassen abhängig. Man will nicht in die gleiche Situation wie die Vertragsärzte geraten. Deren Beispiel schreckt nach der letzten Vergütungsreform nämlich ab.

HFS

Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren (BMVZ) (Fortsetzung von Seite 1)

Medizinische Versorgungszentren fördern die Vernetzung

Offensichtlich hat man bemerkt, dass diese Verträge schwer abzuschließen sind, da die Krankenkassen sie als Einsparmodelle betrachten. Auch die gewünschte Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufen in den Medizinischen Versorgungszentren ist noch nicht komplett zustande gekommen.

● Nicht mehr Ärztinnen als in der gesamten ambulanten Versorgung

Die Hoffnung der Politik, dass im ambulanten Bereich mehr Ärztinnen in einem Angestelltenverhältnis beteiligt werden, bestätigt sich in dieser Form nicht. Der Anteil der Ärztinnen in neu gegründeten MVZs liegt bei 38 % und ist damit nur wenig höher als in der gesamten ambulanten Versorgung, wo sie bei 35 % angesiedelt ist. Nur in den neuen Bundesländern scheint sich ein Trend zu entwickeln, dass hier mehr Frauen beteiligt werden. Flexible Arbeitszeiten ermöglichen die Kombination von Familie und Beruf. Interessant ist die Tatsache, dass zentrale Verwaltungs- und Managementaufgaben umso häufiger an eine Person gebunden werden,

wenn das Medizinische Versorgungszentrum mehr als 10 Ärzte beteiligt. Denn in solchen Fällen ist in 86 % der Fälle eine getrennte Managementfunktion eingeführt worden.

Das Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung ist auf das Bundesgebiet betrachtet sehr zwiespältig. Insbesondere in Bayern fühlen sich Medizinische Versorgungszentren von der Kassenärztlichen Vereinigung ordentlich vertreten, in anderen Bereichen gibt es Spannungen zwischen den Versorgungszentren und der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung.

● Nur eine Sonderform der Gemeinschaftspraxis?

Das Verhältnis zu den übrigen niedergelassenen Ärzten wird als neutral und gut beschrieben. Insbesondere in Berlin beklagt sich kein einziges Medizinisches Versorgungszentrum über ein gespanntes Verhältnis zu den übrigen niedergelassenen Kollegen, obwohl gerade bei der hier sehr hohen Arztdichte mehr Konflikte zu erwarten wären.

In der Umfrage wird das eigentliche Problem zwischen Niedergelassenen und Medizinischen Versorgungszentren aber nicht angesprochen. Viele Niedergelassene befürchten nämlich bei den Medizinischen Versorgungszentren, die unter der Kontrolle von Krankenhäusern stehen, eine heimliche Quersubventionierung des ambulanten Bereiches durch die öffentliche Förderung der Krankenhäuser. Hier ist vor allem ein Stein des Anstoßes, dass beim Preiskampf um freierwerbende Vertragsarztsitze die Krankenhäuser wegen ihrer Finanzmittel als öffentliche Träger im Vorteil sind.

Betrachtet man die derzeitige Landschaft der Medizinischen Versorgungszentren, so handelt es sich doch wohl zurzeit eher um eine Sonderform einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis, die versucht, Rationalisierungseffekte intern zu realisieren. Insbesondere die Medizinischen Versorgungszentren, in denen die Vertragsärzte das Sagen haben, sitzen mit ihren übrigen niedergelassenen Kollegen offensichtlich weiter in einem Boot.

HFS

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

Viele Neuerungen

Am 18.12.2008 hat der Bundestag das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beschlossen. Die neuen gesetzlichen Regelungen treten rückwirkend am 01.01.2009 in Kraft, da man von einer Zustimmung des Bundesrates ausgeht, weil das Gesetz prinzipiell nicht zustimmungspflichtig ist. Welche Änderungen ergeben sich aus der Gesetzesvorlage?

Folgende Änderungen ergeben sich aus dem neuen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz:

- Den Krankenhäusern werden 3,5 Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt. Dies entspricht den Vorgaben der Bundesregierung, die diese bereits Mitte 2008 angekündigt hat. Diese Vorgaben sind in die Kalkulation des Gesundheitsfonds eingeflossen, dennoch gibt es erhebliche Bewertungsunterschiede. Die Krankenkassen sehen einen höheren Finanzbedarf, die Krankenhäuser gehen von einer großen Finanzierungslücke aus, die durch die beschlossenen Mehrausgaben nicht gedeckt ist.
- Der im GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz am 01.04.2007 festgelegte Sanierungsbeitrag zu den Krankenhäusern von 0,5 % wird wieder gestrichen. Damit werden die Kran-

kenhäuser um etwa 380 Millionen Euro entlastet.

- Lohn- und Gehaltssteigerungen werden zu 50 % über die Krankenkassen refinanziert. Wie die übrige – die andere Hälfte der tariflich fixierten Mehrkosten – finanziert werden soll, ist im Gesetz nicht geregelt. Man hofft auf Einsparpotenzial bei den Krankenhäusern.
- Mittelfristig will man die Krankenhauskosten nicht mehr an die Einnahmentwicklung der Krankenkassen anbinden, sondern über einen Orientierungswert korrigieren, der vom Bundesgesundheitsministerium festgelegt wird und dabei zeitnah die Kostenentwicklung der Krankenhäuser erfassen soll.
- Die finanzielle Entlastung der Krankenhäuser für den Pflegebereich ist vorgesehen. Hier legt man ein spe-

zielles Förderprogramm auf. Dieses Förderprogramm soll ein Volumen von 700 Millionen Euro umfassen.

- Der wohl wichtigste Punkt ist die Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr. Ursprünglich war daran gedacht, am 01.01.2009 feste Landesbasisfallwerte einzuführen. Jetzt hat man die Konvergenzphase nochmal um ein Jahr verlängert. Dies bedeutet für Krankenhäuser, die sich von oben dem Landesbasisfallwert nähern, dass sie für ein Jahr mehr Geld als ursprünglich geplant zur Verfügung haben. Krankenhäuser die seither schon preislich unter dem Basisfallwert liegen, müssen auf die Anpassung ein Jahr länger warten. Entsprechend zwiespältig ist die Reaktion der Krankenhäuser auf diese gesetzliche Vorgabe.
- Als neues zeitliches Ziel für einen einheitlichen Basisfallwert auf Bundesebene setzt man sich für das Jahr 2014.

● Weitere Finanzierungsschwierigkeiten vorprogrammiert

Dies sind die wesentlichen Punkte, die sich auf die Finanzierung der Krankenhäuser beziehen. Die Probleme, die durch die neuen gesetzlichen Regelungen für das Belegarztsystem entstehen, sind bereits in BDI aktuell

2/09 ausführlich dargestellt worden. Die hier eingeführte Alternative über eine A-DRG-Abrechnung belegärztl. geführter Krakenhäuser wird nicht umgesetzt werden können, da man die A-DRG für solche Fälle auf 80 % begrenzt hat. Insgesamt gesehen werden sehr große Beträge wie im vertragsärztlichen Bereich durch diese Krankenhausgesetzgebung bewegt. Angesichts der Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenhäuser im alltäglichen Betrieb und des Investitionsstaus dürften die Zahlen für eine finanzielle Beruhigung bei den 2.087 Krankenhäusern in Deutschland nicht

ausreichen. Insbesondere werden die weiter steigenden Personalkosten zu einem Hauptproblem. Auch in Zukunft werden die Krankenhäuser nur über Einsparungen beim Personal rationalisieren können, so dass die jetzt schon übermäßige Arbeitsdichte von Ärzten und Pflegekräften in Deutschland im Vergleich zum Ausland weiter zunehmen wird. Das Grundsatzproblem duale oder monistische Krankenhausfinanzierung ist im Übrigen weiter nicht gelöst (siehe auch Artikel „Sachverständigenrat: Dual oder monistisch“).

HFS

Kommentar

Schlaglicht

Die Internisten in Deutschland leisten sich zwei Verbände: Den Bund Deutscher Internisten (BDI) und die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin (DGIM). Im Jahre 1958 war man in der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin der Auffassung, dass man für die Fragen der Honorarpolitik einen eigenen internistischen Verband benötigt, sodass der BDI gegründet wurde.

Vom historischen Ansatz her war damit der BDI für das Honorar und damit auch zwangsläufig für die Kontakte zur Politik zuständig, während die DGIM sich hauptsächlich der Wissenschaft und der Krankenhausversorgung gewidmet hat. Ihr Hauptbetätigungsfeld war der jährlich stattfindende Internistenkongress in Wiesbaden. Im Laufe der Jahre hat sich neben diesen getrennten Zuständigkeiten eine sehr große Grauzone entwickelt, für die sich beide Verbände verantwortlich fühlen. Dies gilt vor allem für die Fort- und Weiterbildung des Internisten. Auch die inhaltliche Entwicklung des Internistenkongresses spielt dabei eine Rolle. Während noch vor Jahrzehnten dieser Kongress eine Bühne für den wissenschaftlichen Nachwuchs stellte, spielt in der heutigen Zeit vor allem Fort- und Weiterbildung eine nicht unwichtige Rolle bei der Kongressgestaltung. Es hängt unter anderem auch damit zusammen, dass sich im Laufe der Jahre immer mehr Schwerpunkte gebildet haben, die ihre eigenen Wissenschaftskongresse abhalten.

Insbesondere beim Thema Weiterbildung fühlen sich beide Verbände für den Internisten zuständig und geben ihre Stellungnahmen bei der zuständigen Bundesärztekammer ab, wenn hier ein Änderungsbedarf vorliegt. Hier besteht in der Regel ein sehr großer Abstimmungsbedarf zwischen BDI und DGIM, damit nicht mit zwei Zungen geredet wird. Liest man die Stellungnahmen, so erkennt man immer wieder zumindest zwischen den Zeilen Differenzen. Naturgemäß liegt der Akzent der DGIM mehr im Krankenhausbereich, während der BDI auch die große Zahl der in der hausärztlichen Versorgungsebene tätigen Internisten zu vertreten hat.

Für den Internisten, gleichgültig ob er Hausarzt, Facharzt oder Krankenhausarzt ist, ergibt sich die Notwendigkeit in beiden Verbänden gleichzeitig Mitglied zu sein. Damit hat er auch zwei Beiträge zu bezahlen. Im Klartext: Die Schlagkraft bei der Interessensvertretung des Internisten ließe sich durchaus verbessern, wenn man geschlossener auftreten würde. Dazu müssten beide Verbände wiederentdecken, dass es primär nicht um Versorgungsebenen, um Praxis oder Krankenhaus sondern um das Fach Innere Medizin geht.

Dazu müssten im BDI endlich die Grabenkämpfe der einzelnen Gruppen – angefangen vom Hausarzt über den fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt bis hin zum Schwerpunktinternisten – intern beendet werden. Die DGIM müsste stärker anerkennen, dass die Berufsausübung des Internisten und die Wissenschaft vom politischen Umfeld und den dort definierten Finanzierungsbedingungen abhängig sind.

Hauptproblem der DGIM ist ihre Führungsstruktur, die sich an anachronistischen Universitätsstrukturen orientiert und uns jedes Jahr einen neuen Präsidenten beschert. So kann man personelle und damit politische Kontinuität in unserer Zeit nicht mehr darstellen.

Im Interesse der Vertretung des Internisten ist es Zeit, dass alte Zöpfe abgeschnitten werden. In einer Zeit, in der die Grenze zwischen ambulant und stationär immer mehr eingeebnet wird und Integrationsversorgung immer wichtiger wird, sollten sich die beiden Verbände wieder auf einen gemeinsamen Weg einigen.

Hans-Friedrich Spies

3. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen

Die Politik raubt uns den Atem

Der 3. Internistische Fortbildungstag am 17. Januar 2009 setzt die von Dr. Wolf-Dieter Kirsten initiierte und organisierte Fortbildungsreihe fort, die inzwischen zu einer festen Größe im niedersächsischen Fortbildungskalender geworden ist. Das Generalthema „Pneumologie“ prägte dieses Mal die Fachvorträge.

Herr Dr. König, stellvertretender Vorsitzender des Landesverbands Niedersachsen des BDI, eröffnete den Tag. Die Grußworte erfuhren ihren ersten Höhepunkt, als der Präsident des BDI, Herr Dr. Wesiack, dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Niedersachsen, Herrn Dr. Voigt, die Ehrenmitgliedschaft des BDI wegen dessen jahrelanger Verdienste um die Weiterentwicklung der Weiterbildungsendung verlieh.

Der fachliche Teil wurde von dem wissenschaftlichen Leiter der Tagung, Herrn Prof. Welte, eingeleitet. Bei der Einführung in die Pneumologie schlug er einen Bogen von der Historie über die Literatur bis in die Neuzeit. Herr Prof. Welte bewies auf eindringliche Weise, dass nicht nur die aktuellen wissenschaftliche Erkenntnisse seines Fachgebietes Einzug in die medizinische Versorgung halten, sondern dass sich die Ärzteschaft bei den heutigen Rahmenbedingungen sehr ernsthafte Sorgen um die strukturellen und ökonomischen Erfordernisse für die medizinische Versorgung der Bevölkerung macht. Das klang auch deutlich in dem ersten Fachvortrag an, den unsere Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Dr. Wenker, zum aktuellen Stand der Tuberkulose hielt. Bei diesem Krankheitsbild, das wir als weitgehend beherrscht glaubten, stellte sie sehr anschaulich die Problematik dar, die sich neben diagnostischen und therapeutischen Aspekten national und international abzeichnet. Die heutigen Reiseaktivitäten und die Migration verändern dramatisch Inzidenz und Mortalität dieser Erkrankung und werden so zu neuen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem.

Da ärztliches Handeln jederzeit durch politische und ökonomische Überlagerungen beeinflusst wird, vermittelte der Präsident des BDI Informationen zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage. Auch hier konnte die Erkenntnis nicht ausbleiben, dass die Patientenversorgung in vielen Bereichen politisch fehlgesteuert ist.

Die Herren PD Dr. Pletz und Prof. Hohlfeld belegten mit ihren Ausführungen zu „Atemwegs-Infektionen“ und „Obstruktiven Atemwegs-Erkrankungen“ ebenfalls, dass die pneumologischen Erkrankungen bezüglich der Häufigkeit und des Schweregrades völlig unterschätzt werden und das pneumologische Fachgebiet in der Gesundheitspolitik unter einer mangelhaften Wahrnehmung leidet.

Generell wurde an diesem internistischen Fortbildungstag überdeutlich, dass unser Gesundheitswesen viel zu stark von ökonomischen Kriterien und formalen zeitraubenden bürokratischen Abläufen geprägt wird. Bei gleichzeitig fehlenden Erkenntnissen durch eine globale Versorgungsforschung werden viele politische Steuerungsinstrumente für die medizinische Versorgung der Bevölkerung dringend korrekturbedürftig. Den Ärzten selbst, vertreten durch ihre Selbstverwaltungsorgane, ihre fachbezogenen wissenschaftlichen Gesellschaften und ihre Berufsverbände, kommt zunehmend die Aufgabe zu, den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern die krank-

Gesundheitsfonds

Verteilungskampf der Krankenkassen über den Morbiditätsindex

Das ARD-Magazin Panorama hat sich in seiner Sendung am 22. Januar mit den Hintergründen des Vertrages des Bayerischen Hausärzterverbandes mit der AOK beschäftigt und dabei ein internes Schreiben des Verbandes zitiert, nach dem die bayerischen Hausärzte eine „entsprechende Kodierung“ als „Gegenleistung“ für die ausgehandelte Honorarerhöhung versprechen.

Offensichtlich hat der Bayerische Hausärzterverband die Kodierung der Ärzte bei der Abrechnung als Druckmittel gegenüber der AOK für ein selektives Kontrahieren benutzt. Durch den Morbiditätsindex, gesteuert durch die Kodierung der Vertragsärzte, entsteht unter dem begrenzten Dach des Gesundheitsfonds ein Verteilungskampf der Krankenkassen über die zur Verfügung stehenden Gelder. Es ist deshalb die Frage berechtigt: Was geschieht mit dem abgeschlossenen Vertrag wenn die Rechnung der AOK nicht aufgeht? So ist es denkbar, dass auch die übrigen Kassen ähnliche Verträge mit anderen Fachgruppen abschließen und über die dort generierten Diagnosen den Verteilungseffekt, den sich AOK und Hausärzterverband wünschen, wieder neutralisieren.

● Ein paar Begleiterkrankungen mehr ...?

Die Reaktion auf die Fernsehsendung ist entsprechend unterschiedlich. Hausärzterverbandschef Wolfgang Hoppenthaler stellt natürlich fest, dass seine Ärzte immer korrekt kodieren werden. Natürlich – korrekt

heitsbezogenen Erfordernisse für die Zukunft darzulegen. Das beinhaltet das Aufzeigen von derzeitigen Defiziten, die es zu beseitigen gilt. Die Resonanz des Auditoriums auf die fachlichen und gesundheitspolitischen Informationen war enorm, wie auch die lebhaften Diskussionsbeiträge bewiesen. Mit dem Dank an die Ehrengäste und Referenten beendet Herr Dr. Kirsten diesen Fortbildungstag und kündigte bereits den 4. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen am selben Ort für den 16. Januar 2010 an, der sich mit den Erkrankungen der Kardiologie befassen soll.

Dr. Wolf-Dieter Kirsten

Ehrenvorsitzender und Fortbildungsbeauftragter BDI-Landesverband Niedersachsen

Jetzt schon vormerken

16. Januar 2010

4. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen

schon, aber für die AOK dürften in Zukunft halt ein paar mehr wirksame Begleit- und Nebendiagnosen abfallen als sie bei den übrigen Kassen aufgeschrieben werden.

Prof. Gerd Glaeske hält das Ganze für eine Erpressung der AOK durch die Hausärzte. Das Bundesgesundheitsministerium spricht hier nur von einer Drohung und möchte zunächst nicht tätig werden.

An anderer Stelle hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt aber schon klargestellt, dass sie Falschkodierungen bei den Kassen strikt bestrafen wird. Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder ist zu diesem Thema aber schon konkreter geworden: Kodieren tun nämlich die Ärzte und nicht die Krankenkassen. Die Drohung von Ulla Schmidt zielt damit indirekt auf die Vertragsärzte. Der ganze Vorgang ist nicht nur anrüchig sondern auch gefährlich für die Hausärzte; kommen sie doch wieder in den Geruch, dass mit Falschangaben Geld verdient würde. So etwas kann sich ein Hausärzterverband eigentlich nicht leisten. Nach diesem Vertragsabschluss tickt eine Zeitbombe.

HFS

Ein neues Berufsbild

Honorararzt – Eine Not wird zur Tugend

Aufgrund der starken Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt für Mediziner hat sich ein völlig neues Berufsbild entwickelt: der Honorararzt. Dies sind Ärzte, die keine feste Anstellung haben und an verschiedenen Kliniken nach Bedarf arbeiten. Eine Reihe von Kollegen hat sich mittlerweile für dieses Modell entschieden, und es werden immer mehr. Auch die Ärztekammern müssen sich auf die veränderte Situation einstellen.

Deutschland laufen die Ärzte weg. Arbeitsbedingungen und Bezahlung lassen nach wie vor zu wünschen übrig, und auch nach den bisher stattgefundenen Protesten hat sich nicht allzu viel getan. Das Ausland lockt mit deutlich besseren Konditionen, zudem werden andere Berufsfelder für Mediziner eine zunehmend attraktive Alternative. Was Politik und Kassen noch immer nicht so richtig wahr haben wollen, spüren die Kliniken mittlerweile am eigenen Leib. Laut dem Kranken-



Dr. N. Schäfer

hausbarometer 2008 haben 67,3% der deutschen Kliniken inzwischen Schwierigkeiten, freistehende Arztstellen zu besetzen – eine gewaltige

Steigerung gegenüber 2006, als diese Zahl noch bei 28,4% lag. Im Mittel sind vier Arztstellen unbesetzt. 91,8% dieser Krankenhäuser gaben an, deshalb Schwierigkeiten mit der Arbeitszeitorganisation zu haben, mehr als jedes dritte Haus sieht die Patientenversorgung beeinträchtigt.

● Beide Seiten profitieren

In dieser Situation hat sich für eine Reihe von Mediziner auf der Suche nach Alternativen zum Modell des herkömmlichen angestellten Arztes ein völlig neues Berufsbild ergeben: der Honorararzt. Honorarärzte haben keine feste Anstellung an einer Klinik, sondern arbeiten nach Bedarf und werden entsprechend der geleisteten Arbeitszeit bezahlt. Ein solches Engagement kann nur einen einzelnen Tag dauern, kann sich aber auch über mehrere Wochen oder sogar einige Monate erstrecken. Für die Kliniken ist der Vorteil dieses Modells, dass sie ihre eigenen Ärzte in Stoßzeiten entlasten können, wenn sie selbst nicht in der Lage sind, freistehende Stellen mit fest angestellten Mediziner zu besetzen. Aber auch die Honorarärzte profitieren: Sie sind an keinen Arbeitgeber gebunden und stehen außerhalb der Klinikhierarchien. In dem hierzulande üblichen System mit starrer Hackordnung ein sicherlich nicht zu unterschätzender Vorteil. Außerdem werden Honorarärzte in der Regel eingestellt, um das zu

tun, was sie gelernt haben: Patienten zu versorgen. Und nicht dazu, bürokratische Arbeiten zu verrichten. Darüber hinaus ist ihr Gehalt besser als das ihrer fest angestellten Kollegen. Doch genau darin liegt die Widersprüchlichkeit der ganzen Sache: Wegen schlechter Bezahlung und Arbeitsbedingungen sowie starrer Hierarchien können Kliniken ihre Stellen nicht besetzen und müssen auf den Pool der Honorarärzte zurück greifen, damit sie die Versorgung ihrer Patienten aufrecht erhalten können. Denen müssen sie allerdings das bieten, was sie ihren eigenen Ärzten vorenthalten. Wahrscheinlich ließe sich das Dilemma lösen, wenn die Kliniken für ihre eigenen Ärzte bessere Bedingungen schaffen würden.

Einer, der nicht so lange warten wollte, bis sich Wesentliches geändert hat, ist Dr. med. Nicolai Schäfer, Vorsitzender des Berufsverbandes der Honorarärzte. Der Anästhesist aus Potsdam arbeitet bereits seit dem Jahr 2003 ausschließlich auf dieser Basis. „Ich war aufgrund meiner Erfahrungen menschlich enttäuscht, vor allem auch von Personen, die an exponierten Stellen standen und sich in entscheidenden Situationen ziemlich unkollegial verhalten haben“, erläutert Schäfer einen der wesentlichen Gründe, die ihn zu diesem Schritt bewogen haben. Der automatisierte und bürokratisierte Medizinbetrieb, den er in einer großen Klinik erlebte und der nach seinen Worten einer Massenabfertigung glich und kaum Raum für menschliche Zuwendung ließ, entsprach ebenfalls nicht seiner Vorstellung von Patientenversorgung. Zudem störten ihn die neueren Entwicklungen in den Krankenhäusern, die Ökonomie, Verwaltung und Controlling einen höheren Stellenwert beimessen als der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit. „Als die Stellensituation für die Krankenhäuser immer angespannter wurde, bin ich auf Kliniken zugegangen und habe dort meine Dienste angeboten.“ Seitdem ist es für ihn dabei geblieben.

● Bedarf ist vorhanden

In der Bundesrepublik haben sich mittlerweile rund 1000 Ärzte für diesen Weg entschieden und arbeiten ausschließlich auf Honorarbasis für verschiedene Häuser nach deren Bedarf. Noch einmal etwa doppelt so viele Kollegen dürften eine solche Arbeit zusätzlich zu einer Teilzeitanstellung oder neben dem eigenen

Praxisbetrieb leisten. Diese Zahlen beruhen allerdings lediglich auf Schätzungen, genaue Informationen gibt es derzeit noch nicht. Um ein wenig Licht ins Dunkel zu bringen, bereitet Schäfer mit einigen seiner Kollegen derzeit eine Studie vor, die einen besseren Überblick über die aktuelle Situation ermöglichen soll. Honorarärzte kommen vorwiegend aus der Anästhesie. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: in diesem Fach sind die Abläufe standardisiert und gleichen sich von Klinik zu Klinik, die Patientenkontakte sind relativ kurz, in der Regel nur während der Operation. Im Gegensatz zu anderen Fächern sind somit keine langen Übergabe- oder Einarbeitungszeiten erforderlich. Zunehmend gehen



Prof. Dr. C. Fuchs

aber auch Mediziner aus der Chirurgie und den kleineren operativen Fächern einer solchen Tätigkeit nach, und auch Internisten und Kinderärzte sind vertreten. Inzwischen gibt es sogar Agenturen, die sich auf die Vermittlung von Honorarärzten spezialisiert haben. Der Bedarf ist offensichtlich gegeben, vor allem erfahrene Fachärzte werden von den Kliniken gesucht. Schäfer beispielsweise, der bundesweit mit Schwerpunkt in den neuen Ländern arbeitet, bekommt täglich bis zu fünf Vertretungsangebote von Kliniken. Von Kollegen, die ebenfalls als Honorarärzte arbeiten, weiß er, dass bei ihnen die Situation ähnlich ist. Derzeit versuchen Krankenhäuser mit den Honorarärzten vor allem kurzfristige Ausfälle durch Erkrankungen oder unerwartet große OP-Programme zu kompensieren. Auch Schwangerschafts- oder Elternzeitvertretungen werden auf diese Weise besetzt. Um eine Struktur in das System der Honorarärzte zu bringen und sich zu organisieren, haben Schäfer und einige seiner Kollegen im Januar 2008 den Berufsverband der Honorarärzte gegründet (www.bv-honoraraerzte.de). „Wir wollen den Honorararzt aber auch als eine Möglichkeit des modernen Personalmanagements verstanden wissen und nicht nur als eine Tätigkeitsform in Notzeiten“, erklärt Schäfer. Nach sei-

nen Worten braucht jede Klinik eine gut eingearbeitete Stammmannschaft, die allerdings nicht immer an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gefordert werden dürfe. „Und genau an diesem Punkt können Honorarärzte helfen, das Stammpersonal zu entlasten“, sagt der Anästhesist. Er kann sich vorstellen, auf diese Weise der gesamten Mannschaft fest angestellter Kollegen freie Feiertage zu ermöglichen oder OP-Säle ab dem Nachmittag mit Honorarärzten zu besetzen, um dem Stammpersonal normale Arbeitszeiten zu garantieren. Schäfer wünscht sich, dass das System der Honorarärzte auch in Zukunft als eigenständige Arbeitsform bestehen bleibt. Der Verband plant daher auch eine Art Zertifizierung für seine Mitglieder, um interessierten Arbeitgebern einen gewissen Mindeststandard zu garantieren.

● Frage der Kammerzugehörigkeit

Derzeit sehen sich Honorarärzte jedoch noch mit einigen Problemen konfrontiert – keine wirklich großen, doch es gibt sie. Ein solcher Punkt ist die Frage der Kammermitgliedschaft. Normalerweise richtet sich die Zugehörigkeit nach dem Arbeitsplatz; entscheidend ist, in welchem Kammergebiet der tatsächliche Schwerpunkt der Tätigkeit liegt. In der speziellen Situation der Honorarärzte kommt es aber durchaus häufig vor, dass diese mehrfach das Bundesland wechseln, in dem sie arbeiten. Streng genommen müssten sie dann auch die Ärztekammer wechseln oder aber mehrere Mitgliedschaften haben. Derzeit wird in der Bundesärztekammer diskutiert, welches Vorgehen am praktikabelsten ist. Befürwortet wird eine Monomitielschaft, die sich an der Hauptarbeitsstelle oder am Hauptwohnsitz des Arztes orientiert. „Eine Monomitielschaft würde für den Arzt den Verwaltungsaufwand minimieren und dem Ziel einer transparenten und verständlichen Gestaltung des Kammerwesens dienen“, konstatiert Prof. Dr. med. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Allerdings müssen die Länder mitziehen und hierzu ihre Heilberufe- und Kammergesetze ändern. Lasse sich nicht oder nur mit erheblichem Aufwand feststellen, in welchem Kammergebiet der Arzt seine überwiegende Tätigkeit ausübt, solle sich die Kammermitgliedschaft am Hauptwohnsitz orientieren, fordert die Bundesärztekammer. Liegt der Hauptwohnsitz in keinem der Kammergebiete, in denen der Arzt arbeitet, müssen die beteiligten Kammern im Einvernehmen entscheiden.

● Ärzteversorgung wartet auf Entscheidung

Das gleiche Problem besteht auch bei der Ärzteversorgung. Hier wären ebenfalls unter Umständen häufige Wechsel und Überleitungen nötig. „Die Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung folgt normalerweise der Ärztekammer, in deren Bereich ein Arzt tätig ist“, erläutert Dipl.-Kfm.

Michael Jung, Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV). Auch in seinem Verband werden die Möglichkeiten diskutiert, sich im Falle der Honorarärzte an der überwiegenden Tätigkeit oder am Hauptwohnsitz zu orientieren. „Wir als Versorgungseinrichtung entscheiden dies aber letztlich nicht, sondern richten uns nach der Mitgliedschaft in der Ärztekammer“, sagt Jung. Der ABV warte daher die



M. Jung

Entscheidung der Bundesärztekammer ab und werde dieser aller Voraussicht nach folgen. „Ich denke, es wird eine vernünftige Rege-

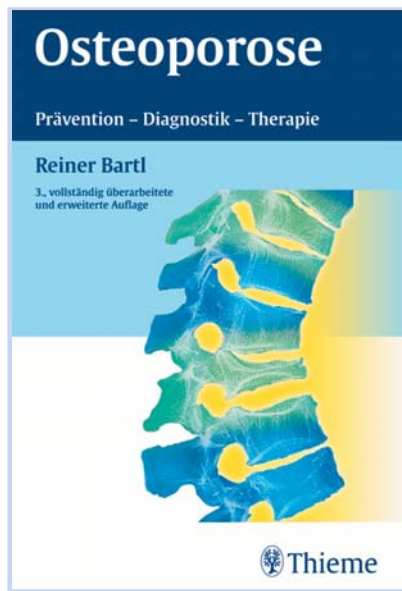
lung geben“, ist Jung überzeugt. Auch wenn diese Dinge noch einer endgültigen Lösung bedürfen – der Anästhesist Schäfer ist mit seiner Entscheidung für eine Tätigkeit als Honorararzt zufrieden. „Ein wesentlicher Vorteil ist das Gefühl von Autonomie und Selbstständigkeit: Ich bin mein eigener Herr, bin nicht weisungsgebunden und bestimme wo, wann, wie oft und wie viel ich arbeite. Das sind für mich die Hauptargumente.“ Auch die Tatsache, dass man im Laufe der Tätigkeit viele verschiedene Häuser kennen lernt, empfindet Schäfer als äußerst gewinnbringend. „Der Erfahrungsschatz steigt dabei ungemein“, sagt er. Auf der anderen Seite steht dem aber auch die Erfordernis gegenüber, flexibel zu sein und unter Umständen viel umherzureisen. Mit einer Familie könnte dies schwierig sein. Ein weiterer Punkt ist, dass Honorarärzte selbst für ihre soziale Absicherung aufkommen müssen und im Krankheitsfall keine Lohnfortzahlung erhalten. Doch auch wenn die Tätigkeit solche Dinge und zudem gewisse Unsicherheiten wie beispielsweise ein nicht konkret planbares Einkommen mit sich bringt, möchte Schäfer derzeit nicht mit den fest angestellten Kollegen tauschen. „Momentan kann ich mir nichts anderes vorstellen. Ein wesentlicher Vorteil der gegenwärtigen Situation ist auch, dass der Weg zurück in die Klinik und die Festanstellung jederzeit möglich ist. Man sperrt sich also nicht aus, wie dies früher der Fall gewesen wäre“, lacht er.

Dr. med. Johannes Weiß, Bad Kissingen

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 116–117). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw



Reiner Bartl
Osteoporose
Prävention – Diagnostik – Therapie
 Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2008
 3. Aufl., 273 S., 145 Abb., 29,95 €

Bone is everybody's business

Man ist Erstaunt über die Vielfalt des Themas Osteoporose. Über Definition, primäre und sekundäre Ursachen bis hin zur Risikoeerkennung, Vorbeugung sowie medikamentöse und chi-

urgische Therapie liegt hier ein gutes Nachschlagewerk mit 273 Seiten und 145 teils farbigen Abbildungen vor.

Schnell wird der Suchende mittels eines ausführlichen Inhaltsverzeichnisses fündig, ebenso wird ein aktueller Stand der Möglichkeiten vermittelt. Durch die punktuelle Textaufgliederung ist ein schneller Überblick zu bekommen, für den weiterführend Interessierten gibt es im Anhang zahlreiche Literatur- und Publikationsnachweise. Wichtige Fakten sind rot unterlegt. Mit zahlreichen Flussdiagrammen, Schemata, Röntgenbildern und klinischen Fotos ist eine Komplimentierung des Ganzen geschaffen.

Für den klinisch Aktiven gibt es eine Patienten-Checkliste, mithilfe derer durch Ankreuztest ein entsprechendes Risiko erarbeitet werden kann. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten der Knochendichtemessungen und deren Bewertung vorgestellt. Ausführlich sind auch Tipps zur Ernährung aller Altersgruppen aufgeführt (inklusive Ernährungstabellen) sowie zur medikamentösen Therapie, deren Schattenseiten und Neuentwicklungen. In Zusammenarbeit mit Dr. med. Christoph Bartl, Chirurg,

werden die häufigsten Knochenbrüche dargelegt und bis hin zur Vertebroplastie auch deren Behandlungsoptionen vorgestellt. Außerdem wird der Leser über Sonderformen der Osteoporose informiert, die bei Kindern, Männern, Schwangeren, HIV-Infizierten oder Tumorpatienten auftreten und bei denen eine spezielle Therapie benötigt wird. Zum Schluss gibt es eine praktische Zusammenfassung zur Therapie und Prävention. Die Zielgruppe ist fächerübergreifend und umfasst Internisten, Gynäkologen, Chirurgen und Radiologen. Auch im Zeitalter des Internets ist dieses Buch lohnens- und empfehlenswert. Dank der enthaltenen Fragebögen und Leitlinien ein sinnvoller Begleiter für die Praxis im Kitteltaschenformat.

Fazit: Ein gut zu lesendes Buch, das wichtige Aspekte der Erkrankung Osteoporose sehr gut darstellt.

Sebastian Blücher



Sebastian Blücher ist in der kardiologischen Weiterbildung im Herz- und Kreislaufzentrum Schüchtermann-Schillersche Klinik in Bad Rothenfelde.



G. Darai et al. (Hrsg.)
Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen
 Springer Verlag, Heidelberg 2009
 3. Aufl., 921 S., 36 Abb., mit CD-ROM, 199,95 €

Infektionen fast komplett

Das „Lexikon der Infektionskrankheiten des Menschen“ von Darai et al. ist 11 Jahre nach der ersten Auflage in der 3. Auflage erschienen und hat als lexikalisches Standardwerk im deutschsprachigen Raum keine aktuelle Konkurrenz. Das schwere Buch mit 921 Seiten gefällt dem Bibliophilen durch hochwertige Ausstattung, gut leserliches zweifarbiges Schriftbild und vor allem graphisch klare und übersichtliche Gliederung in kurze, gut überschaubare Kapitel. Tabellen finden sich dagegen eher selten, Abbildungen sind sehr rar – da hatte schon der Psyhyrembel der 60er Jahre mehr zu bieten. Das muss man aber als berechtigtes Konzept der

Hausgeber ansehen, das Buch nicht ausufernd zu lassen. Dafür zeichnen sich alle Texte durch hohe sprachliche Qualität aus, sind kurz und gut verständlich formuliert, sodass man Grafiken und Bilder nur selten vermisst. Die einzelnen Kapitel sind nach einem logischen und konsequent durchgehaltenen Schema aufgebaut, das den Zugriff auf die gewünschten Informationen von Anfang an erleichtert und mit zunehmender Vertrautheit mit dem Werk weiter beschleunigt. Der lexikalische Aufbau an sich ist Geschmackssache. Ein Standardwerk der Infektiologie mit einem guten Register würde m. E. den gleichen Zweck erfüllen und möglicherweise manche Redundanz und manche Querverweise, die ein Hin- und Herbliättern erfordern, vermeiden. Das Buch hat ein hilfreiches Verzeichnis der Leitsymptome mit Auflistung der Differenzialdiagnosen, aber kein Register. Dafür liegt der neuen Auflage eine CD bei, die eine Suchfunktion aufweist. Schon beim Starten beginnen allerdings die Probleme: Unter Autoplay (Windows XP) öffnet sich nur ein schwarzes DOS-Eingabefenster, und man muss erst einmal darauf kommen, dass man durch einfaches Drücken der Entertaste zum Inhalt kommt. Auch die Nutzung der Suchfunktion erweist sich als etwas kryptisch und gelingt nicht auf den ersten Versuch – von guter Software erwartet man heute intuitive Bedienbarkeit. Das beeindruckende Autorenverzeichnis liest sich wie ein „Who is who“ der Infektiologie, die Beiträge sind von unstrittig hoher Qualität und Aktualität, allen Kapiteln schließen sich Angaben zu Schlüsselliteratur und Weblinks an. Ein Test auf

Vollständigkeit erweist aber, dass es zum humanen Metapneumovirus (hMPV) keinerlei Eintrag gibt, obwohl dieser Erreger seit 2001 bekannt ist und eine ähnliche Prävalenz aufweist wie z. B. RSV. Dem Chikungunya-Fieber, das sich seit 2005 in einer großen Epidemie von Afrika ausgehend über Asien ausbreitet, hätte man in Zeiten der Globalisierung und des weltweiten Reiseverkehrs ein eigenes Kapitel statt einem Querverweis widmen können. Doch dies sind nur unwesentliche Schwachpunkte die den insgesamt sehr hohen Nutzwert des Buches nicht ernsthaft trüben können, eher wäre die CD verbesserungswürdig.

Fazit: Ein Standardwerk der Infektiologie, das bei hohem Preis hohe inhaltliche und haptische Qualitäten bietet, vor allem aber durch gut verständliche Texte und schnell erfassbare graphische Gestaltung einen hohen Gebrauchswert aufweist. Es kann vor allen Allgemeinmediziner und Allgemeininternisten in Zeiten eines globalen Reiseverkehrs gute Dienste leisten. Die beiliegende, grundsätzlich brauchbare CD weist typische Schwächen eines Opus primum in Bezug auf die intuitive Bedienbarkeit auf.

Dr. med. Peter Pommer



Dr. Pommer, Internist und Pneumologe, leitet die Abteilung für Pneumologie der Klinik am Kofel (Gesundheitszentrum Oberammergau).



Andrea Dörries, Gerald Neitzke, Alfred Simon, Jochen Vollmann (Hrsg.)
Klinische Ethikberatung
Ein Praxisbuch
 Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2008
 226 S., 39,00 €

Exzellenter Überblick

Seit Beginn der 1990er Jahre halten zunehmend mehr Kliniken in unterschiedlichen Formen ein Ethikberatungsangebot vor, mittlerweile sind dies in Deutschland mehr als 200 Kliniken. Verantwortlich für diesen Anstieg ist neben einem wachsenden ethischen Problembewusstsein u.a. die zunehmende Zertifizierung von Kliniken, da ein Kriterium der Zertifizierung der Umgang mit ethischen Fragen auf der Träger- und auf der Stationsebene ist. Es ist also anzunehmen, dass das Thema „Klinische Ethikberatung“ auch in Zukunft eher auf wachsendes Interesse stoßen wird. Die vier hochkarätigen Herausgeber haben es geschafft, das umfangreiche Gebiet der klinischen Ethikberatung in einem relativ kleinen Buch darzustellen, das inhaltlich gut gegliedert und sinnvoll strukturiert ist. Die Kapitel sind didaktisch sehr gut aufeinander abgestimmt und das Buch ist fast durchweg sehr gut lesbar.

Der Leser wird über den Einstieg „Ethik im Krankenhaus“ an das Thema herangeführt: Hier ist die klare Abgrenzung ethischer Fragestellungen von anderen Problemen für die Praxis besonders hilfreich, da seitens derjenigen, die eine Ethikberatung anfordern, häufig die Fragestellungen vermischt werden und das Grundproblem kein ethischer Konflikt sondern z. B. eine Kommunikations- oder Organisationsstörung ist.

Das nächste Kapitel, das sich mit den „Theoretischen Grundlagen“ beschäftigt, ist das einzige, bei dem ich als Leserin in den Abschnitten „Ethik und Moral“ und „Normative Ethik“ mit dem sehr kompakten Text Schwierigkeiten hatte: Der Autor versucht hier, Grundlegendes aus der Philosophie zu erläutern, indem er eine Definition an die nächste knüpft. Hilfreich für das Verständnis sind die gut gewählten Beispiele. Insgesamt hätte ich mir jedoch für diese

kurzen Abschnitte mehr Raum und vielleicht die eine oder andere Tabelle oder Grafik zur besseren Übersicht gewünscht – oder eine Selektion auf die für die klinische Ethikberatung wichtigen philosophischen Grundbegriffe. Die folgenden wieder leichter lesbaren Informationen zu speziellen ethischen Konfliktfeldern und zur grundsätzlichen ethischen Kompetenz haben viel Bezug zur Praxis. Spannend sind auch die theologischen Aspekte der klinischen Ethikberatung.

Nach der vor allem für die Implementierung interessanten Schilderung von den typischen Aufgaben und den verschiedenen Formen klinischer Ethikberatung folgt als „Highlight“ das Kapitel „Ethische Falldiskussionen“: Hier möchte ich die mit Kommentaren versehene Transkription einer ethischen Falldiskussion von Gerald Neitzke besonders hervorheben, bei der der Leser direkten Einblick in die Arbeit der klinischen Ethiker/innen bekommt und das Gefühl hat, dem Autor bei der praktischen Arbeit unmittelbar über die Schulter schauen zu können. Auch die weiteren Kapitel, die sich mit der Implementierung, der Qualitätssicherung und rechtlichen Aspekten der Ethikberatung sowie der Organisationsethik befassen, sind sehr interessant und beleuchten das Thema „klinische Ethikberatung“ von den entsprechenden Seiten.

Gut abgerundet wird das Buch durch die Informationen im Anhang mit wichtigen Internet-Adressen, drei exemplarisch aufgeführten Satzungen von klinischen Ethik-Komitees, einer Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission und dem Hinweis auf die Möglichkeit zur Ausbildung zum „Ethiker“. Bei letzterem würde ich mir – ergänzend zu dem aufgeführten Ausbildungsinstitut, an dem der Verfasser tätig ist – noch die Aufzählung alternativer Ausbildungsadressen wünschen.

Fazit: Das Buch „Klinische Ethikberatung“ kann ich allen, die sich mit dem Thema auseinandersetzen möchten, unbedingt empfehlen: Der Einsteiger bekommt einen exzellenten Überblick – nicht nur zu Fragen der Implementierung – sondern auch zur Praxis. Derjenige, der sich bereits intensiver mit dem Thema beschäftigt, erhält eine gelungene Zusammenfassung zu dem Thema, lernt evtl. alternative Modelle kennen und kann für seine praktische Arbeit von den „ethischen Falldiskussionen“ profitieren. Der Preis ist mit 39,- € angemessen.

Andrea Eisenberg



Andrea Eisenberg, Fachärztin für Innere Medizin und Psychosomatik sowie Klinische Ethikerin, ist leitende Oberärztin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Nürnberg.

Krankenkassen-Rabattverträge

Probleme und Risiken für den Hausarzt bei der Betreuung chronisch kranker Patienten

Bereits mit der Einführung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) zum 01.05.2006 wurden Festbetragsgrenzen für die Erstattung von Arzneimitteln festgelegt, ein 2-jähriger Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet wurden, verfügt und auf patentfreie Arzneimittel mit gleichen Inhaltsstoffen verschiedener Hersteller ein Rabatt in Höhe von 10 % des Herstellerpreises erhoben [3]. In Ergänzung zu diesem AVWG trat im April 2007 das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft.

Die Umsetzung dieser Bestimmungen hat Ärzte und Apotheker vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Die Apotheken sind seit dem 01.04.2007 verpflichtet, Präparate der Rabattpartner der jeweiligen Kasse an Patienten abzugeben, es sei denn der verschreibende Arzt schließt eine Substitution mit einem Aut-idem-Kreuz auf dem Rezept aus. Dies ist aber nur in begründeten Ausnahmefällen vorgesehen. Mit Softwareaktualisierungen unterstützen Systemhäuser niedergelassene Ärzte, indem sie bei Rezeptempfehlungen automatisch die Präparate der Rabattpartner als Rezeptvorschlag anbieten. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, Präparate deutlich häufiger als vor Einführung dieses Gesetzes zu wechseln [4]. Der Anteil rabattierter Arzneimittel am Generikamarkt betrug zum Zeitpunkt des Studienbeginns mindestens 36 % [6]. Bis zum August 2008 wurden mit 174 Krankenkassen Rabattverträge abgeschlossen, wie dem Deutschen Arztportal zu entnehmen ist. Zwar hatte die AOK in einer Art Vorreiterrolle gemeinsam mit dem Apothekerverband eine Patienteninformation erstellt [17]. Trotzdem zeigten sich vor allem chronisch kranke Patienten anfangs über die neuen Regelungen überwiegend uninformiert. Im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes wurde im Oktober 2007 von dem Nürnberger Marktforschungsinstitut GfK eine repräsentative Umfrage über Rabattverträge für Arzneimittel durchgeführt. 47,5 % der Patienten wussten, dass ein Präparatwechsel aufgrund eines Rabattvertrages vorgenommen worden war, dies ist ein erstaunlich niedriger Prozentsatz. 13 % der Befragten klagten zudem über erhebliche Nebenwirkungen nach einem solchen Wechsel, wobei allerdings nicht zwischen einem Rabatt- und Nichtrabattbedingten Wechsel des Präparates

unterschieden wurde [9]. Therapiebedürftige Nebenwirkungen nach einem Austausch von Präparaten können risikoreich sein [12]. Das Einsparvolumen durch Rabattverträge wird 2008 bei etwa 300 Mio. Euro liegen. Dies ist insofern enttäuschend, als z. B. die AOK für ihr Patienten Klientel Einsparungen von 1 Mrd. Euro für 2008 prognostizierte [1, 18]. Rechnet man mögliche Folgekosten durch eine eventuelle Unverträglichkeit von Medikamenten hinzu, könnten die Einsparungen weit niedriger liegen als vorausgesagt. Im Rahmen einer Qualitätszirkelsitzung im Februar 2008 hatten Hausärzte des Ärztenetzes Weschnetz über die Folgen der Rabattverträge im hausärztlichen Bereich diskutiert. Es wurde der Wunsch geäußert, mittels einer Studie mögliche Probleme und Risiken, die sich durch ein verändertes Verschreibungsverhalten von Hausärzten entwickeln und eine ebenfalls veränderte Abgabep Praxis von Präparaten in Apotheken, zu benennen und zu beschreiben. Mit einer Studie sollte untersucht werden, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die über die Rabattverträge aufgeklärt wurden. Weiter sollte untersucht werden, ob der ständige Präparatwechsel zu Einnahmefehlern führen kann.

Methodik und Statistik

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine deskriptive Beobachtungsstudie durchgeführt. Ein strukturierter Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen wurde im Qualitätszirkel Weschnetz entwickelt. Befragt werden sollten männliche und weibliche Patienten, bei denen seit mindestens 12 Monaten eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert wurde und die mindestens 50 Jahre alt waren. Diese Diagnose wurde gewählt, da es aufgrund der Risikokonstellation bei diesen Patienten häufig zu Medika-

mentenverordnungen kommt. In einem Vortest wurde der Fragebogen bei insgesamt 6 Patienten in 2 Praxen angewendet. Hierdurch ließen sich missverständliche Fragen korrigieren. Der Test erwies sich als praxistauglich und konnte problemlos in 10 – 15 Minuten von Medizinischen Fachangestellten bzw. Ärzten und Patienten bearbeitet werden. Die Patienten wurden nicht selektiert, sondern konsekutiv bei Erfüllen der Einschlussvoraussetzungen während eines ungeplanten (akuten) oder geplanten Arztbesuches gebeten, an der Studie teilzunehmen. Die Daten wurden anonymisiert und waren somit den Patienten nicht mehr zuzuordnen. Die Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen wurde über die Befragung informiert und erteilte ihre Zustimmung. Da das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht für Privatpatienten konzipiert worden war, wurden diese auch nicht mit in die Studie aufgenommen. Bei den teilnehmenden Arztpraxen handelte es sich ausschließlich um Landarztpraxen des Ärztenetzes „Weschnetz“ der südhessischen Orte Fürth, Rimbach, Mörlenbach und Birkenau. Für intervallskalierte Daten wurden Mittelwert und Standardabweichung aufgeführt, für ordinal- und nominalskalierte Daten wurden prozentuale Häufigkeiten auf Itemebene dargestellt. Freitextanmerkungen wurden kategorisiert und tabellarisch aufgeführt. Eine Poweranalyse mit Fallzahlschätzung und Signifikanzgrenzen wurde für die deskriptive Beschreibung nicht vorgenommen.

Ergebnisse

Im Mai und Juni 2008 wurden insgesamt 188 Patienten aus 14 Praxen des Ärztenetzes „Weschnetz“ befragt. Das durchschnittliche Alter der befragten Patienten betrug 70,8 Jahre (51 – 90; SD 9,7). 69,1 % der Patienten waren männlich, 28,2 % weiblich. Aufgrund fehlender Angaben konnte bei 2,7 % der Befragten das Geschlecht nicht zugeordnet werden. 37 Patienten (19,7 %) lebten alleine im eigenen Haushalt. 126 Patienten hatten einen Hauptschulabschluss (67,0 %), 27 Patienten einen Realschulabschluss (14,3 %) und 17 Patienten einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss (9 %). Ein Patient hatte die höhere Handelsschule besucht, ein Patient hatte keinen Schulabschluss. 16 Patienten (8,5 %) machten keine Angaben. 53 Patienten (28,1 %) waren bei der AOK, 74 Patienten (39,3 %) bei Ersatzkassen, 44

Patienten (23,4 %) bei Betriebskrankenkassen und 17 Patienten (9 %) bei sonstigen Kassen (Bundesknappschaft, Freie Arzt- und Medizinerkassen etc.) versichert. Die Patienten nahmen ein bis mehr als 10 Dauermedikamente ein. 35 Patienten (18,6 %) hatten 8 – 10 Dauermedikamente und immerhin 15 Patienten (8 %) mehr als zehn Dauermedikamente verordnet bekommen.

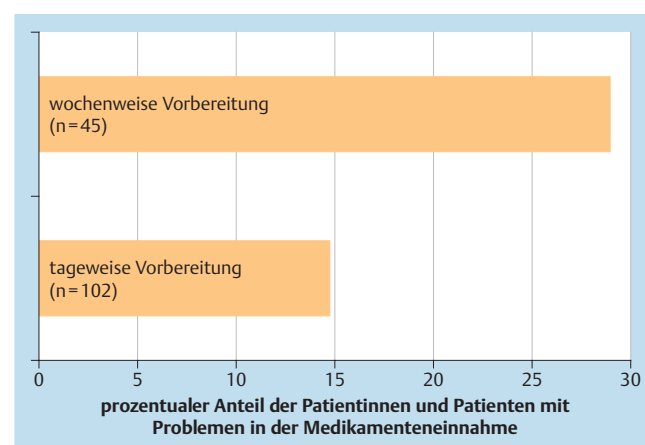
Informiertheit über die Rabattverträge

Über die Rabattverträge waren 117 Patienten (62,2 %) informiert worden. Die Informationen erhielten 106 der 117 Patienten in einem persönlichen Gespräch durch Arzt, Apotheker oder Krankenkassenmitarbeiter (90,5 %) (Tab. 1). 85,5 % der informierten Patienten waren zufrieden mit den Informationen, die sie zu den Rabattverträgen erhalten hatten. Auf die Frage, was ihnen über die Rabattverträge bekannt sei, gaben

verändert (64,4 %). Insgesamt hätten sich aber auch bei der Form, Größe, Farbe und Teilbarkeit Änderungen ergeben (Tab. 3). 51,5 % der Patienten fühlten sich durch diese Veränderungen verunsichert. 22 Patienten (21,7 %) beschrieben unerwünschte Wirkungen nach der Substitution, die sie als unangenehm empfanden. Die Patienten klagten über eine schlechtere Verträglichkeit, in Einzelfällen über Allergien. Dies konnte den Freitextkommentaren entnommen werden.

Das Ausmaß der Nebenwirkungen wurde nicht erfragt, ebenso wenig, wie häufig die Therapie bei einem Präparatwechsel aufgrund von Neben- oder Wechselwirkungen abgebrochen werden musste.

Betrachtet man die Patienten, die tageweise ihre Medikamente und diejenigen, die wochenweise ihre Medikamente richten, so hatten 15 Patienten (14,7 %) die tageweise und 13 Patienten (28,9 %), die wochenweise ihre



120 Patienten an, dass der Name des Dauermedikamentes sich ändern könne. 78 Patienten konnten sicher sagen, dass der Wirkstoff und die Wirkung dieselbe bleibe (41,5 %). 63 Patienten (33,5 %) hatten gehört, dass Krankenkassen Verträge mit bestimmten Herstellern schließen. 59 Patienten (31,4 %) wussten, dass rabattierte Präparate zuzahlungsbefreit seien, 42 Patienten (22,2 %), dass die Rabattverträge zu einer Kostenersparnis beitragen sollten sowie dass ausgetauschte Präparate häufig kostengünstiger wären (n = 26; 13,8 %). (Tab. 2)

Veränderung der Medikation

Von den 188 befragten Patienten holen 171 (91 %) ihr Rezept selbst in der Praxis ab. Ebenso viele Patienten stellen ihre Medikamente selbst zusammen, etwa die Hälfte der Patienten tageweise (n = 102; 54,3 %), 45 Patienten (23,9 %) wochenweise meist unter Zuhilfenahme einer Dosette. 76 Patienten gehen nach einem Medikamentenplan vor, der vom Hausarzt ausgestellt wurde (40,4 %). 41 Patienten machten keine Angaben oder die Antworten waren nicht verwertbar. Bei der Frage, ob sich in den letzten 6 Monaten bei den Dauermedikamenten etwas geändert habe, antworteten 101 Patienten (53,7 %) mit „Ja“, 87 Patienten (46,3 %) mit „Nein“. Die Veränderungen der Dauermedikation wurden folgendermaßen wahrgenommen: 81 Patienten gaben an, dass sich die Medikamentenpackungen geändert hätten (80,2 %), 65 Patienten meinten, der Medikamentenname habe sich

Medikamenten richten, Probleme bei der Medikamenteneinnahme (Abb. 1). Insgesamt gaben 34 Patienten (19 %) an, dass sie in den letzten 6 Monaten Probleme beim Richten der Medikamente hatten. 11 Patienten äußerten, dass sie ihre Dauermedikamente nicht erkannt hatten. 17 Patienten hatten ihre Dauermedikamente sogar verwechselt. Bei 6 Patienten ließ sich nicht endgültig klären, um welche Probleme es sich handelte.

Je größer die Anzahl der Medikamente war, die täglich eingenommen werden mussten, desto mehr Fehler traten beim Richten der Medikamente auf (Abb. 2).

Die entstandenen Probleme der 34 Patienten ließen sich überwiegend durch Rückfragen in der Praxis oder Apotheke lösen. Bei 4 Patienten (11,6 %) gab es aber keine Lösung, wobei im Rahmen der Studie nicht geklärt werden konnte, um welche Probleme es sich handelte (Tab. 4).

Diskussion

Mehr als ein Jahr nach Einführung der Krankenkassen-Rabattverträge konnten nahezu zwei Fünftel der befragten Patienten dieser Studie die Inhalte und Konsequenzen der Vereinbarungen ihrer Krankenkasse mit Rabattpartnern nicht oder konnten sie nicht richtig einschätzen. Sicherlich waren auch bei früheren Änderungen des Gesundheitssystems (Wechsel von Original- auf Generikapräparate, Einführung von Hausarztverträgen, Möglichkeiten eines Krankenkassenwechsels usw.) ein Großteil der Patienten nicht genügend informiert.

Tab. 1 Durch wen wurden Sie über den Rabattvertrag informiert (n = 117)? (Mehrfachnennungen waren möglich).

| Informationen durch | n | % |
|---|----|------|
| Apotheker | 73 | 62,4 |
| Arzt | 63 | 53,8 |
| Krankenkassen persönlich und/oder schriftlich | 23 | 19,7 |
| Medien | 19 | 16,2 |

Tab. 2 Was ist Ihnen über die Rabattverträge bekannt (n = 188)? (Mehrfachnennungen waren möglich).

| | n | % |
|--|-----|------|
| Name des Medikamentes ist anders, bei gleichem Wirkstoff | 120 | 63,8 |
| Wirkung der Medikamente ist identisch | 78 | 41,5 |
| KK hat einen Vertrag mit einem bestimmten Arzneimittelhersteller | 63 | 33,5 |
| Rabattierte Präparate sind von der Zuzahlung befreit | 59 | 31,4 |
| Kostenersparnis für Krankenkassen | 42 | 22,2 |
| Die ausgetauschten Präparate sind kostengünstiger | 26 | 13,8 |

Seit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes stieg aber der Anteil verunsicherter Patienten durch eine bisher nicht gekannte Häufung von Präparatewechseln in relativ kurzer Zeit überproportional an, wie sich aus vielen Kommentaren niedergelassener Ärzte unseres Netzes entnehmen ließ. Gerade in der Initialphase hatten Krankenkassen ihre Versicherten über die neuen Bestimmungen mit Broschüren und Faltblättern informiert und auf mögliche Veränderungen hingewiesen. Zudem wurden erste Rabattverträge über Pressekonferenzen und in den Medien vorgestellt [21]. Der Erfolg dieser Aufklärungsmaßnahmen blieb aber offensichtlich hinter den Erwartungen zurück. Von 117 Patienten waren 106 (90,5 %) überwiegend durch persönliche Gespräche mit ihren Hausärzten und /oder Apothekern auf die Konsequenzen der Rabattverträge wie eventuelle Präparatewechsel der Dauermedikamente dadurch bedingte Kostenersparnis der Krankenkassen aber auch auf resultierende Zuzahlungsbefreiungen für Medikamente hingewiesen worden. Ein Teil der Patienten hatte zusätzlich schriftliche Informationen erhalten. Damit wird den Hausärzten und Apothekern bewusst oder unbewusst die Schlüsselrolle bei der Vermittlung und Transparentmachung eines solch komplexen Gesetzes wie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, zugewiesen. Hausärzte beklagen sich zu Recht, dass ihnen bereits die Zeit fehlt, um die häufig umfangreichen medikamentösen Therapieschemata mit ihren chronisch kranken Patienten in verständlicher Form durchzusprechen [19]. Die ständige Substitution von Präparaten erweitert den Gesprächsbedarf mit Patienten noch, um eventuelle Einnahmefehler zu vermeiden und Nebenwirkungen von Präparaten zu erkennen. Apotheker oder Krankenkassenmitarbeiter werden Hausärzte bei dieser Aufgabe nicht entlasten, da sie die Krankheitsstadien der oft multimorbiden Patienten nicht einschätzen und damit auch keine Empfehlungen aussprechen können. Der dadurch erhöhte zeitliche Aufwand für Hausärzte wurde vom Gesetzgeber und den Krankenkassen nicht berücksichtigt, der Gesprächsbedarf vielleicht auch unterschätzt. Bei 101 Patienten (53,7 %), die in dieser Studie befragt wurden, war es in

den letzten 6 Monaten zu einer Präparateänderung der Dauermedikamente gekommen. Für viele der Patienten hatten sich damit die Medikamentenpackungen, der Medikamentenname aber auch die Tablettenform, -größe und -teilbarkeit geändert (Tab. 3). Diese doch gravierenden Änderungen verunsicherte die Hälfte der Patienten erheblich, und zudem fielen unangenehme Nebenwirkungen in Form von Unverträglichkeits- oder allergischen Reaktionen auf, deren Intensität sich allerdings mit dieser Studie nicht bestimmen ließ. Bekannt ist, dass Press- oder andere Hilfsstoffe in Tabletten, Kapseln etc. zu Allergien und weiteren Unverträglichkeitsreaktionen führen können [20]. So kann nicht vorausgesagt werden, ob identische, dosisäquivalente Wirkstoffe unterschiedlicher Präparate mit einer geänderten Zusammensetzung von Press- und anderen Hilfsstoffen wirklich dasselbe Wirkungs- aber vor allen Dingen auch dasselbe Nebenwirkungsspektrum bieten. Es kann keinem Hausarzt zugemutet werden, sämtliche dieser möglichen Nebenwirkungen nach einer Umstellung bei seinen Patienten richtig einzuschätzen, zumal die Substitution des Arzneimittels in der Apotheke erfolgt und damit vom Arzt zunächst einmal nicht kontrolliert werden kann. Ein anderes Problem stellt die mögliche Teilbarkeit von Tabletten dar. Untersuchungsergebnisse umfangreicher Studien belegen, dass in Deutschland ein Viertel aller Tabletten geteilt wird. Etwa 2 % der Tabletten werden geteilt, obwohl sie überhaupt nicht teilbar sind, eventuell wird durch eine unerlaubte Teilung sogar die Retardwirkung eines Medikamentes zerstört [14, 15]. Bei der Substitution eines Präparates ist nicht auszuschließen, dass eine vorher vorhandene Bruchrinne bei dem ausgetauschten Arzneimittel nicht mehr vorhanden, damit Patienten möglicherweise auch nicht klar ist, ob dieses Medikament überhaupt geteilt werden darf [13]. Zudem unterscheiden sich auch unterschiedliche Tabletten mit Bruchkerbe häufig erheblich in ihren Teilungseigenschaften [13]. Nicht zu unterschätzen sind die rechtlichen Konsequenzen, falls ein ausgetauschtes Präparat für eine bestimmte Indikation keine Zulassung aufweisen kann. In einem solchen Fall würde es sich um eine Off-

Label-Verordnung handeln. Liegt die Zulassung für die Indikation nicht vor und kommt es zu einem Behandlungsfehler, gerät der verschreibende Arzt in Beweisnot. Das Haftungsrisiko würde sich in einem solchen Fall also erheblich erhöhen [5]. Probleme ergeben sich bei den Patienten, die ihre Medikamente nach einem Wechsel nicht mehr erkannten oder verwechselten. Da 13 dieser Patienten ihre Medikamente wochenweise richteten, schleicht sich hier zudem ein systematischer Fehler ein (q Abb. 1). Die meisten Probleme konnten zwar nach Rückfragen gelöst werden, wobei in dieser Studie nicht geklärt werden konnte, wie viel Zeit bis zur Lösung eines Problems vergangen war. Immerhin bei etwa jedem 10. Patienten dieser Studie zeichnete sich keine Lösung der aufgetretenen Probleme ab. Die Polymedikation chronisch kranker Patienten steigert die Problematik noch (q Abb. 2). Durch Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten entwickeln sich gerade bei älteren multimorbiden Patienten Folgekrankheiten mit teilweise fatalen Verläufen und erheblichen Folgekosten [2, 8, 22]. Durch ungewollte Einnahmefehler, bedingt durch Verwechslung oder Nichterkennen von substituierten Präparaten, könnte sich der Prozentsatz an Folgekomplikation bei multimorbiden Patienten nochmals erhöhen – mit weiteren zusätzlichen Kosten für Krankenkassen. Lösungsansätze für diese Problematik wurden in verschiedenen Arbeiten aufgezeigt. So könnten eine verbesserte Verschreibungssoftware, aber auch präzisere Packungsbeilagen unter Berücksichtigung der Pharmazentralnummer zur Identifizierung eines Wirkstoffes auf mögliche Risiken und fehlende Indikationen bei der nicht nur rabattvertragsbedingten Substitution eines Präparates hinweisen und damit das Setzen eines Aut-idem-Kreuzes erleichtern [13, 15, 16]. Eine episodenzugewandte Dokumentation von Medikamentenverwechslungen oder Einnahmefehlern mit daraus resultierenden Nebenwirkungen bei einer Präparatsubstitution könnten hinsichtlich systematischer oder zufälliger Fehler ausgewertet und die resultierenden Ergebnisse im Rahmen von Schulungen oder Fortbildungen vorgestellt werden, um mögliche weitere Verschreibungs- oder Einnahmefehler auf der Arzt-Patientenebene zu vermeiden. Hier könnte CONTENT, ein Forschungsnetzwerk zur kontinuierlichen Registrierung von Inanspruchnahmen, Morbidität und Erkrankungsverläufen in der Hausarztpraxis, eine wertvolle Hilfestellung liefern. Mittels einer speziell entwickelten Software lassen sich Beratungsanlässe von Patienten als Episoden (Synonym: Behandlungsfall) über Quartalsgrenzen hinweg dokumentieren und mittels der „International Classification of Primary Care“, einer spezifisch hausärztliche Klassifikation, verschlüsseln. Wenn durch einen Präparatewechsel eine Nebenwirkung aufträte (z. B. durch einen Einnahmefehler), könnte der Code A85 „unerwünschte Wirkung eines Medikamentes“ verwendet wer-

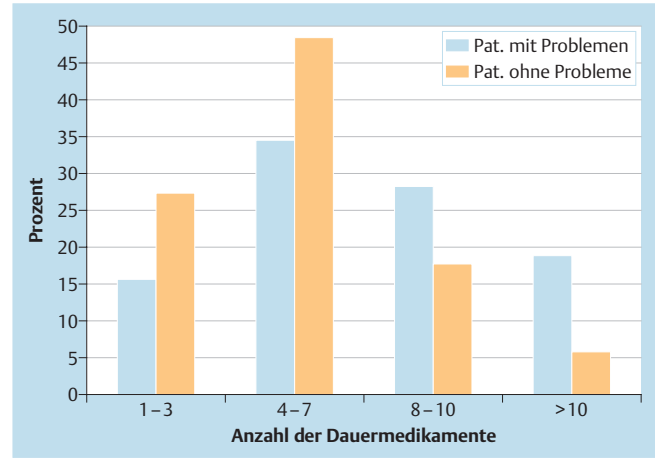


Abb. 2 Zahl der eingenommenen Dauermedikamente in Relation zu aufgetretenen Problemen.

den, um diesen Sachverhalt für den jeweiligen Behandlungsfall zu dokumentieren [10]. In jedem Fall ist bei der möglichen ständigen Veränderung eines Medikamentschemas durch Austausch von Präparaten eine kontinuierliche Patientenbetreuung nötig, die weit über den sporadischen Beratungsanlass einer Sprechstunde hinausgeht. Hier müssen Programme der verschiedenen Gesundheitsanbieter erarbeitet werden, die im Sinne der häufig überforderten Patienten Unterstützung und Begleitung anbieten [19]. Nur so kann die so häufig propagierte „Adherence“ (partnerschaftliche Kommunikation zwischen Arzt und Pflegepersonal auf der einen Seite und dem Patienten auf der anderen Seite) erreicht werden [7, 11].

● **Limitation**

Die Studie weist eine Reihe von Limitationen auf. So wurden nur Patienten aus Landarztpraxen befragt. Ob die Informiertheit über die Rabattverträgen im städtischen Gebiet anders ist, müsste nachgeprüft werden. Die Patientenzahl dieser Studie ist relativ klein. Die Ergebnisse lassen aber aufgrund der vorhandenen Literatur trotzdem eine realistische Einschätzung der aufgeführten Fragestellungen zu. Die Fragebögen wurden nicht anonym ausgefüllt. Patienten könnten somit eventuell erwünschte Antworten abgegeben haben. Schließlich ließen sich bei 6 Patienten die Probleme bei der Medikamenteneinnahme nicht klären.

Fazit

Auch mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten der Rabattvertragsregelung kennen viele Patienten die Inhalte der Vereinbarungen ihrer Krankenkasse mit Rabattpartnern nicht. Ein erheblicher Anteil von chronisch kranken Patienten ist durch die in den Rabattverträgen festgelegte Substitution von Präparaten verunsichert. Gravierende Probleme bei der Medikamenteneinnahme bis hin zur Verwechslung von Medikamenten können bei nahezu jedem 6. Patienten erwartet werden. Die Probleme las-

sen sich nach Rücksprache mit Hausärzten und Apothekern zu etwa 90 % lösen, sofern sie überhaupt auffallen. Die Folgekosten durch Verwechslung von Medikamenten oder von Einnahmefehlern können erheblich sein.

Danksagung: Ein Dank gilt den 14 Praxen des Ärztenetzes Weschnitztal und deren Medizinischen Fachangestellten, die sich an dieser Studie beteiligt haben. Im Einzelnen waren dies in alphabetischer Reihenfolge: Drs. Betzler – Kissel – Schönian, Birkenau; Dr. Degott, Rimbach; Drs. Geisler-Kühn, Fürth; Dr. Klein, Birkenau; Dr. Leutgeb, Fürth; Drs. Lippert- Pielsticker, Rimbach; Dr. Misol, Rimbach; Drs. Münzstork, Fürth; Dr.Rech, Mörlenbach; Dr. Schweizer, Birkenau; Dr. Weitzel, Mörlenbach; Dr. Winkler, Mörlenbach; Dr. Winterbauer, Birkenau.

Autorenerklärung: Die Autoren R. Leutgeb, C. Mahler, G. Laux, J. Szecsenyi und die Mitglieder des Ärztenetzes Weschnetz erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt betreibt).

R. Leutgeb¹, C. Mahler¹, G. Laux¹, Ärztenetz Weschnetz², J. Szecsenyi¹
¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
² Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztliche Internisten der südhessischen Gemeinden Fürth, Rimbach, Mörlenbach und Birkenau

Korrespondenz

Dr. med. Rüdiger Leutgeb
 Abt. Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
 Siegfriedstraße 5
 64658 Fürth
 Tel. 06253/4011
 Fax 06253/4014
 eMail rleutgeb@t-online.de

Die Literatur zum Beitrag finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDIaktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 134: 181–186). Alle Rechte vorbehalten.

Tab. 3 In welchen der genannten Punkte haben sich ihre Dauermedikamente in den letzten 6 Monaten verändert? (n = 101) (Mehrfachnennungen waren möglich).

| Veränderungen | n | % |
|--------------------------|----|------|
| Medikamentenpackungen | 81 | 80,2 |
| Medikamentenname | 65 | 64,4 |
| Tabletten(Kapseln)-Form | 17 | 16,5 |
| Tabletten(Kapseln)-Größe | 12 | 12,2 |
| Tabletten(Kapseln)-Farbe | 18 | 17,6 |
| Tabletten-Teilbarkeit | 6 | 6,4 |
| Sonstiges | 2 | 2,1 |

Tab. 4 Klärung der aufgetretenen Probleme beim Richten von Dauermedikamenten oder bei der Einnahme von Medikamenten (n = 34) innerhalb der letzten 6 Monate (Mehrfachantworten waren möglich).

| Klärung der Probleme | n | % |
|---|----|------|
| Rückfragen durch Pat. in der Praxis, einmal | 15 | 42,9 |
| Rückfragen durch Pat. in der Praxis, mehrfach | 10 | 28,6 |
| Rückfragen durch Pat. in der Apotheke | 11 | 31,4 |
| Rückfragen durch Hilfsperson in der Praxis | 4 | 11,4 |
| Rückfragen durch Hilfsperson in der Apotheke | 3 | 8,6 |
| Problem konnte nicht gelöst werden | 4 | 11,6 |

● **Konsequenz für Klinik und Praxis**

- ▶ Die Überprüfung des Kenntnisstandes der Patienten zu den Rabattverträgen ist erforderlich, um Patientenverunsicherung zu minimieren und Arzneimittelsicherheit zu fördern.
- ▶ Ein fortwährender Austausch zwischen den einzelnen Disziplinen des Gesundheitssystems ist wünschenswert, um mögliche Fehlerquellen in der Arzneimitteltherapie frühzeitig zu erkennen und Therapiefehler zu vermeiden.
- ▶ Ein regelmäßiger Medikamentencheck, der über den aktuellen Beratungsanlass einer Sprechstunde hinausgeht, ist zu empfehlen, um Patienten Hilfestellungen bei den auftretenden Fragen eines sich häufig verändernden Medikamentenplanes zu geben.

Gastroenterologie

Internistische Therapie der akuten Pankreatitis

Die akute Pankreatitis zählt zu den häufigsten gastroenterologischen Erkrankungen. Die Inzidenz liegt zwischen 10 – 79 pro 100 000 Einwohner; somit sind 1,2 % der klinischen Patienten betroffen [21]. In den letzten Jahren wurde eine steigende Inzidenz beobachtet. Klinische Symptome wie gürtelförmige Oberbauchbeschwerden und Erbrechen zusammen mit über das Dreifache der Norm erhöhten Serumspiegeln für Amylase oder Lipase führen zur Diagnose der akuten Pankreatitis. Bei einem Serumlipasewert unterhalb des Dreifachen der Norm sollte nach den revidierten Kriterien der Atlanta-Klassifikation von 1994 – deren Publikation für Ende diesen Jahres erwartet wird – ein Kontrastmittel-unterstütztes CT zur Diagnosesicherung durchgeführt werden.

Häufigste Ursache der Pankreatitis sind eine Cholelithiasis oder ein Alkoholabusus. In seltenen Fällen wird auch eine medikamentös induzierte Pankreatitis beschrieben (Tab. 1). Im klinischen Verlauf lassen sich für die akute Pankreatitis zwei Formen unterscheiden, deren Auftreten unabhängig von der Ätiologie der Erkrankung ist: die akute interstitiell-ödematöse Pankreatitis (75 – 85 %) mit einer Letalität unter 1 % und die akute hämorrhagisch-nekrotisierende Pankreatitis (15 – 25 %) mit einer Letalität zwischen 10 – 24 %. Beide Verlaufsformen können entweder zu einer Restitutio ad integrum führen oder in einer Defektheilung enden.

Prädiktive Faktoren für den Verlauf

Um eine adäquate Therapie der akuten Pankreatitis zu gewährleisten, ist es notwendig, die Patienten stationär zu betreuen. Häufige Verlaufskontrollen des klinischen Befundes, der laborchemischen Verlaufparameter sowie der bildgebenden Befunde machen ein ambulantes Patienten-Management nahezu unmöglich. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Kranken-

haus ist es meist schwierig, zwischen der Mehrzahl der Patienten mit leichtem und unkompliziertem Verlauf (etwa 80 %) und denjenigen Patienten mit einem schweren, durch zahlreiche Organkomplikationen belasteten Verlauf (etwa 20 %) zu unterscheiden. Neben der klinischen Untersuchung durch einen erfahrenen Arzt ließen sich in der Vergangenheit verschiedene Parameter zur Beurteilung der Prognose identifizieren: Bei Patienten mit drei oder mehr Hinweisen auf Organkomplikationen im Ranson- oder Imrie-Score, oder bei klinischem Vorliegen einer extrapancreatischen Komplikation (z. B. respiratorische oder Niereninsuffizienz) [23, 32] oder bei Nachweis von Pankreasnekrosen im Kontrastmittel-verstärkten CT kann meist von einem komplizierten Verlauf ausgegangen werden. Auch ein bis auf 130 mg/l erhöhtes C-reaktives Peptid in den ersten 48 Stunden nach Schmerzbeginn ohne Anhalt für einen anderen infektiösen Fokus kann frühzeitig auf einen komplizierten Verlauf hinweisen [9]. Aufgrund neuerer retrospektiver Studien wird auch einem hohen Hämatokrit Bedeutung bei der Beurteilung des Schweregrads

bei akuter Pankreatitis zugemessen: Ein Aufnahme-Hämatokrit von > 44 % oder ein fehlender Abfall in den ersten 24 h der Therapie sagten mit einer Sicherheit von 96 % eine nekrotisierende Pankreatitis und mit einer Sicherheit von 97 % ein Organversagen voraus [8, 27]. Gan und Romagnuolo [19] bestätigten den hohen prognostischen Vorhersagewert eines über 50 % erhöhten Hämatokrit. Einen weiteren Parameter zur Diskriminierung des klinischen Verlaufs der akuten Pankreatitis stellt das Procalcitonin, ein etablierter Sepsismarker, dar. Durch alternatives Splicing des Propeptid des Calcitonin wird vermehrt „calcitonin-related-peptide“ gebildet. Dies führt zu einer Vasodilatation der Gefäße mit Austritt von Flüssigkeit in den Extravasalraum. Die nachfolgende Hypovolämie ist ursächlich an der Entwicklung eines Multiorganversagens beteiligt. Induziert wird die Bildung von „calcitonin-related-peptide“ durch erniedrigte Serum-Calciumspiegel oder Bakteriämie. Kontrovers diskutiert wird, ob ein erhöhter Procalcitoninspiegel sowohl für die Vorhersage einer infizierten Nekrose als auch für die Schwere des Verlaufs einen hohen positiven prädiktiven Wert hat. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2005 beurteilt die Wertigkeit von Procalcitonin eher kritisch [43], während einer multinationalen Studie [38] zufolge ein Procalcitonin > 3,8 ng/ml ab dem 3. Tag nach Beschwerdebeginn mit einer Sensitivität von 79 % und einer Spezifität von 93 % einen komplizierten Verlauf vorhersagen kann. Ob die Bestimmung des Procalcitonin als Prognosemarker der klinischen Einschätzung und der Überwachung des Organversagens überlegen ist, muss zum heutigen Zeitpunkt als eher zweifelhaft beurteilt werden.

kurzgefasst

Als Parameter von hoher prognostischer Bedeutung für die Vorhersage des Schweregrades der akuten Pankreatitis gelten heute das C-reaktive Protein, der Hämatokrit sowie ein persistierendes Organversagen.

Volumen- und Elektrolytsubstitution

Die entscheidende therapeutische Maßnahme bei der Behandlung der akuten Pankreatitis (und ebenso der häufigste Behandlungsfehler, wenn sie nicht erfolgt) ist die ausreichende Substitution des Flüssigkeitsverlustes.

Patienten mit akuter Pankreatitis sequestrieren erhebliche Flüssigkeitsmengen vor allem ins Retroperitoneum, bei Vorliegen eines Ileus ins Darmlumen, in die Pleurahöhle und in die freie Bauchhöhle (pankreatogener Aszites). Im Normalfall kann ein Flüssigkeitsbedarf von mindestens 3 – 4 l pro Tag angenommen werden, allerdings müssen in manchen Fällen mehr als 10 Liter in 24 h substituiert werden. Eine Kontrolle des Flüssigkeitsbedarfs und der Substitution über den zentralvenösen Druck, die stündliche Urinausscheidung (0,5 ml/kg Körpergewicht/h) und die tägliche Bestimmung des Hämatokrits sind in jedem Fall erforderlich. Als Richtwert für die Senkung des Hämatokrits durch ausreichende Flüssigkeitssubstitution gilt ein Wert unter 35 %. Der zentralvenöse Druck sollte auf Werte um 8 – 12 cm H₂O angehoben werden. Ein nicht ausreichender Ersatz des Flüssigkeitsverlustes hat eine Vasokonstriktion im Splanchnikusgebiet zur Folge. Hieraus kann eine Minderperfusion des Pankreas resultieren, was wiederum zur Progression der akuten Pankreatitis beitragen würde. Manche Zentren sind deshalb dazu übergegangen, anstelle von Elektrolyten kolloidale Lösungen (Dextran) zur Flüssigkeitssubstitution einzusetzen, unter der Vorstellung, dass damit die pankreatische Mikrozirkulation verbessert wird. Ob dieses Therapieprinzip der reinen Elektrolyt- und Flüssigkeitssubstitution überlegen ist, wird zur Zeit in einer klinischen Studie untersucht. Die Leitlinien zur Behandlung der akuten Pankreatitis empfehlen neben der Flüssigkeitssubstitution eine Sauerstoffgabe mit dem Ziel einer peripheren O₂-Sättigung von > 95 %, was präventiv auf die Entwicklung eines sekundären Organversagens wirken soll [1].

kurzgefasst

Die entscheidende therapeutische Maßnahme bei der Behandlung der akuten Pankreatitis (und ebenso der häufigste Behandlungsfehler, wenn sie nicht erfolgt) ist die ausreichende Substitution des Flüssigkeitsverlustes.

Nahrungskarenz oder enterale Ernährung?

Nahrungskarenz hat einen positiven Einfluss auf den Verlauf des paralytischen Ileus, der als Folge einer akuten Pankreatitis auftreten kann. Zudem empfinden viele Patienten die Nahrungskarenz als Erleichterung für ihre Übelkeit, ihr Erbrechen und ihre Schmerzen. Auf den klinischen Verlauf oder die Prognose der akuten Pankreatitis selbst hat die Nahrungskarenz nach neueren Studien keinen positiven Einfluss. Vor allem die Vorstellung, dass durch Nahrungskarenz die Bauchspeicheldrüse „ruhiggestellt“ werden muss, gilt heute als obsolet. Sowohl in experimentellen als auch in klinischen Studien wurde überzeugend belegt, dass im Verlauf einer Pankreatitis die exokrine Sekretion blockiert ist und dass somit eine Hemmung der Sekretion als therapeutisches Prinzip sinnlos ist. Eine

therapeutische Aufhebung der Sekretionsblockade bei der Pankreatitis wäre, zumindest aus pathophysiologischen Überlegungen, ein vielversprechenderer Behandlungsansatz.

In zahlreichen prospektiv randomisierten klinischen Studien (Metaanalyse in [30]) konnte inzwischen gezeigt werden, dass eine enterale Ernährung der parenteralen Ernährung bei akuter Pankreatitis überlegen ist. Die Gründe hierfür liegen nicht nur in den Kosten der parenteralen Ernährung (sechsmal so teuer wie die enterale Sondenernährung), sondern vor allem in ihren Komplikationen. Neben der zusätzlichen Infektionsquelle durch den zentralvenösen Katheter kommt es bei ausschließlich parenteraler Ernährung innerhalb weniger Tage zu einer Zottenatrophie im Darm, die eine bakterielle Translokation in die umliegenden parenchymatösen Organe erlaubt. Bei nekrotisierender Pankreatitis siedeln sich die translozierten Bakterien bevorzugt in der Pankreasnekrose an und können eine der gefürchtetsten Komplikationen der Pankreatitis – die infizierte Nekrose oder den Pankreasabszess – verursachen. Eine enterale Sondenernährung, die über eine tiefliegende Dünndarmsonde oder (nach neuesten Studien) mit gleicher Effektivität auch über eine Magensonde verabreicht wird, wirkt der Translokation entgegen und hat sich als Alternative zur parenteralen Ernährung bewährt [13, 22]. – Unter der internationalen Studienregistrierungsnummer ISCRTN12838218 rekrutiert zur Zeit eine randomisierte Studie multizentrisch Patienten mit dem Ziel, den Effekt der enteralen Ernährung auf die Darmbarrierestörung zu untersuchen.

Nicht bei allen Patienten mit nekrotisierender Pankreatitis ist ein vollständiger Kalorienersatz über eine enterale Ernährungssonde möglich und eine intravenöse Substitution zur Verhinderung der Katabolie ist gelegentlich begleitend erforderlich. Dennoch sollten zusätzlich enterale Kalorien zur Verhinderung der Zottenatrophie im Darm verabreicht werden. Alle Zweifler an diesem Paradigmenwechsel in der Behandlung der akuten Pankreatitis, und davon gibt es noch zu viele, seien darauf hingewiesen, dass in keiner der Studien zur enteralen Ernährung bei akuter Pankreatitis ein klinisch relevanter Nachteil dieser Behandlungsmethode beschrieben wurde. Hingegen konnte durch Imrie et al. [22] gezeigt werden, dass die Rate an pulmonalen Komplikationen durch die enterale Ernährung signifikant reduziert wird.

kurzgefasst

Eine enterale Ernährung ist der parenteralen Ernährung bei akuter Pankreatitis überlegen.

Magensonde oder orale Kost?

Die Platzierung einer drainierenden Magensonde ist nur zur Prophylaxe und Therapie eines paralytischen Ileus indiziert. Demgegenüber ist die Vorstellung, die Bauchspeicheldrüse durch Absaugen des Magensaftes

Tab. 1 Medikamentöse Ursachen einer akuten Pankreatitis. Daten kumuliert aus [2, 15, 26, 47].

| Medikamente | Fälle (n) | Re-Exposition (n) |
|-----------------------------|-----------|-------------------|
| Didanosin | 883 | 9 |
| Asparaginase | 177 | 2 |
| Azathioprin | 101 | 22 |
| Valproat | 80 | 11 |
| Fünfwertige Antimone* | 80 | 14 |
| Pentamidin | 79 | 2 |
| Mercaptopurin | 69 | 10 |
| Mesalamin/Olsalazin | 74 | 17 |
| Östrogene | 42 | 11 |
| Opiate | 42 | 5 |
| Tetracyclin | 34 | 2 |
| Cytarabin | 26 | 4 |
| Steroide | 25 | 1 |
| Sulfmethaxazol/Trimethoprim | 24 | 1 |
| Sulfasalazin | 23 | 5 |
| Furosemid | 21 | 3 |
| Sulindac | 21 | 8 |
| Lamivudin | 19 | 1 |
| Octreotid | 16 | 4 |
| Acetaminophen | 13 | 1 |
| Phenformin | 13 | 1 |
| Interferon-α2b | 13 | 3 |
| Enalapril | 12 | 2 |
| Hydrochlorothiazid | 12 | 1 |
| Cisplatin | 11 | 1 |
| Erythromycin | 11 | 1 |
| Cimetidin | 1 | 1 |
| Methyldopa | 2 | 2 |
| Metronidazol | 1 | 1 |
| Oxyphenbutazon | 1 | 1 |
| Simvastatin | 1 | 1 |

*Leishmaniose-Therapie

ruhig zu stellen, aus den oben genannten Gründen obsolet. Eine randomisierte Studie zur Evaluation der enteralen Ernährung über eine Magensonde im Vergleich zur enteralen Ernährung über eine Dünndarmsonde zeigte keine signifikanten Nachteile für die Ernährung über eine Magensonde. Daneben sei auf die Häufigkeit der Dislokation von endoskopisch gelegten naso-jejunalen Sonden hingewiesen. Beim oralen Kostenaufbau, der bei schmerzfreien Patienten möglichst frühzeitig erfolgen sollte, kann mit leicht verdaulicher Kost begonnen werden. Lévy et al. [29] konnten in einer multizentrischen Kohorten-Studie über ein Wiederauftreten der Beschwerden bei akuter Pankreatitis zeigen, dass etwa 20 % der Patienten im Rahmen des Kostenaufbaus ein Rezidiv erleiden und dass die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv vom Ausmaß der Nekrose, das heißt dem Schweregrad der Pankreatitis abhängt. Eine Metaanalyse, die alle drei der hierzu publizierten Studien einschließt (274 Patienten), bestätigt dieses Ergebnis [36]. Der Wert sogenannter Pankreasdiäten oder der abgestuften Pankreaschonkost ist nicht nur völlig unbewiesen – sie sind auch bei normal entwickeltem Geschmacksempfinden kaum genießbar. Eckerwall et al. [14] schlagen vor, bei leichter Pankreatitis keine Nahrungskarenz anzuordnen. Dies führte in ihrer Studie zur einer Reduktion der Krankenhausverweildauer und einer schnelleren Rekonvaleszenz. Die ähnlich ausgerichtete NUTRIPANC-Studie rekrutiert zur Zeit multizentrisch unter Leitung der Leipziger Gastroenterologie Patienten mit leichter Pankreatitis, um den idealen Zeitpunkt für den oralen Kostenaufbau zu untersuchen.

kurzgefasst

Die Evaluation der enteralen Ernährung über eine Magensonde im Vergleich zur enteralen Ernährung über eine Dünndarmsonde zeigte keine signifikanten Nachteile für die Ernährung über eine Magensonde. Der Wert sogenannter Pankreasdiäten oder der abgestuften Pankreaschonkost ist nicht nur völlig unbewiesen – sie sind auch bei normal entwickeltem Geschmacksempfinden kaum genießbar.

Analgetikatherapie

Patienten mit akuter Pankreatitis leiden oft unter stärksten viszeralen Schmerzen. Deshalb ist eine ausreichende Analgesie eines der wichtigsten und oft dringlichsten Behandlungsziele. Die einst nur im deutschsprachigen Raum verbreitete Dauerinfusion des Lokalanästhetikums Procainhydrochlorid (Novocain, 2 g/24 h) zur Schmerzbehandlung bei der Pankreatitis ist weder durch Studien noch durch Fallberichte belegt. In einer klinischen Studie aus der Universitätsklinik Magdeburg wurde gezeigt, dass die Novocaininfusion für die Schmerzbehandlung bei akuter Pankreatitis wirkungslos ist und den Bedarf an zusätzlich zu gebenden Opiatanalgetika sogar noch erhöht

[24, 28]. Das Argument, dass Procain in vitro ein potenter Inhibitor der Phospholipase A2 ist, scheint nach mehreren negativen Studien zur Behandlung der Pankreatitis mit Breitspektrum-Protease-Inhibitoren nicht schlagkräftig. Auch das Argument einer möglichen Kontraktion der Duodenalpapille durch Morphine und damit einer zusätzlichen Abflussbehinderung der Pankreassekretion ist nach heutigem Wissensstand obsolet. Im angelsächsischen Sprachraum wird überwiegend und mit gutem Erfolg Morphium zur Behandlung starker Schmerzen bei akuter Pankreatitis eingesetzt. Das in Deutschland aus betäubungsrechtlichen Gründen sehr gerne verordnete Tramadol (Tramal) führt nach persönlicher Erfahrung der Autoren bei Patienten mit akuter Pankreatitis häufiger zu Übelkeit und Erbrechen, so dass andere Opiatanalgetika eher zu verordnen sind.

Einige Zentren haben inzwischen gute Ergebnisse mit der thorakalen Periduralanalgesie (PDA) erzielt. Diese führt nicht nur zur raschen Schmerzfremheit der Patienten, sondern verhindert oder therapiert zusätzlich einen paralytischen Ileus. Voraussetzung für den Einsatz der PDA ist, dass der Patient weder analgo-sediert ist noch eine manifeste Gerinnungsstörung vorliegt.

kurzgefasst

Oberstes Ziel der Behandlung der akuten Pankreatitis ist die Schmerzfremheit des Patienten. Dies kann sowohl durch peripher wirksame Analgetika aber vor allem auch durch Opiate und seine Analoga erreicht werden.

Antibiotikatherapie

Die Einstellung zur Behandlung der akuten Pankreatitis mit Antibiotika hat sich in den letzten Jahren mehrfach gewandelt. In neueren Studien wurde überzeugend gezeigt, dass eine generelle Antibiotikaprophylaxe keine Vorteile bietet und nur zur Selektion resistenter Erreger beiträgt. Demgegenüber profitieren Patienten mit nachgewiesener infizierter Pankreasnekrose erheblich von einer Antibiotikabehandlung. Die letzte Metaanalyse zur prophylaktischen Antibiotikagabe, die auch die Daten der neuesten Meropenem-Studie von Dellinger et al. [11] einschließt und damit 7 Studien mit insgesamt 467 Patienten in der Analyse berücksichtigt, fand keinen Unterschied für die Rate an infizierten Nekrosen [3, 50]. Auch die Gesamtmortalität war in der Antibiotika-Therapiegruppe nicht signifikant reduziert.

Bei Verdacht auf eine infizierte Pankreasnekrose (25 – 72 % der Nekrosen sind je nach Intervall der Erkrankung infiziert) oder auf einen Pankreasabszess muss in jedem Fall antibiotisch behandelt werden. Zur Sicherung des klinischen Verdachtes und zur bakteriologischen Untersuchung und Resistenzbestimmung sollte eine (meist sonographisch gezielte) Feinnadelpunktion erfolgen. Besondere Bedeutung kommt der Auswahl des Antibiotikums zu. Neben dem Resistenzver-

halten der Erreger müssen ausreichende Gewebekonzentrationen des Antibiotikums im Pankreas selbst erreicht werden können. Dies ist bei Aminoglykosiden zum Beispiel nicht gewährleistet, während sich sowohl Carbapeneme als auch die Kombination von Chinolonen mit Metronidazol bewährt haben [4]. Bei septischem Krankheitsverlauf müssen neben der infizierten Nekrose auch eine Cholangitis, Peritonitis oder Pneumonie als Ursache berücksichtigt werden und eine entsprechende Kulturgewinnung sollte erfolgen [5, 20]. Der in der Praxis häufig erforderliche Einsatz breiter wirksamer Antibiotika kann eine Pilzbesiedlung der Pankreasnekrose begünstigen. Eine Studie an operativ gewonnenem Nekrosematerial wies in 20 % der Fälle eine Pilzbesiedlung bei gleichzeitigem positivem Nachweis im Blut auf [17]. Es bestand somit eine therapiepflichtige Pilzsepsis. Randomisierte Studien zur Auswahl des am besten geeigneten Antimykotikums bei infizierter Pankreasnekrose liegen bisher nicht vor. Dies gilt ebenso für die Untersuchung der Gewebegängigkeit der einzelnen Wirkstoffe.

kurzgefasst

Eine generelle Antibiotikaprophylaxe ist nicht indiziert. In jedem Fall behandelt werden muss bei Verdacht auf eine infizierte Pankreasnekrose oder einen Pankreasabszess.

Behandlung mit Probiotika

Probiotika sind lebende Mikroorganismen, die eine Reihe von positiven Effekten auf die Gesundheit haben sollen. Olah et al. haben in den letzten Jahren zwei randomisierte kontrollierte Studien zur Prophylaxe einer infizierten Nekrose bei Patienten mit akuter Pankreatitis durchgeführt. Beide Studien belegten, dass der Einsatz von Probiotika die Inzidenz infektiöser Komplikationen vermindert [35]. Um so mehr Aufsehen haben die Ergebnisse der erst im Februar dieses Jahres im Lancet veröffentlichten PROPA-TRIA-Studie der niederländischen Pankreatitis-Studiengruppe erregt. In einer doppelt verblindeten placebo-kontrollierten Studie an 298 Patienten mit schwerer akuter Pankreatitis belegten die Autoren, dass die Probiotikagabe (Ecologic 641: Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus casei, Lactobacillus salivarius, Lactococcus lactis, Bifidobacterium bifidum und Bifidobacterium lactis) nicht zu einer signifikanten Abnahme der infektiösen Komplikationen, sondern zu einer signifikanten Zunahme der Mortalität, überwiegend verursacht durch Darmnekrosen in der Verumgruppe, führte [6, 40]. Die Gabe von Probiotika zur Therapie der akuten Pankreatitis sollte somit unbedingt unterbleiben, bis weitere Studien die Hintergründe dieses Befundes klären.

kurzgefasst

Die Gabe von Probiotika zur Therapie der akuten Pankreatitis muss in weiteren Studien geprüft werden.

Endoskopische Papillotomie

Bei den bildgebenden Verfahren zur Diagnose der akuten Pankreatitis spielt die endoskopisch-retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) keine Rolle. Ihre herausragende Bedeutung liegt in der Möglichkeit, den wichtigsten auslösenden Faktor der akuten Pankreatitis, die Abflussstörung des Pankreassekretes, zu diagnostizieren und gleichzeitig zu beseitigen. In den allermeisten Fällen handelt es sich hierbei um Gallenwegskonkremente, aber auch Parasiten und anatomische Passagehindernisse können eine Pankreatitis verursachen. Es gilt heute als erwiesen, dass die Entfernung eines impaktierten Gallengangssteines mittels endoskopischer Papillotomie einen eindeutig positiven Effekt auf den klinischen Verlauf der schweren akuten Pankreatitis hat, auch wenn dieser Effekt zumindest teilweise der Behebung oder Verhinderung der oft begleitenden Cholangitis zuzuschreiben ist. Somit ist bei schwerer, biliärer Pankreatitis (im Gegensatz zur alkoholinduzierten Form) die Indikation zur endoskopisch-retrograden Cholangiographie (ERC) gegeben. Hierbei können für den Nachweis der biliären Genese sowohl laborchemische als auch bildgebende Verfahren herangezogen werden. Üblicherweise werden Gallensteine oder Sludge in der Gallenblase sowie die Mikrolithiasis, die für einen Großteil der früher als idiopathisch bezeichneten Pankreatitisepisoden verantwortlich sind, sonographisch dargestellt. Nach heutiger Auffassung muss davon ausgegangen werden, dass für die Diagnose einer biliären Pankreatitis und als Grundlage für die Entscheidung zur ERC der Nachweis von Konkrementen in der Gallenblase ausreichend und ein Nachweis von Konkrementen im Gallengang nicht erforderlich ist. Die Sensitivität zum Nachweis von intraduktalen Konkrementen im Ductus choledochus mittels transabdomineller Sonographie ist zum einen technisch oft durch Darmgasüberlagerung limitiert, zum anderen aber auch vom Untersucher abhängig. Die Darstellung des Pankreasganges im Rahmen der Endoskopie wird in der akuten Pankreatitis vermieden, hat aber, falls sie versehentlich erfolgt, keinen negativen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Wo die Möglichkeit zur Endosonographie der Gallenwege und der Papille gegeben ist, lässt sich hierdurch die Zahl nicht indizierter ERCs und die Sensitivität für den Nachweis impaktierter Gallenwegskonkremente deutlich steigern.

Bei Nachweis von Konkrementen oder Sludge im Ductus choledochus oder vor der Papille ist die Indikation zur endoskopischen Papillotomie eindeutig. Trotz einer Komplikationsrate von 6 – 9 % ist der positive Effekt einer zügigen (möglichst in den ersten 72 h nach Schmerzbeginn) Papillotomie und Steinextraktion für die Prognose einer schweren Pankreatitis als so hoch anzusehen, dass man selbst bei nicht eindeutigem Steinnachweis heute papillotomieren würde. Ist der auslösende Gallenstein bereits in den

Darm abgegangen und lassen sich die Gallenwege sicher steinfrei darstellen, besteht dagegen keine Indikation zur Notfallpapillotomie [16, 18, 33]. Zwar liegt üblicherweise nach dem Steinabgang noch eine relative Stenose im Bereich des Sphincters vor, diese rechtfertigt aber nach heutiger Erkenntnis keine therapeutische Papillotomie. Nach einer deutschen Multizenterstudie profitieren von einer notfallmäßigen ERC nur Patienten mit eindeutiger Cholestase (Bilirubin im Serum > 5 mg/dl) [18]. Die Anzahl an ERCs, die für einen Behandlungserfolg durchgeführt werden müssen (number needed to treat: NNT), wird auf 26 geschätzt [44]. Die biliäre Mikrolithiasis wird in den letzten Jahren zunehmend als Ursache für rezidivierende idiopathische Pankreatitiden angesehen. In 52,4 % der Patienten mit akuter Pankreatitis unklarer Ätiologie und unauffälligem transabdominellem Ultraschallbefund wurde endosonographisch eine Mikrolithiasis diagnostiziert [45]. Die britischen Leitlinien [1] empfehlen bei allen Patienten mit akuter Pankreatitis, sonographisch nachweisbaren Gallensteinen und einem Plasmabilirubin von > 5 mg/dl sowie laborchemisch erhöhten Entzündungszeichen, möglichst innerhalb der ersten 72 h nach Schmerzbeginn eine ERC durchzuführen. Die endoskopische Papillotomie ist bei schwerer Pankreatitis biliärer Genese immer indiziert (EBM B). Bei Patienten mit den Zeichen einer Cholangitis sollte der Galleabfluss durch die Einlage einer Gallengangsdrainage sichergestellt werden (EBM A). Alle Patienten mit einer biliären Pankreatitis sollten zeitnah nach Ausheilen der Pankreatitis cholezystektomiert werden, da das Risiko für ein Rezidiv bei 30 % liegt. Einschränkend muss ergänzt werden, dass bei Patienten mit hohem Operationsrisiko für eine Cholezystektomie die Rezidivrate für eine biliäre Pankreatitis nach erfolgreicher Papillotomie über eine mediane Beobachtungszeit von 51 Monaten nur bei 2,2 % liegt [12, 25, 46, 48].

kurzgefasst

Bei allen Patienten mit einer akuten Pankreatitis, sonographisch nachweisbaren Gallensteinen und einem Plasmabilirubin von > 5 mg/dl sowie laborchemisch erhöhten Entzündungszeichen sollte möglichst innerhalb der ersten 72 h nach Schmerzbeginn eine ERC durchgeführt werden.

Endoskopisches und operatives Vorgehen bei nekrotisierender Pankreatitis

Ein operatives Vorgehen bei akuter nekrotisierender Pankreatitis ist nur bei nachgewiesener infizierter Nekrose und nicht bei einer sterilen Nekrose indiziert. Im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte hat sich das therapeutische Konzept von einem aggressiven operativen Vorgehen hin zu einem konservativen interventionellen Management gewandelt. Ursprünglich wurde die Indikation zur Nekrosektomie bei Auftreten eines Multiorgan-

versagen gestellt. Dieses Vorgehen war mit einer Letalität von 65 % verbunden, was den Nutzen des operativen Vorgehens in dieser Situation in Frage stellt. Noch im Jahr 2003 belief sich die Letalität bei offener Nekrosectomie auf 47 % [34]. Die offene Nekrosectomie sollte deshalb wo immer möglich vermieden werden, da das operative Trauma ein schwer beherrschbares SIRS induziert [10]. Eine Studie von Mier et al. [31] aus dem Jahr 1997 belegt, dass ein operatives Vorgehen innerhalb von 2 Wochen nach Krankheitsbeginn mit einer signifikant höheren Mortalität behaftet ist. Wenn eine offene Nekrosectomie nicht vermeidbar ist, sollte sie durch konservative Maßnahmen wie Drainageanlage und resistenzgerechte Antibiose bis zur 3. oder 4. Krankheitswoche hinausgezögert werden. Ein kombiniert konservatives und interventionelles Vorgehen ist auch bei infizierter Nekrose dem operativen Verfahren gleichwertig [39]. Eine Reihe von Studien haben in den letzten Jahren gezeigt, dass minimal invasive Therapieverfahren wie die perkutane Drainageanlage oder eine laparoskopisch assistierte Nekrosectomie vielversprechende Ergebnisse liefern.

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

J. Mayerle¹, C.-D. Heidecke², M. Kraft¹, M. M. Lerch²

¹ Klinik für Innere Medizin A, Universitätsklinikum Greifswald

² Chirurgische Klinik, Abt. für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Greifswald

Korrespondenz
Prof. Dr. Markus M. Lerch
Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A
Universitätsklinikum Greifswald
Friedrich-Loeffler-Str. 23A
17475 Greifswald
Tel. 03834/86-7230
Fax 03834/86-7234
eMail lerch@uni-greifswald.de

Die Literatur zum Beitrag „Internistische Therapie der akuten Pankreatitis“ finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1911–1916).

Der Beitrag „Akutes Nierenversagen beim Cyclic-Vomiting-Syndrom“ ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 79–80). Alle Rechte vorbehalten.

bei 81,2 % und die Anzahl der Eingriffe bei im Median 2,3 [37, 41, 42]. Insgesamt birgt dieses Verfahren bei richtiger Indikationsstellung und frühestens 2 bis 3 Wochen nach Krankheitsbeginn einen vielversprechenden therapeutischen Ansatz und wird auch in unserer Klinik inzwischen zunehmend routinemäßig eingesetzt.

kurzgefasst

Ein kombiniert konservatives und interventionelles Vorgehen ist auch bei infizierter Nekrose dem operativen Verfahren gleichwertig. Eine Reihe von Studien haben in den letzten Jahren gezeigt, dass minimal invasive Therapieverfahren wie die perkutane Drainageanlage oder eine laparoskopisch assistierte Nekrosectomie vielversprechende Ergebnisse liefern.

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

J. Mayerle¹, C.-D. Heidecke², M. Kraft¹, M. M. Lerch²

¹ Klinik für Innere Medizin A, Universitätsklinikum Greifswald

² Chirurgische Klinik, Abt. für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Greifswald

Korrespondenz

Prof. Dr. Markus M. Lerch
Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A
Universitätsklinikum Greifswald
Friedrich-Loeffler-Str. 23A
17475 Greifswald
Tel. 03834/86-7230
Fax 03834/86-7234
eMail lerch@uni-greifswald.de

Die Literatur zum Beitrag „Internistische Therapie der akuten Pankreatitis“ finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1911–1916).

Der Beitrag „Akutes Nierenversagen beim Cyclic-Vomiting-Syndrom“ ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 79–80). Alle Rechte vorbehalten.

Akutes Nierenversagen beim Cyclic-Vomiting-Syndrom

Das Cyclic-Vomiting-Syndrom, eine Unterform der Migräne, kann eine Ursache des rezidivierenden Erbrechens sein. Rezidivierendes Erbrechen kann aufgrund eines massiven Flüssigkeitsverlustes zu einem akuten Nierenversagen führen.

Anamnese

Der 29-jährige Patient wurde stationär eingewiesen wegen seit 2 Tagen bestehender Übelkeit mit mehrmals täglich heftigem Erbrechen. Eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme war nicht mehr möglich. Der Patient litt bereits seit 7 Jahren unter rezidivierenden Episoden von Erbrechen. Eine umfangreiche Diagnostik hatte keinen wegweisenden Befund erbracht. Nach 2–4 Tagen besserte sich die Symptomatik jeweils spontan. Antiemetika oder Triptane hatten keinen Effekt gezeigt. An Vorerkrankungen waren eine Neurodermitis, ein allergisches Asthma bronchiale, eine Refluxösophagitis und eine Hiatushernie bekannt. Nierenerkrankungen waren bisher nicht aufgetreten. Der Patient berichtete über einen Gewichtsverlust von 4 kg innerhalb der letzten 2 Tage. Der Stuhlgang war unauffällig, seit dem Vortag bestand eine Anurie. Fieber wurde verneint, jedoch kam es in der Zeit vor der Einweisung häufig zu Nachtschweiß. Ferner wurde ein Nikotinabusus von circa 10 „Pack-Years“ und gelegentlicher Alkoholgenuß angegeben. Des Weiteren war eine Allergie auf Tierhaare und Blütenpollen vorbekannt. An regelmäßiger Medikation wurde täglich Salbutamol eingenommen. Der Patient studierte Betriebswirtschaft und war ledig. Eine Familienanamnese konnte nicht erhoben werden, da der Patient keinen Kontakt zu seinen leiblichen Eltern pflegte.

● Körperlicher Untersuchungsbefund

Wacher, voll orientierter Patient in reduziertem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand (Gewicht 56 kg, Größe 175 cm). Es bestanden normale Vitalparameter und ein unauffälliger körperlicher Untersuchungsbefund. Der neurologische Status war ebenfalls unauffällig.

● Weitere Untersuchungen

Laborchemisch zeigten sich pathologische Werte der Leukozyten 19,6/nl [Referenzbereich (RB) 4,0–10/nl], des Natriums 128 mmol/l [RB 135–145 mmol/l], des Kaliums 5,3 mmol/l [RB 3,5–4,6 mmol/l], des Harnstoffs 112 mg/dl [RB 20–40 mg/dl], des Kreatinins 5,48 mg/dl [RB 0,84–1,25 mg/dl] mit erniedrigter errechneter glomerulärer Filtrationsrate von 13,2 ml/min (nach MDRD-Formel) und der Kreatinkinase 330 U/l [RB < 60 U/l]. Die üblichen Routineparameter (Erythrozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Thrombozyten, Gerinnungsparameter, Transaminasen, Lipase, C-reaktives Peptid) lagen im Normbereich. Der Urinstatus war bis auf eine mäßige Glukosurie sowie leicht positivem Hämoglobin- und Ketonnachweis unauffällig, Urinsediment ohne pathologischen Befund. Eine Nierenultraschalluntersuchung zeigte keine Auffälligkeiten, insbesondere keinen Aufstau.

● Therapie und Verlauf

Die Verdachtsdiagnose bei Aufnahme lautete akutes anurisches Nierenversagen. Bislang war keine Nierenerkrankung vorbekannt. Das Kreatinin im Serum wurde mit 5,48 mg/dl bestimmt. Eine postrenale Ursache konnte sonografisch ausgeschlossen werden. Die Urinuntersuchung ergab keinen Hinweis auf eine renale Genese. Es handelte sich somit um ein prärenales Nierenversagen bei Exsikkose. Unter Infusionstherapie normalisierte sich die Nierenfunktion rasch. Die Übelkeit und das Erbrechen sistierten nach weiteren 2 Tagen spontan und die initiale Leukozytose normalisierte sich im Verlauf. Ein Anhalt für einen neurologischen Fokus gab es nicht. Der konsiliarisch hinzugezogene Neurologe diagnostizierte ein „Cyclic-Vomiting-Syndrom“ (CVS). Nach 6 Tagen konnte der Patient beschwerdefrei entlassen werden. Es wurde eine Prophylaxe mit Lamotrigin empfohlen.

Diskussion

Das CVS besteht aus wiederkehrender Übelkeit mit Erbrechen, das Stunden bis wenige Tage andauern kann mit symptomfreien Intervallen von Wochen bis Monaten. Betroffen sind zumeist Kinder, seltener Erwachsene [2]. Die Pathogenese ist nicht vollständig geklärt. Wie bei der Migräne werden Störungen der Funktion von Ionenkanälen, aber auch Mutationen der mitochondrialen DNA diskutiert [4]. Entsprechend ist das CVS in der Klassifikation der „International Headache Society“ als Unterform der Migräne aufgeführt. Die Diagnose erfolgt durch Ausschluss anderer Ursachen. Hierzu gehören Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, Infektionen, zerebrale Läsionen, Intoxikationen, metabolische Dysregulationen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen [2, 3, 4]. Es werden 2 Formen des CVS unterschieden, das Migräne-assoziierte und das unabhängig von Migränepflichtschmerzen auftretende. Für Patienten mit Migräne-assoziiertem CVS bestehen bessere Therapieoptionen bei Einsatz von Antimigränetherapeutika [2]. Man kann im Allgemeinen 3 Stadien des CVS beobachten. Zum einen die Prodromalphase, die meist sehr kurz ist oder auch fehlen kann. Sie ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Übelkeit, des Weiteren kann es zu Tachykardie und Kältschweißigkeit kommen. In der nachfolgenden Akutphase steht das Erbrechen im Vordergrund. In der Nachphase erholen sich dann die Körperfunktionen bevor ein erneuter Zyklus beginnt oder die Episode beendet ist. [6]. Als Prophylaktikum in den symptomfreien Intervallen sind alle Migräneprophylaktika insbesondere solche mit antikonvulsivem Profil zu empfehlen, auch wurden

positive Erfahrungen mit Cyproheptadin berichtet [1, 2, 5]. In der Prodromalphase kann eine antiemetische, angstlösende und analgetische Therapie mit z. B. Ondansetron, Lorazepam oder Alprazolam sowie Ibuprofen oder Oxycodon eingesetzt werden. In der Akutphase ist eine symptomatisch orientierte Behandlung erforderlich, unter anderem zur Vermeidung einer Dehydratation, eines akuten Nierenversagens oder einer Elektrolytentgleisung. Neben Volumensubstitution können in der Akutphase auch Protonenpumpenhemmer und H₂-Rezeptorblocker eingesetzt werden. Des Weiteren kann eine intravenöse Therapie von Anxiolytika und Antiemetika durchgeführt werden. Falls hiermit kein Erfolg erzielt werden kann, bleibt noch die Gabe von Sedativa [2, 6].

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei Auftreten von rezidivierender Übelkeit und Erbrechen sollte nach Ausschluss anderer Ursachen auch an das seltenere CVS gedacht werden.
- ▶ Häufiger sind Kinder betroffen, jedoch auch Jugendliche und Erwachsene können an einem CVS leiden.
- ▶ Das CVS kann durch Flüssigkeitsverlust bis zum akuten Nierenversagen führen.
- ▶ In der akuten Phase ist eine Volumensubstitution notwendig, ergänzend können Protonenpumpenhemmer, H₂-Rezeptorblocker, Anxiolytika und Antiemetika eingesetzt werden.
- ▶ Als Prophylaxe in symptomfreien Intervallen haben sich Migräneprophylaktika bewährt.

Autorenklärung: 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).

B. Moyer¹, I. Mayer-Kadner¹, B. Schulze¹, F. Erbuth²

¹ Medizinische Klinik IV,
² Neurologische Klinik, Klinikum Nürnberg

Korrespondenz

Brigitte Moyer
Klinikum Nürnberg Süd, Med IV
Breslauerstr. 201, 90471 Nürnberg
Tel. 0911/3985766
eMail mail@brigitte-roth.de

● Literatur

- 1 Chepyala P, Svoboda RP, Olden KW. Treatment of cyclic vomiting syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007; 10 (4): 273–282
- 2 Fleisher DR et al. Cyclic Vomiting Syndrome in 41 adults: the illness, the patients, and problems of management. *BMC Medicine* 2005; 3: 20–
- 3 Li BU. Cyclic Vomiting: The pattern and syndrome paradigm. *J Pediatr Gastroenterol Nutrition* 1995; 21: 6–10
- 4 Li BU, Balint JP. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *dv Pediatr* 2000; 47: 117–60
- 5 Talley NJ. Functional nausea and vomiting. *Aust Fam Physician* 2007; 36 (9): 694–697
- 6 Lindley KJ, Andrews PL. Pathogenesis and Treatment of Cyclic Vomiting. *Cyclic Vomiting: The pattern and syndrome paradigm. J Pediatr Gastroenterol Nutrition* 2005; 41: 38–40

● Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei der unkomplizierten ödematös-interstiellen Pankreatitis liegt die Sterblichkeit unter 1 %, bei der hämorrhagisch-nekrotisierenden Pankreatitis bei 10–24 %.
- ▶ Frühe prognostische Faktoren zur Beurteilung des klinischen Verlaufs sind drei oder mehr Hinweise auf Organkomplikationen oder der Nachweis von Pankreasnekrosen im kontrastmittel-verstärkten CT. Auch ein bis auf 130 mg/l erhöhtes CRP oder eine Hämokonzentration (erhöhter Hämatokrit) kann frühzeitig auf einen komplizierten Verlauf hinweisen.
- ▶ Entscheidende therapeutische Maßnahme ist die ausreichende Substitution des Flüssigkeitsverlustes. Oberstes Ziel ist ferner eine suffiziente analgetische Therapie.
- ▶ Eine antibiotische Therapie sollte Patienten mit nachgewiesener infizierter Nekrose vorbehalten sein.
- ▶ Eine enterale Ernährung bei Patienten mit akuter Pankreatitis ist der parenteralen Ernährung überlegen.

Gastroenterologie – Hepatologie

Chronische Hepatitis B: Vergleich zweier Schemata

Aktuell sind 7 Medikamente zur Behandlung einer chronischen Hepatitis B zugelassen. Darunter Interferone und Nukleos(t)id-Analoga, die auch in der HIV-Therapie erfolgreich eingesetzt werden. Sie hemmen die DNA-Polymerase der Viren. Effizienz und Sicherheit des Nukleotidanalogs Tenofovir wurde jetzt mit dem etablierten Medikament Adefovir verglichen.

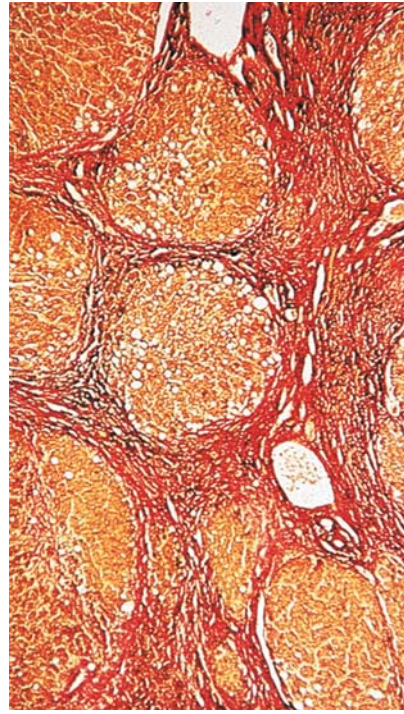
New Engl J Med 2008; 359: 2442–2455

In zwei parallel durchgeführten Studien behandelten P. Marcellin et al. Patienten mit einer chronischen Hepatitis-B-Infektion, die entweder Hepatitis-B-e-Antigen-positiv (Studie 103: 272 Patienten) oder negativ waren (Studie 102: 375 Patienten). Sie mussten erhöhte Transaminasen haben und eine nachweisbare Viruslast. Im Schnitt waren die HBeAg-negativen Patienten 10 Jahre jünger (34 vs. 44 Jahre). In beiden Gruppen wurden auch Patienten aufgenommen, die mit Interferon, Lamivudin oder Emtricitabine vorbehandelt worden waren. Die Behandlung dauerte 48 Wochen. Eine Leberbiopsie wurde vor Aufnahme in die Studie sowie 1x innerhalb der letzten 4 Wochen durchgeführt. Primärer Endpunkt der Studie war eine Reduktion der Viruslast auf unter 400 Kopien/ml sowie eine histologische Verbesserung, gemessen mit der Knodell-Necroinflammations-Skala. Den primären Endpunkt erreichten in der Tenofovir-Gruppe signifikant mehr Patienten: 71% vs. 49% bei den HBeAg-negativen Patienten und 67%

vs. 12% bei den HBeAg-positiven. Die Unterschieden erklären sich durch die Reduktion der Viruslast, denn die histologischen Verbesserungen waren in beiden Behandlungsarmen gleich. Betrachtet man nur die Reduktion der Viruslast, resultieren folgende Zahlen: 93% vs. 63% bei den HBeAg-negativen Patienten und 76% vs. 13% bei den positiven. In der Tenofovir-Gruppe wurde auch häufiger eine Normalisierung der Alaninamino-Transferase erreicht (68% vs. 54%) sowie ein Verlust des Hepatitis-surface-Antigens (3% vs. 0%). Eine Resistenzentwicklung wurde unter Tenofovir nicht nachgewiesen. Patienten, bei denen sich unter Lamivudin-Therapie Resistenzen entwickelt hatten, profitierten in gleicher Weise von Tenofovir.

● **Fazit**

Die antivirale Therapie mit dem Nukleotid-Analogen Tenofovir führt in einem höheren Maße zu einer Reduktion der Hepatitis-B-Viruslast als eine Therapie mit Adefovir, so die Autoren. Außerdem erreichten mehr Patienten normale Werte der Alanin-



Bei chronischer Hepatitis-B-Virusinfektion ist Tenofovir hinsichtlich der antiviralen Wirksamkeit Adefovir überlegen. Die Abbildung zeigt einen abgeschlossenen knotigen Umbau mit Pseudotubuli bei einer Leberzirrhose infolge einer Hepatitis B. (Bild: Gastroenterologie. Hrsg. J. Riemann et al. Georg Thieme Verlag KG 2008)

namino-Transferase. Bei wenigen Patienten wurde eine Serokonversion beobachtet. Patienten mit Resistenzentwicklung unter Lamivudin profitierten in gleicher Weise wie Patienten ohne vorherige Therapie.

● **Kommentar zur Studie**

C.L. Lai und M.F. Yoen sehen die Ergebnisse der Studie positiv. Bei weniger renaler Toxizität erreichte Tenofovir eine deutlich höhere Reduktion der Viruslast als Adefovir. Gerade die Viruslast stelle aber einen wichtigen Marker für die Langzeitprognose der Patienten dar hinsichtlich Entstehung einer Zirrhose oder des hepatozellulären Karzinoms. Darüber hinaus sei das gute Ansprechen bei den Patienten bemerkenswert, bei denen sich unter Lamivudin Resistenzen entwickelt hätten. Sollte im weiteren Verlauf die Resistenzentwicklung unter Tenofovir so gering bleiben, wäre es für die Erstlinien- und Dauertherapie sehr geeignet.

New Engl J Med 2008; 359: 2488–2491

Dr. med. Christoph Feldmann

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 2136, sowie Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 175). Alle Rechte vorbehalten.

Hämatologie – Pharmakotherapie

Akuter Schlaganfall: Lyse nach 3 Stunden noch effektiv

Die einzig verfügbare Therapie des akuten ischämischen Schlaganfalls besteht aktuell in der systemischen intravenösen Lyse mit Alteplase. Maximal 3 Stunden nach Symptombeginn darf damit begonnen werden. W. Hacke et al. untersuchten nun ob auch die Patienten von einer Lyse profitieren, bei denen der Symptombeginn bis zu 4,5 Stunden zurückliegt. *N Engl J Med 2008; 359: 1317–1329*

Dazu analysierten sie in der ECASS-III-Studie (European Cooperative Acute Stroke Study) zwischen 2003 und 2007 die Daten von 821 Patienten. Sie hatten einen akuten ischämischen Schlaganfall erlitten und ihr Symptombeginn lag zwischen 3 und 4,5 h zurück. Sie erhielten nach Abschluss einer intrakraniellen Blutung durch CT oder MRT randomisiert eine intravenöse Lyse oder Placebo. Die Lyse wurde mit 0,9 mg Alteplase pro kg Körpergewicht, maximal jedoch 90 mg, über eine Stunde durchgeführt, nach Bolusgabe von 10 %. Primärer Endpunkt der Studie war die klinische Beeinträchtigung nach 90 Tagen, gemessen mit dem „Rankin-Score“. Sekundärer Endpunkt war eine Kombination aus 90-Tages-Mortalität, intrakranieller Blutung, symptomatischer intrakranieller Blutung und Hirnödemen.

Hinsichtlich des primären Endpunkts wurde nach 90 Tagen bei den lysierten Patienten 219 (52,4 %) ein günstigeres Ergebnis im „Rankin-Score“

festgestellt. Sie hatten sich also vollständig von dem Schlaganfall erholt. In der Placebogruppe waren dies 182 (45,2%). Dies entspricht einer signifikanten absoluten Verbesserung von 7,2 Prozentpunkten. In der Lysegruppe traten jedoch auch mit 27 % mehr intrakranielle Blutungen auf als in der Placebogruppe mit 17,6 %. Zu symptomatischen intrakraniellen Blutungen kam es bei 2,4 % bzw. 0,3 %. Alle Blutungen traten zwischen 22 und 36 h nach Therapiebeginn auf. Die Mortalität unterschied sich mit 7,7 % und 8,4 % in beiden Gruppen nicht.

● **Fazit**

Auch zwischen 3 und 4,5 Stunden nach Symptombeginn profitieren Patienten mit einem akuten ischämischen Schlaganfall von der systemischen intravenösen Lysetherapie mit Alteplase. Dennoch bleibt der frühe Therapiebeginn entscheidend, so die Autoren.

Dr. med. Christoph Feldmann

Impressum

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

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

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

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC) • Layout-Entwurf (Mantelteil): Michael Zimmermann • Layoutentwurf und Redaktion (Kongresse & Services) sowie Herstellung und Layout: Andrea Hartmann • Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

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 GAltenburg@bdi.de

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

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

IA-MED Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V.

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
 AED + Monitoring Kombisystem
 statt 4460 € nur **1499 € + MWST.**
 Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
 www.herzmedica.de

Anzeige 109x188

HIV: Der Impfstoff wird kommen – aber wann?

Die ersten Versuche einen Impfstoff gegen HIV zu entwickeln begannen kurz nach der Entdeckung des Erregers der Immunschwäche AIDS im Jahr 1983. Ein Vierteljahrhundert ist mittlerweile vergangen, doch der Erfolg bleibt aus. Die Entwicklung eines HIV-Impfstoffes stellt die Immunologen weltweit immer noch vor ungeahnte Herausforderungen.

Nach mittlerweile über 50 Fehlversuchen bei der Entwicklung eines wirksamen Impfstoffes gegen das „Human immunodeficiency virus“ (HIV) ist für Dr. Joachim Denner, Sprecher der Projektgruppe „Neuartige Erreger“ am Robert-Koch-Institut in Berlin, eines klar: „Einen klassischen Impfstoff gegen HIV, der so ähnlich wie die Grippe-impfung vor der Infektion schützt, wird es in absehbarer Zeit wohl nicht geben.“ Das hat mehrere Gründe, darunter eine für die Impfstoffentwicklung sehr ungünstige Besonderheit des Virus: „Es ändert permanent seine Oberflächenstruktur.“ Ein Effekt, den man zwar auch vom Grippevirus her kennt, doch hier gibt es einen prinzipiellen Unterschied: „Das Grippevirus mutiert von Zeit zu Zeit zu einem neuen Stamm mit neuen Oberflächeneigenschaften. Dieser Virusstamm ist dann aber an sich konstant und kann durch Antikörper angegangen werden. HIV dagegen mutiert permanent von Generation zu Generation. Antikörper gegen das Oberflächenprotein verlieren deshalb sofort ihre Wirkung“, erklärt Dr. Denner.



Dr. J. Denner

Obwohl es wünschenswert wäre, mit dem Impfstoff die Infektion zu verhindern, hält der Berliner Immunologe auch ein anderes Ziel für erstrebenswert: „Was dagegen möglich sein wird ist, dass eine HIV-Infektion zwar stattfindet, die Krankheit aber durch die Impfung nicht mehr ausbricht oder nur noch vermindert. Die geringe Viruslast in einem solchen Fall würde auch die Übertragung auf Nicht-Infizierte verringern.“ Die Natur hat bereits vorgemacht, dass eine solche Form der Immunität tatsächlich möglich ist. Man schätzt, dass circa 1 % der mit HIV Infizierten auf natürlichem Wege bereits eine solche Immunität besitzen. Bei diesen Infizierten lässt sich über Jahre oder Jahrzehnte das Virus im Blut nachweisen, die Krankheit dagegen bricht nicht aus. Deshalb spricht man von einer „stummen“ Infektion. Der immunologische Mechanismus, der dieser

natürlichen Immunität zugrunde liegt, ist aber leider bis heute unverstanden.

● Noch immer kein klares Impfkonzzept

Die Entwicklung des Impfstoffs gegen die Immunschwächekrankheit kommt nur zögerlich voran. Selbst über grundlegende Probleme besteht in der Fachwelt noch keine Klarheit. „Im Moment wissen wir immer noch nicht, ob die humorale Immunantwort, sprich die Antikörperbildung, oder die zelluläre Abwehr, sprich die Sensibilisierung zytotoxischer T-Zellen gegen den HIV, oder beides der Angriffspunkt einer erfolgreichen Impfung sein werden“, so Dr. Denner.

Ein ernüchternder Befund, der angesichts der weltweit steigenden Infektionsraten mit HIV wenig Zuversicht zulässt. Weltweit sind bisher ca. 25 Millionen Menschen an HIV gestorben. In Schwellenländern wie etwa Südafrika oder Namibia hat das Ausmaß der HIV-Infektion existenziell bedrohliche Ausmaße erreicht. Eine Entwicklung, die nur durch eine effektive Impfung zu stoppen wäre. Doch bei der Suche nach dem Impfstoff reiht sich Misserfolg an Misserfolg.

Bei keiner einzigen klinischen Impfstudie gelang es bisher, die Infektionsraten nachweisbar zu senken. „Offenbar ist das Immunsystem doch komplexer, als wir uns das dachten und das Virus findet immer neue Wege, um dem Immunsystem auszuweichen. Hinzu kommt, dass HIV wichtige Zellen des Immunsystems direkt infiziert“, so die Einschätzung des RKI-Experten Dr. Denner. „Wir haben bei der Entwicklung einer HIV-Immunsierung eine zusätzliche Hürde, weil uns kein brauchbares Tiermodell zur Verfügung steht.“ Das Virus befällt zwar auch Schimpansen, führt aber bei diesen zu keiner echten AIDS-Erkrankung.

● Spektakulärer Rückschlag

Wie alle Impfstoffe muss auch ein Impfstoff gegen HIV unmittelbar in sehr aufwendigen und extrem teuren klinischen Studien getestet werden. Dadurch erhöht sich natürlich auch das finanzielle Risiko für Firmen, die in diese Forschung investieren. Rückschläge werden dann sehr teuer. Das musste unlängst auch die Firma Merck erfahren, die mit einem gentechnischen Impfstoff einen spektakulären Rückschlag erlitt. Man hatte ein Adenovirus als Genfahre benutzt, um eine zelluläre Immunität gegen HIV auszulösen.

Dabei nutzten die Forscher dieses „Erkältungsvirus“ das gentechnisch mit einigen Fragmenten des HIV beladen wurde (MRKAd5 HIV-1 gag/pol/nef). Aus Voruntersuchungen wusste man, dass so eine realistische Chance bestand, die zelluläre Abwehr gegen HIV zu sensibilisieren. Das Studiendesign entsprach höchsten Qualitätsstandards, da die Phase-II-Studie doppelblind und placebo-kontrolliert an mehreren Zentren durchgeführt wurde. Alle Teilnehmer waren am Beginn der Studie HIV-negativ. Allerdings bestand aufgrund ihres Sexualverhaltens ein erhöhtes Infektionsrisiko. Die Autoren prüften, ob sich durch die Impfung die Infektionsraten ändern würden und untersuchten, wie bei einer Infektion die Viruslast verläuft. Ein solches Studiendesign ist zwar ethisch nicht unproblematisch, aber anders kann die Wirksamkeit eines Impfstoffs letztlich nicht ermittelt werden. Eine positive Wirkung des Impfstoffes wurde nicht beobachtet, ganz im Gegenteil: Wegen eines unerwarteten Befundes musste die Studie sogar vorzeitig abgebrochen werden. Im Vergleich mit der Placebogruppe hatten die Geimpften kein vermindertes, sondern sogar ein erhöhtes Infektionsrisiko für HIV. Diese Differenz war allerdings nur sehr gering. Die Impfung konnte auch die HI-Viruslast nach einer Infektion nicht günstig beeinflussen. Zusätzlich hinterlässt diese gescheiterte Studie neue offene Fragen. Bei der Datenanalyse zeigte sich nämlich, dass besonders Probanden mit hohen Antikörpertitern gegen das Adenovirus, also den Impfvektor, diese paradoxe Reaktion aufwiesen. Der Grund dieses Phänomens ist völlig unklar. Doch gerade das Scheitern aller Impfstudien macht für Dr. Denner deutlich, „dass wir bis heute noch nicht endgültig verstanden haben, wie eine Infektion mit HIV eigentlich vonstatten geht und wie das Virus das Immunsystem beeinflusst“.

● Erste Impferfolge gegen andere Retroviren

Trotz allem bleibt Dr. Denner aber zuversichtlich: „Die Impfung wird kommen, das ist nur eine Frage der Zeit.“ Retroviren wie das HIV sind zwar schwierige Impfstoffziele, doch es gibt durchaus Beispiele für sehr effektive Impfungen gegen diesen Virustyp. Gegen den Erreger der Katzenleukämie, ebenfalls ein Retrovirus, gibt es eine sehr effektive, bereits kommerziell erhältliche Impfung. Der Auslöser der Katzenseuche, ein Subtyp A des felines Leukämievirus, führt bei den Tieren auch zu einer Immunsuppression. Dies belegt für Dr. Denner, dass „eine Impfung im Prinzip auch gegen HIV geht“. Die Entwicklung eines Impfstoffs gelang hier, weil Retroviren eine spezielle „Achillesferse“ aufweisen: Ihre Oberflächenstruktur bleibt an einigen Stellen erstaunlich konstant. Diese Struktur, die „hochkonservierte Domäne im transmembranen Hüllprotein“, ist eine Art Spezifikum der Retrovirusgruppe. Ein

gentechnisch hergestelltes transmembranen Hüllprotein kann als Impfstoff dienen. Bei der Katze gelang so eine effektive Impfprophylaxe gegen das Retrovirus, das die Leukämie auslöst. Das Spannende daran ist, dass diese Domäne in fast identischer Form bei allen Retroviren, also auch dem HIV, vorkommt und dass Antikörper gegen diese Domäne im transmembranen Hüllprotein von HIV, die bei einigen HIV-Infizierten gefunden wurden, die meisten HIV-Stämme neutralisieren. Dr. Denner und sein Team am RKI versuchen nun, den Erfolg der Impfung gegen das Katzenleukämievirus auf das HIV zu übertragen. Doch der entscheidende Schritt, der beim Katzenleukämievirus gelang, macht bei HIV extreme Probleme: „Alle Versuche, diese Virusbestandteile gentechnisch zu reproduzieren, sind bisher gescheitert. Dabei ist nicht so sehr das Protein selbst das Problem. Kritisch ist höchstwahrscheinlich die exakte räumliche Anordnung des Proteins, also die Art, wie es gefaltet ist. Gelingt dies nicht ganz exakt, dann löst das rekombinante (oder gentechnisch hergestellte) Protein keine Impfantwort aus, die die Infektion verhindern kann.“ Seit über zehn Jahren wird weltweit in den Labors versucht, gentechnisch eine exakte Kopie dieses Hüllproteins zu erstellen. Bisher leider ohne Erfolg.

● Neue klinische Studien mit DNA-Fragmenten

Doch die „hochkonservierte Domäne“ ist bei weiterem nicht der einzige Ansatz zur Entwicklung eines HIV-Impfstoffs, der aktuell verfolgt wird. So startet in England gerade eine klinische Phase-I-Studie mit einem modifizierten Windpockenvirus, das einige DNA-Bestandteile des HI-Virus enthält. Man hofft damit die zelluläre Abwehr gegen HIV zu stimulieren. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt man bei einer klinischen Phase-IIa-Studie mit einer Impfung nach dem Prime-Boost-Schema. Die 225 Probanden erhalten im ersten Durchgang der Impfung („Priming“) nicht-infektiöse DNA-Fragmente des HIV injiziert. Beim zweiten Durchgang („Boosterung“) erhalten sie dann die gleichen nichtinfektiösen HIV-DNA-Fragmente integriert in ein inaktiviertes Windpockenvirus. Dieser Ansatz soll die zelluläre Abwehr gegen HIV stimulieren und den Verlauf einer Infektion abmildern. Auch wenn heute noch niemand weiß, wie der zukünftige HIV-Impfstoff aussieht, ist eines schon klar: Ein solcher Impfstoff könnte, wenn er rein kommerziell entwickelt wird, sehr teuer werden. Der Preis einer Dosis könnte bei circa 500 € liegen. Das zeigt das Beispiel des neu eingeführten Impfstoffs gegen das humane Papillomvirus (HPV), das die Ursache von Gebärmutterkrebs ist. Solche Kosten sind von Ländern in Afrika nicht zu leisten. Deshalb gibt es bei der Entwicklung des Impfstoffes gegen HIV nicht nur immunologische, sondern auch finanzielle Pro-

bleme: „Die Entwicklung des HIV-Impfstoffes muss im Wesentlichen durch öffentliche Fördermittel vorangebracht werden. Die Industrie ist auf diesem Gebiet naturgemäß zögerlich, da die finanziellen Risiken bei der Entwicklung eines HIV-Impfstoffes immens hoch und gleichzeitig die Erfolgchancen für die Firmen, am Ende den Impfstoff in der Hand zu haben, relativ gering sind. Und dort, wo der Impfstoff am dringendsten gebraucht wird, in den unterentwickelten Ländern, ist kein Geld für die Impfung vorhanden. Deshalb kommt der öffentlichen Hand bei der Entwicklung eines HIV-Impfstoffes eine besondere Verantwortung zu“, meint Dr. Denner.

● Die USA investieren am meisten in die Entwicklung

Die finanzielle Hauptlast dieser öffentlichen Forschung tragen zurzeit die USA. Denner schätzt dass „etwa 85 % der weltweit eingesetzten öffentlichen Fördermittel von den USA bereitgestellt werden. Das vor kurzem gegründete Impfstoff-Zentrum am National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) der National Institutes of Health der USA leistet hier hervorragende Arbeit“, so Denner. Er wünscht sich einen größeren Beitrag der Europäer bei der HIV-Forschung. Hier werde zu kurzfristig gedacht, denn „man muss sich darüber im Klaren sein, dass jeder Euro den man in einen Impfstoff steckt, die effektivste Form von Entwicklungshilfe für die betroffenen ärmeren Länder darstellt, die man sich im Moment denken kann“. Auch wenn die Voraussetzungen für die Entwicklung eines HIV-Impfstoffes denkbar schwierig sind, ist sich Dr. Denner relativ sicher, dass es im Grunde nur eine Frage der Zeit ist, bis der Impfstoff kommt. Die immunologischen Kenntnisse sind, auch aufgrund der bisher frustrierten Suche nach dem Impfstoff immer weiter fortgeschritten. Mit jedem Rückschlag hat das Virus auch immer mehr seiner Geheimnisse preisgegeben. Jetzt muss man im Grunde nur noch Geduld haben und einfach weiter forschen. „Wir müssen jetzt einfach ein paar gute Ideen umsetzen“, so das Fazit von Dr. Denner.

Dr. med. Horst Gross

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 178-179). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw