

**Inhalt**

**Ärztliche Vergütung  
KBV wäscht ihre Hände in  
Unschuld**

Die Frage nach dem Schuldigen für die zum Teil gravierenden Verwerfungen durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ist schnell beantwortet: Es war die Politik. Die KBV wäscht ihre Hände in Unschuld.

Seite 2

**Antrag der FDP-Fraktion  
Die FDP läutet den  
Wahlkampf ein**

Daniel Bahr, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP, hat 14 Eckpunkte für ein „einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen“ vorgestellt. Würden diese Punkte umgesetzt, wäre alles nicht mehr wie früher.

Seite 4

**AG des BDI  
Die Honorarreform bedroht  
unsere Existenz!**

Am 7. Februar hat sich die Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätiger Internisten ohne Schwerpunkt im BDI in Frankfurt getroffen. Schwerpunktthema der konstruktiven Diskussion waren die massiven Honorarverwerfungen, die die RLV insbesondere für die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt hervorrufen.

Seite 7

**Pro und Contra  
Reanimation ohne Beatmung**

Kann bei der Basisreanimation des Erwachsenen ganz auf die – von Laien ungeliebte – Beatmung verzichtet werden?

Seite 14

**Impressum**

Seite 15

**BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe beim BDI**

**Die Bundesärztekammer als  
Interessenvertretung der Ärzte**

Wenn es überhaupt noch eine Interessenvertretung der Ärzteschaft gibt, dann ist es die Bundesärztekammer und nicht die Kassenärztliche Bundesvereinigung, stellte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack auf der Klausurtagung des Berufsverbands Anfang Februar in Hamburg fest. Als Gast des BDI legte BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe ein überzeugendes Bekenntnis zu dieser Rolle ab.

Die Ärzte stehen nach wie vor im Sozialprestige an erster Stelle unter allen Professionen, betonte der BÄK-Präsident. Dass die Ärzteschaft in ihrer organisierten Form nicht so hoch im Ansehen steht, hat viele Gründe. Seit den 70er Jahren haben die Regulierungen für den Berufsstand zugenommen. Die Rechtsprechung hat ein Weiteres dazu getan und den Grundsatz „salus aegroti suprema lex“

durch das Prinzip „voluntas aegroti suprema lex“ ersetzt. Das ist für Hoppe nicht nur der Wechsel vom ehemals patriarchalischen zum partnerschaftlichen Patient-Arzt-Verhältnis, sondern hat dazu geführt, dass sich die Patienten zunehmend als Auftraggeber gegenüber ihren Ärzten empfinden. Im Sinne eines Werkvertrages erwarten sie vom Arzt bestimmte Ergebnisse, die gegebenenfalls eingeklagt werden. Hinzu kommt die politische Entwicklung: Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine staatliche Angelegenheit geworden und nicht mehr allein Sache der Krankenkassen-Selbstverwaltung. Jetzt bestimmt der Staat die Finanzierung des Systems. Hoppe: „Alle Stellschrauben sind in der Hand des Staates – das ist eine Novität.“

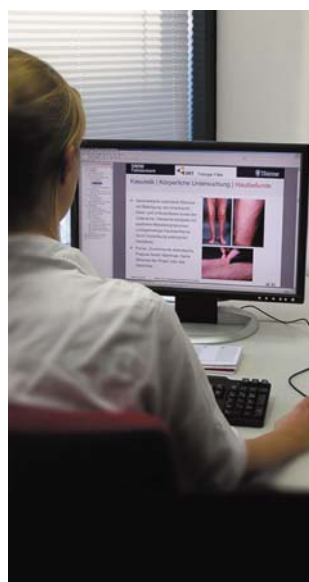
Lesen Sie weiter  
auf Seite 3

**Fortbildungsverpflichtung**

**Säumigen bleibt nicht  
viel Zeit, CME-Punkte zu  
sammeln!**

Vertragsärzte, die zum 30. Juni 2004 zugelassen waren, müssen spätestens bis zum 30. Juni 2009 ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgekommen sein. Jeder Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden 5-Jahreszeitraum seine Fortbildungspflicht erfüllt hat (Sozialgesetzbuch, §95d, Abs. 3 SGB V).

Für die bereits am 30.06.2004 zugelassenen Vertragsärztinnen und –ärzte heißt das, dass sie bis 30.06.2009 die gesetzlich vorgeschriebenen 250 CME (Continuous Medical Education)-Punkte vorzulegen haben. Falls der Fortbildungsnachweis nicht erbracht wird, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, entsprechende Honorarkürzungen vorzunehmen; ein Vertragsarzt kann die für den 5-Jahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen, wobei die nachgeholte Fortbildung auf den folgen-



Die 250 CME-Punkte, die bis zum 30.6. vorliegen müssen, können u.a. durch Fortbildungen des BDI, Internet-Module oder Kongressbesuche erworben werden.

Bild: Thieme Verlag KG

den 5-Jahreszeitraum nicht angerechnet werden kann (siehe SGB V). In meiner Verantwortung für die Fortbildung des BDI und im Namen des Präsidiums und des Vorstandes des BDI möchte ich dringend an Sie appellieren, Ihre CME-Punkte zeitgerecht einzureichen. Wir bemühen uns, für Sie eine kontinuierliche, zertifizierte Fort- und Weiterbildung für die gesamte Innere Medizin mit allen Schwerpunkten aktuell und auf hohem klinisch-wissenschaftlichem Niveau anzubieten, sodass Sie auch weiterhin, auch im Falle, dass Sie CME-Punkte noch

nachträglich einwerben müssen, unterstützt durch die BDI-Fortbildungen, nicht nur Ihrer Nachweispflicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachkommen, sondern darüber hinaus eine stete hervorragende Aktualisierung Ihres Wissensstandes vornehmen können.

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

**Honorarreform**

**Wo sind die  
Milliarden geblieben?**

Land auf, Land ab beklagen sich Hausärzte und Fachärzte darüber, dass die Regelleistungsvolumina so kalkuliert sind, dass die Finanzmittel nicht mehr für den Praxisbetrieb ausreichen würden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Berechnung der Regelleistungsvolumina von KV zu KV unterschiedlich ist, da sie nur die Leistungen beinhalten, die nicht außerhalb des Budgets vergütet werden. Fachgruppen, die wenig extrabudgetäre Leistungen abrechnen, haben deshalb ein vergleichsweise hohes Regelleistungsvolumen während Gruppen mit viel extrabudgetären Leistungen eher niedrig bewertet sind.

Deutlich wird dies z. B. bei den invasiv tätigen Kardiologen. In Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die invasive Tätigkeit extrabudgetär abgewickelt wird, wie beispielsweise in Hessen, gibt es ein niedrigeres Regelleistungsvolumen als in Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die invasive Diagnostik eingerechnet wurde. Es gibt grobe Anhaltspunkte, wie man sich dem Regelleistungsvolumen im Vergleich zu früheren Quartalen annähern kann (siehe letzte Ausgaben von BDI aktuell).

Lesen Sie weiter  
auf Seite 7

**Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung  
Gesundheitsbarometer  
2009**

Die Firma Ernst & Young hat das Gesundheitsbarometer 2009 veröffentlicht. Dabei stützt sie sich auf eine Befragung von 2.000 Verbrauchern in Deutschland, wobei alle Bundesländer vertreten sind. Bei den Befragten handelte es sich bei 85 % um gesetzlich- und bei 15 % um privatversicherte Patienten. Die Betrachtung bezieht die Hausärzte genauso wie die Fachärzte und die Krankenhausversorgung mit ein.

85 % der Bundesbürger sind mit der Gesundheitsversorgung in ihrer Region zufrieden. Jeder Vierte ist sogar sehr zufrieden. Der Anteil der Unzufriedenen liegt bei etwa 18 %. Eine kleine Differenz gibt es zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung. Während die Privatversicherten sogar zu 87 % mit der Versorgung zufrieden sind, beträgt der Prozentsatz bei der gesetzlichen Krankenversicherung 83 %.

Lesen Sie weiter  
auf Seite 6

## Editorial

Die von Frau Schmidt groß angekündigte Honorarreform ist gescheitert... das pfeifen alle Spatzen von den Dächern. Der Vorstand des BDI hat dies am 18. Januar 2009, also 3 Wochen nach ersten Erkenntnissen der Auswirkungen der Einführung der Regelleistungsvolumen in einem einstimmigen Statement fest gehalten. Es trifft nicht zu, wenn die zuständige Ministerin – sicherlich aufgrund der auch für sie nicht zu überhörenden Proteste der Ärzteschaft – immer wieder betont, der Gesetzgeber habe lediglich Rahmenbedingungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vorgegeben. Richtig ist, das von ihr durchgesetzte Gesetz schreibt konkrete Vorgaben vor, die eine notwendige längere Anpassungsphase – wie z.B.

bei der Einführung der DRGs im Krankenhaus mit einer dreijährigen Übergangszeit – gar nicht zulässt. Die für die Umsetzung zuständigen verantwortlichen Gremien sind hierdurch quasi einbetoniert worden. Sie hätten die vorhersehbaren Probleme aber erkennen und bei ihren Beschlüssen berücksichtigen müssen. Der sogenannte unparteiische Vorsitzende hat nachträglich eingeräumt, er habe die tatsächlichen Auswirkungen nicht absehen können. Aber auch die KBV hat sich dilettantisch verhalten und trägt eine gehörige Mitschuld an dem Desaster. Auch sie hätte wissen müssen, was auf sie zukommt und wie die Basis auf die Honorarnivellierung reagieren würde. An einem aber trifft die KBV keine Schuld: an der Unterfinanzierung des ambulanten Systems. Nach wie vor rabattiert der Vertragsarzt für die

Krankenkassen seine Leistungen mit ca. 30% niedrigeren Preisen: statt 5,1 Cent mit 3,5 Cent. Falsch war es, die fiktive Zunahme des Honorars von ca. 2,7 Mrd. Euro nicht als das zu bezeichnen, was es in der Tat ist: nämlich eine Mogelpackung. Falsch war es, nicht deutlicher zu sagen, dass der größte Teil davon bereits 2008 als Honorar für notwendige Leistungen verbraucht war. Falsch war es, diese fiktive Zunahme auch noch als honorarpolitischen Erfolg zu verkaufen und damit für viele nicht erfüllbare Hoffnungen zu wecken. Die KBV und die KVen haben ihre Prügel bekommen, die Krankenkassen aber nicht, obwohl sie mit ihren restriktiven Forderungen das Ergebnis maßgeblich beeinflusst haben und dafür auch die Verantwortung tragen. Der Hauptschuldige an der Misere ist aber die Bundesgesundheitsministerin



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

und ihr Ministerium. Von hier gehen die Initiativen zur Zerschlagung unseres bewährten Gesundheitssystems aus: der konsequente Weg in die Staatsmedizin verbunden mit der Zerstörung der ärztlichen Freiberuflichkeit einerseits und der gnadenlose Wettbewerb der Leistungserbringer, in dem in einem Vertragschaos sich der eine auf Kosten des anderen bereichert andererseits. Die vor allem hierdurch ausgelöste Zersplitterung

der Ärzteschaft spielt dieser Politik gerade zu in die Hände. Nur eine vereinte Ärzteschaft ist eine starke Ärzteschaft. Eine vereinte Ärzteschaft braucht starke Organisationen wie ihren Berufsverband, den BDI e.V. Alleine können und werden wir die Aufgabe, unsere Patienten auch zukünftig flächendeckend und ihrer Morbidität entsprechend medizinisch zu versorgen aber nicht lösen. Wir brauchen hierzu weiterhin eine kompetente Selbstverwaltung, die allerdings nur dann stark und einflussreich sein wird, wenn es ihr gelingt, verlorenes Vertrauen zurück zu gewinnen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

### Trauerspiel um die ärztliche Vergütung

## KBV wäscht ihre Hände in Unschuld

Die Frage nach dem Schuldigen für die zum Teil gravierenden Verwerfungen durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ist schnell beantwortet: Es war die Politik. Die KBV wäscht ihre Hände in Unschuld, wie ihr stellvertretender Vorstandsvorsitzender Dr. Carl-Heinz Müller auf einer Klausurtagung des BDI e.V. in Hamburg erkennen ließ.

Die Lage ist nach seinen Worten eindeutig: Der Gesetzgeber legt die grundsätzlichen Bedingungen der vertragsärztlichen Vergütung im SGB V fest. Untergesetzlich ist der paritätisch aus KV- und Krankenkassen-Vertretern besetzte Bewertungsausschuss für die Umsetzung zuständig. Als Schiedsgremium, falls keine Einigung zustande kommt, fungiert der erweiterte Bewertungsausschuss mit drei zusätzlichen unparteiischen Mitgliedern. Derzeitiger Vorsitzender ist der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem.

● **Das BMG ist immer mit im Ring**  
Den ganzen Ablauf setzt Müller mit einem Boxkampf gleich – bei dem das Bundesgesundheitsministerium ständig durch einen Beobachter vertreten ist. Bereits die Ärzeproteste im Jahre 2006 haben der Öffentlichkeit die Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung deutlich gemacht. Mit der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung durch das GKV-WSG sieht die KBV wesentliche Ziele der Ärzteschaft erreicht: Die floatenden Punktwerte sind durch eine feste Euro-Gebührenordnung abgelöst worden, das Morbiditätsrisiko ist zu den Krankenkassen rückverlagert worden, die Kopfpauschalen und die Budgetierungen wurden abgeschafft, die Vergütung in den östlichen Bundesländern ist an die der westlichen Bundesländer angeglichen worden.

Tatsache ist, dass es im Jahre 2008 zu einer hohen Steigerung des Gesamthonorars gegenüber 2007 gekommen ist, die weit über den Zuwächsen der Vorjahre lag. Das resultierte im wesentlichen aus regionalen Vereinbarungen zur Vergütung außerhalb der pauschalierten und budgetierten Gesamtvergütungen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat beschlossen, bestimmte Leistungsbereiche aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung heraus zu nehmen (besonders förderungswürdige Leistungen). Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses enthält zudem die Möglichkeit, regionale Zuschläge zum Orientierungswert zu vereinbaren, damit Abwertungen dieser Leistungen im Zusammenhang mit der Vereinheitlichung der Auszahlungspunktwerte auf das Niveau des Orientierungswertes vermieden werden.

● **Opfer eines politischen Tricks**  
Aber dann hat das BMG im September und schließlich im November letzten Jahres durch Schreiben eingegriffen und de facto die Möglichkeiten zur Vereinbarung regionaler Zuschläge blockiert. Leistungsbezogene Zuschläge sollten demnach allein aus Rückstellungen finanziert werden. Das hatte zur Folge, dass Punktwert-Zuschläge nur in begrenztem Umfang verhandelt bzw. im Schiedsamt festgesetzt werden konnten. Heute spricht Müller von einem „politischen

Trick“ des BMG, der rechtlich nicht haltbar sei. Es wäre besser gewesen, fügt er an, man hätte die Schiedsamtssitzungen abgesagt. Wie ein Vergleich von vier Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, ist die Höhe der Rückstellungen regional sehr unterschiedlich. Das Regelleistungsvolumen für alle Arztgruppen bewegt sich zwischen 60 und 70% der Gesamtvergütung. Der extreme Zeitdruck für die Bildung der RLV bereitete den KVen große Probleme, und mangelhafte Kommunikation sorgte dafür, dass Fallwert und RLV miteinander verwechselt wurden. Der fehlerhafte Vergleich des Gesamtfallwerts von 2008 mit dem RLV-Fallwert im ersten Quartal 2009 führte zu massiver Unsicherheit unter den Vertragsärzten. Die KBV kam bei einem Zwischenfazit zu dem Schluss, dass die vom Erweiterten Bewertungsausschuss vorgesehenen Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen unter dem Einfluss des BMG-Schreibens nur unzureichend umgesetzt wurden. „Die dadurch regional resultierende deutliche Verminderung der Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen, insbesondere ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen ist dringend zu korrigieren!“ Der Orientierungswert bzw. Regelfallpunktwert der regionalen Euro-Gebührenordnungen für das Jahr 2009 wurde auf 3,5001 Cent festgelegt und liegt damit 31,5 % unter dem kalkulatorischen Punktwert des EBM (5,11 Cent).

● **Konvergenzphase für sieben Quartale**  
Aufgrund der Unruhe an der Basis kam es Mitte Januar zu einer erneuten Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses, auf der eine Konvergenzphase zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste über sieben Quartale vom 1. April 2009 bis zum 31. Dezember 2010 beschlossen wurde. Keine Praxis sollte mehr als 5% Umsatzverluste erleiden. Um über-

proportionale Verluste auszugleichen, sollten überproportionale Gewinne entsprechend gekappt werden. Zu einem Eklat kam es in der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 22. Januar 2009, als die Krankenkassen darauf bestanden, die Bereinigung der Gesamtvergütung infolge von Selektivverträgen auf alle im Kollektivvertrag beteiligten Ärzte bzw. Praxen auszudehnen. Nachdem sich die KBV mit ihrem Standpunkt: „Regelleistungsvolumen von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten werden auch nicht bereinigt!“ nicht durchsetzen konnte, verließ sie unter Protest die Sitzung. Für Müller ist klar: Ein Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ohne KBV ist formal rechtswidrig. Die Geschäftsordnung verlangt die Anwesenheit aller Mitglieder des Erweiterten Bewertungsausschusses. Der Beschluss ist zudem inhaltlich rechtswidrig, denn die Menge der abrechenbaren Leistungen kann nicht von einem Selektivvertrag, an dem andere Ärzte partizipieren, abhängig sein. „Warum soll ein Arzt in Köln bei der Versorgung seiner Patienten weniger Leistungen erbringen dürfen, wenn eine Krankenkasse mit Ärzten in Düsseldorf einen Selektivvertrag abschließt?“ Die KBV betrachtet den Beschluss als ungültig und hat das BMG zur Beanstandung des Beschlusses im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung aufgefordert. Außerdem hat sie Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erhoben, was aufschiebende Wirkung hat.

● **Wer will da noch Vertragsarzt sein?**  
Für die Vertragsärzte, -psychotherapeuten und die Körperschaften ist die jetzige Situation unerträglich, gestand Müller in Hamburg. Die völlig überregulierte Systemsteuerung versage sowohl im Kollektiv- wie im Selektivvertragsbereich. Ärzte wollen aus dem System heraus, aber nicht ohne

den teilweisen Schutz des Kollektivvertrags und der KVen. Eine Wettbewerbsordnung gibt es nicht, und vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise ist nicht damit zu rechnen, dass im Kollektivvertrag zusätzliches Geld bereit gestellt wird. „Kein Wunder, dass unter diesen Umständen keiner mehr als Vertragsarzt arbeiten möchte“, kommentierte BDI-Vorstandsmitglied Prof. Jürgen F. Riemann die Schilderung Müllers. Die kurzfristige Strategie der KBV sieht so aus, dass bei der nächsten Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses u.a. die vollständige Herausnahme von Leistungen nach §115b SGB V und von belegärztlichen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verlangt wird. Die regionalen Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sollen verbindlich umgesetzt werden. Die KBV verlangt eine Milliarde Euro mehr für die vertragsärztliche Vergütung. Das ist kein zusätzliches Geld, erläuterte Müller, sondern das ist Geld, das gar nicht erst in die Gesamtvergütung geflossen ist, sondern jetzt bei den Krankenkassen in einer anderen Schublade versteckt wird. Bis zum 1. September 2009 soll der kalkulatorische Punktwert im Standardbewertungssystem des EBM (STABS) auf den Orientierungswert von derzeit 3,5001 Cent für alle Leistungen umgestellt werden. Zudem soll es eine verbindliche Perspektive zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten ab 1. Januar 2010 geben. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack ahnt bereits, dass dann die zweite Revolution der Vertragsärzte anstehen wird. Nach intensiven Beratungen mit den Berufsverbänden will die KBV auf ihrer Vertreterversammlung am 18. Mai in Mainz einen Beschluss über das weitere Vorgehen fassen. Auf einem Kassenärztetag am 3. Juli 2009 soll dazu auch gegenüber der Öffentlichkeit Stellung bezogen werden.

**BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe beim BDI**  
(Fortsetzung von Seite 1)

## Die Bundesärztekammer als Interessenvertretung der Ärzte

Der Staat hat sich auch in die Prozeduren eingemischt, entweder durch Rechtsverordnungen oder indem er den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu bringt, Leitlinien und Vorschriften aller Art zu produzieren, die die Patient-Arzt-Interaktion direkt beeinflussen. Es geht nicht mehr darum, welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, sagte Hoppe, sondern immer wird ein Zusammenhang zur Finanzierbarkeit hergestellt. Von der Rechtsprechung ist das noch bestätigt worden: Der Erhalt des Systems hat als gesellschaftlicher Wert Präferenz.

Die Ausrufung des Wettbewerbs wertet der BÄK-Präsident als Implementierung dieser Philosophie in einem Bereich, wo der reine Wettbewerb gar nicht funktionieren kann, weil der Gegenstand des Wettbewerbs, die Krankheit nämlich, gar nicht wählbar ist.

Jetzt würden die bisherigen „Mitspieler“ und die neu hinzu gekommenen „gewinn-orientierten“ Mitbewerber in den Wettbewerb geschickt mit dem Ergebnis, dass viele hinausgekickt würden. Den einzigen Eingriff in die Wettbewerbs-Ideologie hat es zugunsten der hausärztlichen Versorgung gegeben. Die fachärztliche Versorgung soll dagegen ausgedünnt werden. Übrig bleiben laut Hoppe fachärztliche Versorgungszentren, finanziert von Investorengruppen, die gegenüber den Fachärzten in Einzelpraxen im Vorteil sind. Der Staat sieht der Entwicklung gelassen zu. Die Anbieter dezimieren sich gegenseitig. „Das nennt man Marktberreinigung. Diese Phase hat bereits begonnen.“

In einer solchen Situation kann die Bundesärztekammer ganz anders ihre Stimme erheben als es die KBV je könnte, betonte Hoppe. Die KBV kann von der Aufsicht, dem BMG, einbestellt werden, die BÄK nicht. Die Landesärztekammern könnten von den Ländern zwar auch einbestellt werden, aber das passiere im Grunde nicht, weil dort das gegenseitige Einvernehmen besser sei. All das habe gewaltige Auswirkungen auf den Arztberuf, erklärte er. „Wir sind die ‚Wertschöpfer‘ und die Patienten sind ‚Wertschöpfungsobjekte‘ für die Investoren der Einrichtungen.“

### ● Nationale Versorgungs-Leitlinien bilden Gegengewicht

Der BDI begrüßte bei der Klausurtagung auch die Entscheidung der Bundesärztekammer, sich nicht am Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beteiligen. Er sieht in den Nationalen Versorgungsleitlinien der Bundesärztekammer, die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt werden, ein Gegengewicht zu der vom Aspekt der Kosten dirigierte Politik des IQWiG und des G-BA. Die wissen-

schaftlich begründeten Nationalen Versorgungsleitlinien beschreiben eine gute medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand des Wissens und werden unter Berücksichtigung der Erfahrung aus Klinik, Praxis und alltäglicher Anwendung fortgeschrieben. Sie stärken die medizinische Kompetenz der Ärzte gegenüber den ökonomisch dominierten Interessen der Politik und der Krankenkassen. Krankheit ist keine Ware, die man zum Gegenstand des Wettbewerbs machen darf, betonte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack in Übereinstimmung mit BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe auf der Klausurtagung in Hamburg. Der BDI unterstützt nachhaltig die Bemühungen der Bundesärztekammer, die Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten wieder herzustellen. Der ökonomische Druck der Kosten- und der Krankenhausträger beeinträchtigt die ärztliche Berufsfreiheit in unerträglichem Maße.

KS

## RLV-Bescheid 2. Quartal 2009 zu spät zugestellt – Widerspruch ist möglich

**Gemäß § 87 b Abs. 5 SGB V obliegt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Zuweisung des RLV spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer mitzuteilen. Kann ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige, dem Arzt zugewiesene, vorläufig fort.**

Mehr als die Hälfte aller Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Frist für die Zustellung des Regelleistungsvolumenbescheids nicht eingehalten und den Vertragsärzten diesen zu spät oder noch gar nicht zugestellt. Laut Gesetz ist die Frist für die Bekanntgabe am 3. März 2009 abgelaufen. Vertragsärzte, deren RLV-Bescheid zu spät zugestellt wurde, können daher schon alleine aus diesem Grund Widerspruch einlegen und müssen das neue RLV nicht akzeptieren. Soweit das RLV des 1. Quartals höher ist, sollten Sie

Widerspruch einlegen, sodass das alte, meist höhere Budget fortgilt. Weitere Punkte, die der Vertragsarzt bei seinem RLV-Zuweisungsbescheid prüfen sollte, sind:

- ▶ Ist die Zuweisung zur richtigen Arztgruppe erfolgt (Versorgungsschwerpunkt kann auch ohne Berechtigung zur Führung einer Schwerpunktbezeichnung vorliegen)?
- ▶ Ist der 10%ige Zuschlag für fachgleiche Gemeinschaftspraxen/fachgleichen angestellten Arzt berücksichtigt?
- ▶ Ist die Zahl der kurativ/ambulantem Behandlungsfälle in 2/2008 zutreffend?
- ▶ Ist ein möglicher Anfängerstatus berücksichtigt?
- ▶ Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen ist zu überprüfen, ob die Fallzahl der Anzahl der abgerechneten Grund- bzw. Versichertenpauschale entsprechend ist, da die Zahl der Arztfälle in fachgleichen Berufsausübungsgemein-

schaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen nach der Zahl der abgerechneten Zahl der arztgruppenspezifischen Versicherten, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen werden.

- ▶ Ist der Beschäftigungsumfang der angestellten Ärzte zutreffend berücksichtigt worden?

Des Weiteren sind die Praxisbesonderheiten zu prüfen. Die Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem gesonderten Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierenden Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe vorliegt.

*Berufsverband Deutscher Internisten e. V.  
Schöne Aussicht 5  
65193 Wiesbaden  
Rechtsanwalt Helge Rühl  
Geschäftsführer*

## 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 sowie die Entschädigungsordnung liegen zudem ab dem 27. März 2009 in der Geschäftsstelle des BDI zur Einsichtnahme durch die Mitglieder aus.

5. Verschiedenes

*W. Wesiack*

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



## Gesundheitspolitischer Antrag der FDP-Fraktion

## Die FDP läutet den Wahlkampf ein!

Daniel Bahr, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP, hat 14 Eckpunkte für eine „einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen“ vorgestellt (siehe unten „Antrag der FDP“). Würden diese Punkte umgesetzt, wäre alles nicht mehr wie früher: Körperschaften wie die Kassenärztliche Vereinigung sind überflüssig, abgerechnet wird per Kostenerstattung. Durch Rücklagen soll die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Kassen verbessert werden, die sich von Körperschaften in Unternehmen mit sozialer Verantwortung umwandeln sollen.

Es handelt sich um Eckpunkte; der Teufel steckt im Gesundheitswesen im Detail. Man darf auf weitere Konkretisierungen gespannt sein. Vor allem bei zwei Themen, die in den 14 Punkten nur angerissen sind:

- Wie sieht die Krankenkasse der Zukunft aus?
- Gibt es einen Grundleistungskatalog und wer definiert ihn?

Eines ist klar: Durch die Initiative der FDP lässt sich die Gesundheitspolitik im Wahlkampf nicht mehr ausklammern. Übrigens, weniger publikumswirksam als die FDP, aber dennoch deutlich haben sich auch die SPD und die Linke geäußert. Die SPD ist für die Bürgerversicherung, die Linke für die Einheitskassen, was wohl auf das Gleiche hinausläufe.

Auch die CSU bereitet sich auf das Thema Gesundheit vor und will ein Programm, unabhängig von der Schwesterpartei CDU, auflegen. Die hält sich aus der Diskussion noch ganz heraus. Sie muss vor allem einen Rückweg vom Gesundheitsfonds finden. Das dürfte besonders für Angela Merkel schwierig werden.

HFS

## Antrag der FDP

## Deutscher Bundestag

16. Wahlperiode 11. 02. 2009

Drucksache 16/11879

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Jörg van Essen, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Hausteil, Dr. Werner Hoyer, Michael Kauch, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dr. Erwin Lotter, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Gisela Piltz, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Daniel Volk, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

## Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen

## Der Bundestag wolle beschließen:

## I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bürger verstehen nicht mehr, was im Gesundheitswesen vor sich geht. Und sie merken, dass die gewohnt gute Qualität der medizinischen Versorgung nachlässt. In ihrer Apotheke erhalten sie einmal dieses und einmal jenes Arzneimittel, je nachdem mit welchen Firmen Rabattverträge abgeschlossen worden sind. In den Krankenhäusern müssen sie zum Teil lange warten bis jemand kommt, um ihnen zu helfen. Bei Hilfsmitteln dürfen sie nicht mehr zu dem Belieferer ihrer Wahl gehen, sondern die Krankenkassen bestimmen, auf wen sie zurückgreifen dürfen. Die Patienten werden gegängelt. Sie werden zunehmend in standardisierte Schablonen gepresst. Man raubt ihnen mehr und mehr ihre Autonomie, gemeinsam mit ihrem Therapeuten eine Behandlung zu vereinbaren, die bei ihnen den besten Erfolg verspricht. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist durch die letzten Reformen deutlich in Richtung eines zentralistischen, staatsgesteuerten Einheitskassensystems verschoben worden.

Gleichzeitig ist der Beitragssatz auf das Rekordniveau von 15,5 Prozent gestiegen. Die Bürger spüren das am eigenen Leib. Viele haben zu Beginn des Jahres starke Beitragssatzsteigerungen in Kauf nehmen müssen, ohne dass sich ihr Krankenversicherungs-

schutz verbessert hätte. Die im Rahmen des Konjunkturpakets II geplante Absenkung um 0,6 Beitragssatzpunkte ändert nichts daran, dass die gesetzliche Krankenversicherung im Hinblick auf die Aufgaben, die der Gesetzgeber ihr zuschreibt, unterfinanziert ist. Diese Absenkung verschleiert den tatsächlichen Finanzierungsbedarf und weckt die Illusion, auf Strukturreformen verzichten zu können. Sie verschärft, weil kreditfinanziert, zudem die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Schwierigkeiten. Diese Schulden sind insbesondere von den dann aktiv Beschäftigten zurückzahlen, wenn noch mehr alte Menschen durch noch weniger junge Menschen unterstützt werden müssen. Der Gesundheitsfonds macht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zunehmend auch die private Krankenversicherung (PKV) zum Spielball wechselnder bundespolitischer Interessen. Je nach Stimmung, Kassenlage und Wahltermin wird entweder Geld in das System hineingegeben oder aus dem System herausgezogen. Es ist deshalb im Rahmen dieser Denkweise konsequent, die Rückzahlung für die Bundesdarlehen zum Ausgleich wegbrechender Beitragseinahmen des Gesundheitsfonds auf das Jahr 2011 zu verschieben, wohl wissend, dass das Defizit bis dahin so hoch sein wird, dass es aus eigener Kraft von der GKV kaum ausgeglichen werden kann. Dabei verlässt man auch den noch vor kurzem für unabdingbar gehaltenen Grundsatz, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich nicht verschulden dürfen. Alle

Anstrengungen, die vorhandenen Schulden bis zum 31. Dezember 2008 abzubauen, werden durch die Gewährung des Bundesdarlehens Makulatur. Der Gesundheitsfonds mindert den Druck zu notwendigen Reformen. Verspätete Reformmaßnahmen müssen dann umso härter ausfallen. Der Gesundheitsfonds setzt eine Interventionsspirale in Gang, die zu einer vollständigen Zentralisierung führt. Zum Ausdruck kommt das in der Vereinheitlichung der Arzthonorare. Deutlich geworden ist das auch bei der Diskussion über die Basisfallwerte in den Krankenhäusern. Wenn regional tätige Krankenkassen bundesweit einheitliche Zuweisungen aus dem Fonds erhalten, sind sie nicht in der Lage, höhere Preise für Krankenhausleistungen zu bezahlen, obwohl dies in der Region angebracht sein kann. Das staatliche Globalbudget führt zu staatlicher Preisadministration. Die Politik bestimmt wie viel Geld in welche Verwendung fließen darf. Damit wird sie zum Adressaten für berechnete wie unberechtigte Forderungen, die sie immer nur global befriedigen und damit den einzelnen Belangen nicht gerecht werden kann. Die Krankenkassen werden von Krankenversicherern zu staatlich determinierten „Managementgesellschaften“ mit Fondszuweisungen. Mit großem Aufwand ist ein hochkomplexer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) geschaffen worden, der für größere Gerechtigkeit zwischen den Krankenkassen sorgen sollte. Stattdessen jedoch entstehen neue Ungerechtigkeiten. Nun ist es attraktiv, Versicher-

te zu gewinnen, die eine der erfassten Krankheiten haben, in diesem Rahmen aber eine relativ geringe Behandlungsnotwendigkeit aufweisen. Der Morbi-RSA ist höchst manipulationsanfällig. Die von ihm ausgehenden Anreize sind kontraproduktiv: Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen profitieren davon, wenn mehr Versicherte mit schwerwiegenderen Krankheiten eingestuft werden. Dieses gemeinsame Interesse am „Upcoding“ führt dazu, dass die deutsche Bevölkerung zumindest statistisch gesehen kränker wird. Besonders problematisch ist es, wenn die Qualität der Codierung der Erkrankungen davon abhängig gemacht wird, dass Verträge mit einer Arztgruppe geschlossen werden. Bedenklich ist auch, dass die Krankenkassen über das Zusammenführen der Daten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit den Stammdaten ihrer Versicherten einen gläsernen Patienten schaffen und damit ihre Geschäftspolitik strategisch ausrichten können. Mit kleineren Korrekturen am Morbi-RSA ist es nicht getan. Notwendig ist die Rückbesinnung auf klare, nicht manipulierbare Faktoren. Über die Jahre hinweg haben Regeledichte und Komplexität im Gesundheitssystem immer mehr zugenommen. Das führt im Ergebnis dazu, dass eine Handvoll Experten die Politik bestimmen, nicht aber die dafür verantwortlichen Politiker. Es ist an der Zeit, dies grundlegend zu ändern. Bei allen Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch muss überprüft werden, ob sie überhaupt benötigt und wenn ja, wie sie deutlich vereinfacht werden können. Alle Beteiligten müssen auch ohne jahrelanges Studium in der Lage sein, zu verstehen, welche Rechte und Pflichten hieraus resultieren. Es ist an der Zeit, das Steuer herumzureißen und sich darauf zu besinnen, was eine Krankenversicherung leisten muss und soll und welches gesetzlichen Rahmens es hierfür bedarf.

Der Staatseinfluss muss darauf beschränkt werden, die Bedingungen zu formulieren, unter denen Gesundheitsversorgung stattfinden soll. Stattdessen unternimmt der Staat zurzeit den Versuch, alles und jedes im Gesundheitswesen bis ins Einzelne zu regeln. Alle Vorgaben ändern nichts daran, dass die in der medizinischen Versorgung Tätigen durch ihre Arbeit, ihr Engagement und ihre Qualifikation trotz dieser Reglementierung noch dafür sorgen, dass Kranke eine gute medizinische Versorgung erhalten. Wenn sie motiviert sind, ihr Bestes zu geben, ist das der Garant für die bestmögliche Behandlung und Betreuung. Das bedeutet, dass es einen grundlegenden Wandel geben muss von einem Klima, das geprägt ist durch Misstrauen, Detailvorschriften und Kontrollen hin zu einem Klima, das den in den Gesundheitsberufen Tätigen Vertrauen entgegen bringt. Wenn es nicht gelingt, dafür zu sorgen, dass Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte usw. eine hohe Motivation entwickeln, wird es in den nächsten Jahren sehr schwierig sein, das gute Gesundheits-

niveau zu halten. Dafür müssen Leistungsanreize richtig gesetzt werden mit leistungsgerechter Honorierung gerade auch für Hausbesuche und Gesprächsleistungen. Freiräume für verantwortliches Handeln müssen geschaffen werden. Die Freiberuflichkeit muss Vorrang vor der Institutionalisierung haben. Und die viel zu viel Zeit der Patienten raubende Überregulierung muss abgebaut werden.

## II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auf den Prüfstand zu stellen und komplett neu zu fassen. Dabei sind folgende Kriterien zugrunde zu legen:

## 1. Eindämmung des Staatseinflusses

– **Ermöglichung eines funktionsfähigen Wettbewerbs.** Die Krankenkassen wandeln sich von Körperschaften des öffentlichen Rechts zu Unternehmen mit sozialer Verantwortung. Als erstes erhalten sie die Beitragsautonomie zurück. Der Gesundheitsfonds muss rückgängig gemacht werden. Ein manipulationsunanfälliger, vereinfachter Risikostrukturausgleich wird entwickelt. Ein klarer wettbewerbs- und kartellrechtlicher Rahmen, der den Missbrauch marktbeherrschender Stellungen auf allen Seiten verhindert, muss gesetzt werden. Wer den Wettbewerb bejaht, muss auch damit leben, dass es Unterschiede gibt, denn nur daraus entwickelt sich die zur Effizienzsteigerung notwendige Dynamik. Das bedeutet, dass nicht alles einheitlich und gemeinsam und bundesweit geregelt werden kann, sondern die Kreativität der Beteiligten vor Ort zum Tragen kommen muss.

**2. Verständlichkeit und Transparenz für alle Beteiligten.** Das System braucht klare, einfache, sich nicht widersprechende Regelungen. Bürokratische Vorgaben und Kontrollen müssen auf das notwendige Mindestmaß beschränkt werden. Gesetzlich vorgegebene Budgets sind durch leistungsgerechte Preise zu ersetzen. Wer gute Arbeit leistet, muss auch mehr Geld erhalten. Im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich z. B. muss eine nachvollziehbare Euro-Gebührenordnung als Grundlage für die Kostenerstattung die hochkomplexen Regelleistungsvolumina und die Budgets ersetzen. Im Arzneimittelbereich muss die viel zu große Zahl der verschiedensten, sich zum Teil widersprechenden Instrumente deutlich reduziert werden.

**3. Strikte Einhaltung des Grundsatzes der Subsidiarität.** Eigenverantwortung geht vor Kollektivverantwortung. In erster Linie sind die Menschen für ihre Gesundheit und für die Absicherung von Krankheitsfolgen selbst verantwortlich. Unterstützung und Hilfe sind dort notwendig, wo sie hierzu, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind.

**4. Beitragsgerechtigkeit.** Hierfür ist eine klare Trennung von Versicherungsleistungen und Umverteilung erforderlich. Die Absicherung für

den Krankheitsfall soll über leistungsgerechte Prämien erfolgen, die Umverteilung über das Steuer- und Transfersystem. So vermeidet man, dass die alleinstehende Verkäuferin die Familie des in der GKV verbliebenen Generaldirektors subventioniert. Stattdessen ist eine zielgerichtete Unterstützung derjenigen möglich, die anderenfalls nicht in der Lage wären, einen adäquaten Versicherungsschutz zu erhalten.

**5. Vorsorge für kommende Lasten.** So schnell wie möglich müssen zugriffssichere Kapitalreserven für steigende Gesundheitsausgaben im Alter gebildet werden. Die demografische Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten mit der steigenden Zahl älterer Menschen und einer Abnahme der Zahl jüngerer, arbeitsfähiger Menschen bei gleichzeitigem medizinisch-technischem Fortschritt steht fest. Deutschland braucht einen Systemwechsel weg von der Umlagefinanzierung hin zur Kapitaldeckung. In der Alterssicherung ist ein erster Schritt in diese Richtung bereits gemacht worden.

**6. Planungssicherheit für Arbeitsplätze.** Der Arbeitgeberbeitrag soll als Lohnbestandteil ausgezahlt werden, um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft nicht durch steigende Lohnzusatzkosten zu gefährden.

**7. Verlässlichkeit und Konkretisierung des Bundeszuschusses.** Steuergeld darf nur für die Übernahme der Kosten exakt bestimmter versicherungsfremder Leistungen und nicht als jederzeit veränderbarer Globalzuschuss gegeben werden. Nur so ist gewährleistet, dass das Geld gezielt für den vom Gesetzgeber vorgesehenen Zweck eingesetzt wird. Durch diese Zweckbindung ist auch sichergestellt, dass nicht jedes Jahr neu über den Bundeszuschuss nach Kassenlage entschieden wird.

**8. Konzentration der obligatorisch durch die Solidargemeinschaft zu finanzierenden Leistungen auf das medizinisch wirklich Notwendige.** Solidarität trägt nur so lange, wie sie nicht überstrapaziert wird. Deshalb müssen Menschen zunächst einmal für sich selbst einstehen, bevor sie erwarten können, dass andere das für sie tun.

**9. Stärkung der Patientenautonomie.** Der Patient muss das Sagen haben und nicht Experten am grünen Tisch. Er muss sich gemeinsam mit seinem Therapeuten frei für eine Therapie entscheiden können und darf nicht jeglichen Anspruch an seine Krankenkasse verlieren. Notwendig ist eine Mehrkostenregelung, damit Versicherte ihre Wahlfreiheit auch nutzen können.

**10. Stärkung des Verantwortungsbewusstseins auf allen Ebenen.** Die Versicherten sollen neben der unbedingt notwendigen Grundversorgung frei über den Leistungsumfang und die Tarifgestaltung bestimmen können. Das Sachleistungsprinzip, das dem Patienten nach Zahlung des Krankenversicherungsbeitrages freien Zugang zu allen Gesundheitsleistungen ermög-

licht, ohne dass er überhaupt weiß, welche Kosten er hierdurch verursacht, muss durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden, verbunden mit intelligent ausgestalteten Selbstbeteiligungslösungen.

**11. Stärkung der Freiberuflichkeit** als elementare Voraussetzung für eine Gesundheitsversorgung, die an den Interessen der Patienten ausgerichtet ist und individuelle Therapiekonzepte ermöglicht.

**12. Verhinderung einer Kochbuchmedizin,** die auf dem Irrglauben beruht, die Medizin sei eine reine Naturwissenschaft. Therapiefreiheit

bedeutet auch Therapieverantwortung des Arztes. Es ist ureigenste Aufgabe der ärztlichen Standesorganisationen dafür zu sorgen, dass in diesem Rahmen die Qualität gewährleistet ist. Ärzte haben einen Anspruch darauf in ihrer Arbeit unterstützt zu werden durch Leitlinien, Empfehlungen und eine gute Aufbereitung vorhandener Studienergebnisse. Das Arzt-/Patientenverhältnis darf nicht durch übermäßige Globalvorgaben gefährdet werden. Den Standardpatienten gibt es nicht und damit auch keine allgemein gültige Standardtherapie.

**13. Faire Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV.** Die Verschlechterung der Bedingungen, unter denen Bürger sich für einen privaten Krankenversicherungsschutz entscheiden können, muss rückgängig gemacht werden. Stattdessen muss jeder Bürger die freie Wahl haben, bei welchem Krankenversicherer er seinen Versicherungsschutz abschließen möchte.

**14. Große Sensibilität für datenschutzrechtliche Belange.** Voraussetzung für die elektronische Gesundheitskarte muss sein, dass ihre Nutzung auf freiwilliger Basis

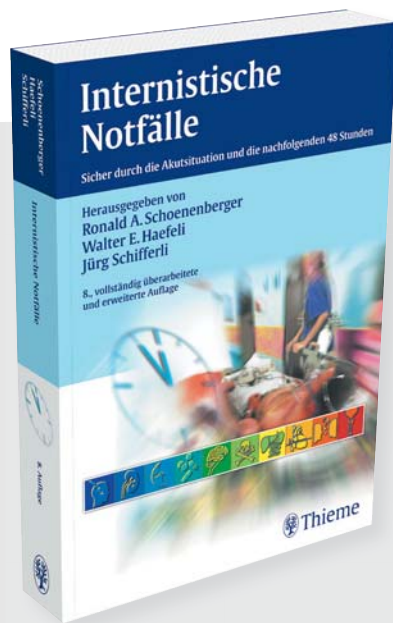
erfolgt. Auch ein indirekter Zwang muss ausgeschlossen sein. Patienten, die eine spezielle hausärztliche Versorgung wünschen, dürfen hiervon nicht abgeschnitten werden, nur weil sie nicht bereit sind, der Führung einer Patientenakte zuzustimmen. Krankenkassen dürfen nicht in die Lage kommen, ihre Versicherten zu gläsernen Patienten zu machen.

Berlin, den 10. Februar 2009

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

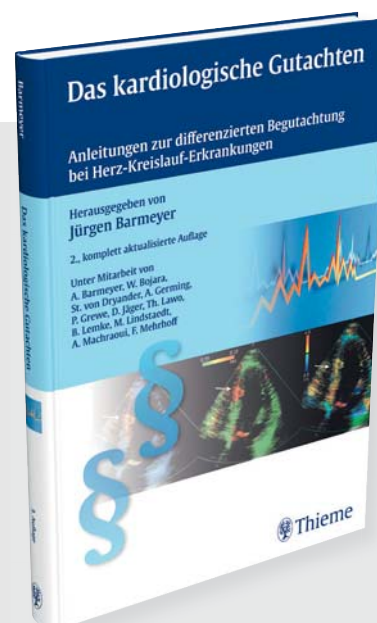
(Quelle: Drucksache des Deutschen Bundestags – Drucksache 16/11879)

# Innere Medizin *aktuell*



**Internistische Notfälle**  
Sicher durch die Akutsituation und die nachfolgenden 48 Stunden  
Herausgegeben von Ronald A. Schoenenberger, Walter E. Haefeli, Jürg Schifferli (Hrsg.)  
2009. 8. völlig überarb. u. erw. A. 768 S., 243 Abb., kart.  
ISBN 978 3 13 510608 3  
**89,95 € [D]**  
**92,50 € [A]/149,- CHF**

- Schnell orientieren, rasch einordnen, richtig entscheiden**
- Über 600 internistische Notfallsituationen
  - Straffe Textgliederung, einheitliches Erkrankungsraster
  - Typische Krankheitszeichen und Leitsymptome (sortiert nach Häufigkeiten)
  - Unbedingt auszuschließende Differenzialdiagnosen
  - Die entscheidenden anamnestischen Fragen
  - Wegweisende Notfalldiagnostik (und zu erwartende Befunde)
  - Lebensrettende Sofortmaßnahmen und Initialtherapie in den ersten 24 bis 48 Stunden
  - Konkrete Dosierungsangaben und Medikamentennamen
  - Normalstation oder Intensivpflicht?
  - Nichts übersehen: Therapeutische Besonderheiten bei Jugendlichen, Schwangeren und alten Patienten, Verordnungshinweise bei Nieren- und Leberinsuffizienz



**Das kardiologische Gutachten**  
Anleitung zur differenzierten Begutachtung bei Herz- Kreislauf-Erkrankungen  
Herausgegeben von Jürgen Barmeyer  
2., komplett aktualisierte Auflage  
Unter Mitarbeit von A. Barmeyer, W. Bogara, St. von Doyander, A. Gering, P. Grewé, D. Jäger, Th. Lauen, B. Lenz, M. Linzinger, A. Machran, F. Nabelhof  
ca. 2. Quart. 2009. 2., kompl. akt. A. ca. 304 S., ca. 55 Abb., geb.  
ISBN 978 3 13 113942 9  
**ca. 129,95 € [D]**  
**ca. 133,60 € [A]/ca. 216,- CHF**

- Grundlagen kurz und prägnant**
- Erläuterung der Gutachtenarten, spezifische Fragestellungen und Begriffe
  - Gesetzliche Rahmenbedingungen
  - Praktische Erstellung eines Gutachtens
- Sofort praktisch umsetzbar**
- Kriterien zur Beurteilung von Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und spezifischer Arbeitsplatzbelastung
  - Funktionsprüfung und Quantifizierung des myokardialen Funktionszustandes
  - Praxisbeispiele zum besseren Verständnis
- Direkt zur fundierten Begutachtung**
- Darstellung aller relevanten Erkrankungen
  - Beurteilung in der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, nach dem Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz
  - Bemessung von MdE und GdB



**Rationelle Diagnostik und Therapie für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel**  
Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Redaktion, Hendrik Lehnert  
ca. 2. Quartal 2009.  
3. komplett überarb. und erw. A. ca. 524 S., ca. 64 Abb., geb.  
ISBN 978 3 13 129553 8  
**ca. 129,95 € [D]**  
**ca. 133,60 € [A]/ca. 216,- CHF**

- Autorisiertes Wissen – fachübergreifende Kompetenz**
- Die offiziellen Standards: herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
  - Ausgewiesene Experten aus allen relevanten Fachgebieten (Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Gynäkologie, Labormedizin)
- Praktische Relevanz**
- Klare Empfehlungen bei alternativen Diagnoseverfahren
  - Bewertete Diagnostik und Therapie: was ist obligat, was ist fakultativ
  - Praktische Testdurchführung und Ergebnisinterpretation
  - Hinweise auf Besonderheiten im Kindesalter und in der Schwangerschaft

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



Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland  
(Fortsetzung von Seite 1)

## Gesundheitsbarometer 2009

### ● Regionale Differenzen

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind minimal. Etwas deutlicher verschlechtert empfinden die Patienten im städtischen Umland ihre Versorgung. Ob dies tatsächlich so ist, oder nur im Vergleich zu dem hohen Standard in den Städten als Eindruck entsteht, muss offen bleiben. Im Westen, Norden und Süden unseres Vaterlandes ist die Zufriedenheit mit etwa 86 % gleich hoch; unzufrieden sind eher die Ostdeutschen. Hier liegt der Wert nur bei 82 %. Die Studie differenziert auch nach unterschiedlichen Bundesländern. Besonders zufrieden sind die Patienten in Hamburg. 91 % der Befragten finden die Versorgung gut. Ähnlich positiv wird der Stadtstaat Bremen bewertet. Schlusslicht sind die neuen Bundesländer Brandenburg, Sachsen-Anhalt sowie die Stadt Berlin. Von den alten Bundesländern werden Hessen und Niedersachsen ungünstiger bewertet als die übrigen.

### ● Hausärztliche Versorgung wird gut bewertet

Zwischen den Ärzten gibt es große Unterschiede. Die hausärztliche Ver-

sorgung wird durchweg als positiv empfunden, sowohl was die Nähe zum Arzt als auch die Qualität der medizinischen Versorgung betrifft. Bei der Qualität werden die Hausärzte am positivsten bewertet, die Fachärzte fallen etwas ab, die Krankenhäuser sind in dem Vergleich am schlechtesten bewertet. Bei den Unterschieden zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherten gibt es zwischen den drei Gruppen keine verwertbare Differenz. Auffallend ist aber, dass der Zufriedenheitsgrad bei den Privatversicherten durchgängig höher ist. Dasselbe bezieht sich auch auf die übrigen Parameter wie technische Ausstattung, Beratung und Freundlichkeit.

### ● Problem Wartezeit

Besonders eklatant ist der Unterschied bezüglich der Wartezeiten. Die Differenz zwischen privat und gesetzlich Krankenversicherter ist bei den praktischen Ärzten geringer. Dasselbe gilt auch für die Krankenhäuser im Vergleich zu den Fachärzten; hier ist die Differenz am ausgeprägtesten. Betrachtet man ein Ranking bezüglich der Zufriedenheit der Patienten, so ist

das Problem Wartezeit auffallend. Dieser Punkt zeigt, dass die Politik bei der Diskussion einen wunden Punkt betroffen hat.

Man muss aber klarstellen, dass offensichtlich verwertbare Differenzen bei der Qualität der Versorgung zwischen GKV- und PKV-Patienten nicht auftreten. Die Differenz liegt alleine in der Wartezeit. Dies ist eine nachvollziehbare Entwicklung, wenn man bedenkt, dass in vielen Praxen gesetzlich Krankenversicherte nur noch deshalb versorgt werden, weil sie über die Honorare der Privatversicherten quersubventioniert werden. Interessant ist noch die Frage, wem die Patienten das meiste Vertrauen in Gesundheitsfragen entgegenbringen. 93 % sind hier der Meinung, dass der Hausarzt die Funktion am besten abliefern; 89 % beim Facharzt. Deutlich fällt der Arzt im Allgemeinkrankenhaus, noch deutlicher der Arzt in der Universitätsklinik ab; hier liegt der Wert nur bei 70 %. Der Apotheker wird sogar noch besser bewertet als der Arzt in einer Universitätsklinik. Schlecht weg kommen der Heilpraktiker und die Internetforen. Bei den



Bild: MEV

Internetforen sind nur 24 % der Versicherten zufrieden.

### ● Qualitätsverschlechterung empfunden

Abschließend stellt sich die Frage, wie sich die Qualität der Versorgung verändert hat. Man ist durchweg der Auffassung, dass es zu einer Qualitätsverschlechterung gekommen ist.

Besonders deutlich ist es in Brandenburg, Bremen und Hessen empfunden worden. Es gibt kein einziges Bundesland, in dem eine Verbesserung beobachtet wird.

Offensichtlich haben die Kostendämpfungsgesetze der Bundesregierung ihre Wirkung nicht verfehlt.

HFS

## Leserbrief von BDI Vorstandsmitglied Dr. Peter Schmied

Am 13. Februar schrieb Dr. Peter Schmied, Mitglied des BDI-Vorstands, einen Leserbrief an das Obermain-Tagblatt, der sich auf einen vorangegangenen Leserbrief bezog. BDI aktuell druckt an dieser Stelle den Leserbrief von Dr. Schmied ab.

Dr. Kaulbach hat in seinem Leserbeitrag die Stärkung der Hausärzte gefordert und zur Finanzierung die Auflösung der „doppelten Facharztversorgung“ angemahnt. Ob man damit die Probleme der Unterfinanzierung und Fehlversorgung im Gesundheitswesen lösen kann, ist zu hinterfragen. Im Auftrag des BMG (Bundesministerium für Gesundheit) hat das Robert Koch Institut (RKI) die Bedeutung der hausarztzentrierten Versorgungskonzepte analysiert und bewertet (Einflussfaktoren auf die ambulante Versorgung RKI 2005). Die Ergebnisse (vereinfacht): ein Einspareffekt ist durch die HA-zentrierte Versorgung nicht belegt; vielmehr erfolgt eine Zunahme von Überweisungen zum Facharzt und Einweisungen in die Klinik. Bemerkenswert aber ist die

gute Akzeptanz durch die Patienten. Der Gesundheitsbericht der Gmünder Ersatzkasse GEK 2006 kommt zu ähnlichen Ergebnissen ebenso wie die Bertelsmann Stiftung usw. Was schließen wir daraus?

- Die bisherigen hausarztzentrierten Versorgungskonzepte gelten als gescheitert.
- Der Patient holt sich die medizinische Versorgung, die er für notwendig erachtet. Da steht der Facharzt sicher nicht hinten in der Bewertungsskala.
- Eine Kosteneinsparung im Gesundheitswesen zulasten seiner wohnortnahen fachärztlichen Versorgung ambulant und stationär ist vom Bürger genauso wenig gewünscht wie der Verlust wohnortnaher hausärztlicher Betreuung.

Der Begriff „doppelte Facharzttschne“ ist übrigens eine Erfindung der für die „Unterfinanzierungspolitik“ der letzten Jahre verantwortlichen Sozial-Politiker, um die infolge der Gesetzgebung entstandenen Versorgungsdefizite schön zu reden. Durch Gutachten (IGES 2008 Prof. Rürup) ist belegt, dass all diese Thesen irreführend und nicht belegbar sind. Das hindert offenbar niemanden daran,

trotzdem die Verbreitung derartiger Behauptungen fortzusetzen. Schon heute ist nicht nur die hausärztliche Versorgung bedroht, sondern auch die fachärztliche Ebene. Parallel dazu können auch in den Kliniken außerhalb von Ballungszentren kaum noch die Assistentenstellen besetzt werden, weil u.a. die Chancen einer späteren Niederlassung unattraktiv und unzumutbar geworden sind. Die Fachärzte sind demnach weitgehend im Ausland. Ohne Fachärzte wird wohl kaum noch eine angemessene Ausbildung zum FA für Allgemeinmedizin stattfinden können. Ist dann auch noch der Apotheker weg, werden regionale Betriebe Personalprobleme bekommen, die Gemeinden erfahren eine Abwanderung der jungen Menschen, weil niemand mehr in einer „gottverlassenen Gegend“ arbeiten und wohnen will. Wird die fachärztliche Versorgung lahm gelegt, hat dies unweigerlich fatale Auswirkungen auf die gesamte Infrastruktur einer Region und insbesondere des Flächenstaates Bayern.

Der Facharzt verfügt im Gegensatz zum Hausarzt regelhaft über speziellere Kenntnisse in seinem Fachgebiet, kann gezieltere Überweisungen ausstellen, vermeidet regelhaft

ungezielte stationäre Einweisungen und reduziert Kosten z.B. vor operativen oder besonders aufwendigen stationären Eingriffen. Würde man die bis jetzt freiberuflich tätigen Fachärzte an die Kliniken verlagern – was politisch gewollt zu sein scheint – müsste man dort diese Kapazitäten erst einmal aufbauen. Nach Auffassung aller Kassen sind Diagnostik und Therapie, sofern sie ambulant erfolgen können, deutlich preisgünstiger als stationäre Versorgung. Zunächst einmal müssten aber die gewachsenen Betriebs- und Personalstrukturen aufgelöst werden. Diesen betriebs- und volkswirtschaftlich unsinnigen Akt der Geldvernichtung durch Verstaatlichung freiberuflicher fachärztlicher Versorgung muss man sich vor Augen halten, wenn man die Tragweite solcher ökonomischen Höhenflüge beurteilen will. Auch in den Kliniken kenne ich durch meine Tätigkeit als Belegarzt die Sorgen und Nöte, die als Folge der Umstrukturierungen kein Ende nehmen. Hier gilt das Gleiche wie im ambulanten Facharztbereich; wer Qualität haben will, muss dafür auch den unternehmerischen Einsatz finanzieren.

Also kommt es offensichtlich darauf an, gut funktionierende Gesamtkonzepte gemeinsam zu schnüren. Gerade für die älter und kränker werdende Bevölkerung ist das Team Hausarzt-Facharzt-Klinik der entscheidende Schlüssel zum Erfolg. Bisher hat die Politik allerdings versucht,

diese Komplettversorgung immer durch ungleiche Verteilung der Lasten und Unterfinanzierung zu erhalten. Das wird nicht mehr gehen. Die bisherige Gesetzgebung wurde von den 5 Weisen als misslungen bezeichnet. Vor den Bundestagswahlen muss sich daher der Wähler Gedanken machen, welche Partei in Zukunft seinen Versorgungsanspruch tatsächlich gewährleisten wird. Markige Worte und Kampagnen unserer derzeitigen Gesundheitsministerin haben sich erschöpft und als nicht belastbar erwiesen. Komplexe Problemlösungen erfordern einfach etwas mehr als Staatsdirigismus – nämlich kreative Gestaltungskraft und die Möglichkeit zu unternehmerischem Handeln. Das wird bisher durch die Gesetzgebung nicht gewährleistet

Die nachteiligen Folgen des Fonds sind bekannt und eigentlich unübersehbar. Daher müssen die Fachärzte und Hausärzte gemeinsam mit unseren Patienten der Politik ein STOPP-Signal setzen.

Bitte unterstützen Sie den Aktionstag der Ärzte am 17.02.09. Wir nehmen Sie weder in Geiselhaft, noch wollen wir Ihre Versorgung gefährden.

Dr. Peter Schmied

Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt im BDI

## Die Honorarreform bedroht unsere Existenz!

Am 7.2.09 hat sich die Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätiger Internisten ohne Schwerpunkt im BDI in Frankfurt mit getroffen. Schwerpunktthema der konstruktiven Diskussion waren die massiven Honorarverwerfungen, welche die RLV insbesondere für die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt hervorrufen.

Da unsere Fachgruppe nur wenig Honorar außerhalb des RLV erzielen kann, verfügen insbesondere die überwiegend kardiologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen in der Regel über ein Gesamthonorar, welches deutlich unter denen der Hausärzte rangiert. So kommen die Facharztinternisten ohne Schwerpunkt, welche nicht kolo-skopieren, in NRW durch die RLV auf ein Gesamthonorar von ca. 40 Euro / Fall im Vergleich zu den Hausärzten mit 52 Euro (was den Hausärzten absolut gegönnt sei).

Gemeinsam mit unserem Präsidenten Dr. Wesiack stellen wir fest:

- ▶ Die Honorarpolitik der KBV ist endgültig gescheitert.
- ▶ Die Ziele von Herrn Köhler wie
  - ▷ Abschaffung der Kopfpauschale,
  - ▷ Abschaffung der budgetierten Gesamtvergütungen und
  - ▷ feste Preise für ärztliche Leistungen

wurden allesamt nicht erreicht. Das Ziel „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ ist mit dieser Honorarreform erneut in weite Ferne gerückt. Die RLV bedeuten ein erneutes Budget mit noch engeren Fesseln, als wir es bisher schon kannten. Wir fordern, dass unsere Arbeit zumindest wie bisher honoriert wird und unser Honorar nicht erneut um 20-30 % geschmälert wird.

Wir fordern eine Gleichsetzung unseres RLV mit dem RLV derjenigen Fachgruppe, deren Leistungen wir schwerpunktmäßig erbringen. Wenn also ein Facharztinternist ohne Schwerpunkt einen kardiologischen Tätigkeitsschwerpunkt hat, so muss er das RLV eines nicht invasiv tätigen Kardiologen erhalten. In der Regel ist ja der Facharztinternist ohne Schwerpunkt sogar noch breiter aufgestellt als der Kardiologe.

Wir fordern, dass alle qualifizierten endoskopischen Leistungen zusätzlich zum RLV mit festem Punktwert vergütet werden müssen.

Zusätzlich müssen Fallwertzuschläge für sonographische Leistungen jeglicher Art, sowie für die Einzelleistungen aus der Ziffer 13250 (Ganzkörperstatus, Psychosomatik, Prokto-/Rektoskopie, L-Zeit EKG anlegen, L-Zeit EKG Auswertung, Langzeit-Blutdruckmessung, Spirometrie und Ergometrie) eingeführt werden.

Darüber hinaus müssen Praxisbesonderheiten bereits anerkannt werden, wenn sie 20% vom Durchschnitt der Fachgruppe bzw. RLV abweichen.

- ▶ Als Sofortmaßnahme empfehlen wir JEDEM Kollegen gegen die RLV Widerspruch einzulegen.

▶ Darüber hinaus muss jeder für sich selber prüfen, ob er nicht eine Praxisbesonderheit beantragen kann, welche zurzeit in der Regel dann vorliegt, wenn eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30% vorliegt.

▶ Außerdem besteht insbesondere in ländlichen Gebieten die Möglichkeit, einen Sicherstellungsauftrag geltend zu machen.

▶ Weitere Informationen zu den RLV finden Sie auf der Homepage des BDI unter „Checkliste RLV“

Unsere langfristige Forderung muss sein: Bezahlung jeder Leistung mit einem festen nicht floatenden Punktwert in Euro und Cent – ohne willkürliche Manipulation durch die Politik. Wir bitten ALLE Facharztinternisten ohne Schwerpunkt im BDI, sich konstruktiv an der Lösung dieser Probleme zu beteiligen. Nur gemeinsam können wir endlich auch unsere Forderungen durchsetzen. Alle, die an einer Mitarbeit interessiert sind, sind dazu herzlich eingeladen. Der BDI und unsere AG werden sie dabei so gut es geht unterstützen.

Als neu gewählte Vorsitzende werden uns intensiv dafür einsetzen, dass die Interessen aller Facharztinternisten ohne Schwerpunkt in Klinik und Praxis sowohl im BDI als auch insbesondere in der KV und der Politik mehr Gehör finden.

Wir bauen auf Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Gemeinsam können wir es erreichen!

Dr. Bernhard Lüdemann, Krefeld –  
Dr.B.Luedemann@t-online.de  
Dr. Ludwig Grau, Oldenburg –  
grau@bnfn.de

Honorarreform (Fortsetzung von Seite 1)

## Wo sind die Milliarden geblieben?

### ● Honorarerhöhung von 2008 wieder einkassiert

Die Politik steht dieser Diskussion völlig ratlos gegenüber, geht sie doch davon aus, dass dem vertragsärztlichen Bereich durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses 2,7 Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung stünden. Es beginnt damit die Suche nach den Milliarden, die offensichtlich nicht bei den Vertragsärzten angekommen sind. Nach den Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung löst sich das Problem leichter auf, als gedacht. Die Regelleistungsvolumina gehen von einer Leistungsmenge pro Fall aus dem Jahr 2007 aus und werden dann mit den Fallzahlen aus 2008 errechnet. Valide d. h. zeitnahe Zahlen hat man wohl nicht zur Verfügung gehabt.

Dies bedeutet aber, dass Honorarsteigerungen aus dem Jahr 2008 in der Vereinbarung bereits enthalten sind. Zahlreichen, überwiegend durch Schiedssprüche festgelegte Punktwerte von extrabudgetären Leistungen, die teilweise 5,11 Cent erreicht haben, werden damit durch den Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses wieder eingesammelt. Das heißt, im Vergleich zu 2008 erscheinen keine 2,7 Milliarden bei den Vertragsärzten, sondern wahrscheinlich mehr als 1 Milliarde weniger. Die Krankenkassen sammeln das Geld aus Honorarerhöhungen aus dem Jahre 2008 wieder ein.

### ● Das Geld ist bei den Krankenkassen!

Die Frage ist damit klar beantwortet, wo das Geld geblieben ist: bei den Krankenkassen. Man darf nur erstaunt sein, dass erst jetzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Auswirkungen dieses Rechenricks erkennt, waren die Folgen doch bereits von Anfang an zu erwarten.

Insbesondere bluten Ärzte mit extrabudgetären Leistungen beim ambulanten Operieren nach § 115 b und Ärzte mit belegärztlichen Leistungen in den alten Bundesländern, in denen hohe Punktwerte angesetzt waren. Zum Beispiel in Hessen sammeln die Krankenkassen alleine im 1. Quartal 2009 bis zu 3 Millionen Euro bei den Belegärzten wieder ein. Rechnet man das ambulante Operieren noch dazu, so sparen die Krankenkassen bis zu 40 Millionen Euro allein im Lande Hessen bei diesen Fachgruppen. Es lässt sich leicht hochrechnen, dass es sich hier auf Bundesebene um einen erklecklichen Betrag handelt.

Die Krankenkassen dürfen sich freuen, dass sie damit jetzt mit dem Gesundheitsfonds zurechtkommen. Wie hat unser KBV-Vorsitzender so schön gesagt: „Wir leisten mit der Differenz zu 5,11 Cent eine Art Sozialrabatt.“ Es kommt wohl eine weitere Rabattierung hinzu.

HFS

### Personalia Wechsel im Vorsitz

Neuer Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt ist **Dr. med. Bernhard Lüdemann**, 47799 Krefeld, Wielandstr. 8. Stellvertretender Vorsitzender ist **Dr. med. Ludwig Grau**, 26133 Oldenburg, Donnerschwer Str. 30. Für sein Engagement und Einsatz bedankt sich der BDI herzlich beim bisherigen Vorsitzenden, **Dr. Gottfried von Knobloch**, 35037 Marburg/Lahn.

Anzeige 109 x 377

## Rückstellungen der KV Bayern Fehlinformationen

Am 29.1. hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Stellung genommen. Dabei haben Teile der Präsentation zu Verwunderung bei einigen Beteiligten geführt. BDI aktuell druckt im Folgenden in Auszügen einen Brief ab, den der bayerische Ministerialdirigent Dr. Maximilian Gaßner anschließend an die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Dr. Doris Pfeiffer, geschrieben hat.

Frau  
Dr. Doris Pfeiffer  
Vorsitzende des Vorstands des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

### Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung; Stellungnahme des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegenüber der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Sehr geehrte Frau Dr. Pfeiffer,

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat am 29.1.2009 gegenüber der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zu den Auswirkungen der Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung des Erweiterten Bewertungsausschusses Stellung genommen. Ausweislich der [...] Präsentation, Seite 16, wurde mit der Quellenangabe „Ärztezeitung“ vorgetragen – ich zitiere:

- KV Bayern hat eine Rückstellung einschl. Honorar für psychoth. Leistungen von über 50%
- Realistischer Leistungsbedarf Rückstellungen/Vorwegabzüge liegt zwischen 30 und 40% einschl. genehmigungspflichtiger Leistungen für Psychotherapie
- Einführung von weiteren Vorwegabzügen führt zu einer weiteren Reduzierung des RLV-Fallwertes.

Diese Darstellung ist nachweislich falsch.

Es verwundert zunächst, dass sich der Spitzenverband der Krankenkassen, der mit teurem Geld wissenschaftlichen Sachverstand vorhält, kritiklos eine Darstellung zu eigen macht, ohne weitere Recherchen anzustellen. Dies wäre u. E. angesichts der Bedeutung des Gesprächs durchaus zu erwarten gewesen. Zum anderen ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bewertungsausschuss mit drei Mitgliedern vertreten, so dass man genügend Sachverstand hätte voraussetzen können, um zu wissen, dass schon die Terminologie des Gesetzestextes zu offensichtlichen Missverständnissen und Fehlinterpretationen führen kann. Es bleibt daher der fatale Eindruck, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen könne mit dieser Falschinformation ganz gut leben, bzw. dass man die Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion bewusst in die Irre führen wollte.

Tatsächlich betragen die Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bezogen auf das 1. Quartal 2009 im fachärztlichen Bereich 36,9 Mio. Euro, das sind knapp 7%, und im hausärztlichen Bereich 9,2 Mio. Euro, das sind etwa 2%. [...]

Es wird daher ebenso dringend wie nachdrücklich gebeten, die diesbezüglichen Aussagen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gegenüber der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion richtig zu stellen, damit sich diese Fehlinformation nicht weiterverbreitet.

Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion, Herr MdB Wolfgang Zöller, die Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Frau MdB Widmann-Mauz, Herr MdB Max Straubinger, der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Herr Josef Hecken, der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herr Dr. Köhler, und der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Herr Dr. Munte, haben Abdruck dieses Schreibens zur Kenntnisnahme erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gaßner  
Ministerialdirigent

Bayerisches Staatsministerium für  
Umwelt und Gesundheit

## Syntaxstudie

# Ergebnisse einer Studie oder wie mit der Wissenschaft ein Verteilungskampf inszeniert wird

Politik und Krankenkassen wissen aus Erfahrung: Im Verteilungskampf um Ressourcen und Macht ist bei den Ärzten auf Familienstreit Verlass. Zurzeit tobt eine solche Auseinandersetzung zwischen den Herzchirurgen und den invasiv tätigen Kardiologen: Was ist besser: der Stent oder die Bypassoperation? Wird etwa zu viel gestentet?

Ausgangspunkt ist die Syntaxstudie (N Engl J Med 2009; 360: 961-972), die die operative Therapie des Herzchirurgen mit den invasiven Maßnahmen des Kardiologen vergleicht. Diese Studie wurde schon in der Laienpresse ausgiebig diskutiert, obwohl sie noch nicht vollständig veröffentlicht war. Die Ergebnisse werden vor allem von den Herzchirurgen in den Medien verbreitet, sogar in den „Fachblättern“ „Spiegel“ und „Hamburger Abendblatt“. Dabei geht man mit den Daten, vorsichtig ausgedrückt, etwas sorglos um.

### ● Zahlenspielerien

Typisches Beispiel ist die publizierte Differenz von 23 %, die angeblich zu Ungunsten der invasiven Kardiologie im „Spiegel“ kolportiert wurde. Wie kommt diese Zahl zustande? Nach 12 Monaten treten in der Gruppe mit Stentimplantationen 4,3 % und bei den operierten Patienten 3,5 % Todesfälle auf. Dieser Unterschied von 0,8 % ist nach den Regeln der Statistik rein zufällig. Prof. Mohr rechnet im „Spiegel“ diese nicht verwertbare Differenz in Prozente von Prozenten um, d.h. so kommen für die Presse spektakuläre 23 % zustande; nicht signifikant, wohl gemerkt.

Bisher sind die Kardiologen noch nicht auf die Idee gekommen, die Zahl der Schlaganfälle nach 12 Monaten ähnlich zu bearbeiten, sie kämen dann nämlich auf eine Zahl von 366 % zu Ungunsten der operativ versorgten Patienten. Man sollte hier das Zahlenspiel beenden.

### ● Weniger OPs – aber auch weniger KHK-Fälle

Hintergrund der innerärztlichen Diskussion sind rückläufige Operationszahlen in den herzchirurgischen Zentren. Die Chirurgen machen angeblich nicht indizierte invasive Eingriffe mit Stents dafür verantwortlich, vergessen dabei aber, dass die Erkrankungshäufigkeit an koronarer Herzkrankheit seit 1994 kontinuierlich abgenommen hat (Abbildung 1). Dies wirkt sich natürlich auch auf herzchirurgische Eingriffe aus (Abbildung 2). Auch lässt sich in der Praxis beobachten, dass gerade die Fälle mit Dreifachgefäßkrankung – eine Domäne der chirurgischen Therapie – deutlich seltener auftreten. Wir haben es nämlich immer mehr mit Neuerkrankungen zu tun, bei denen es sich meist um Ein- oder Zweifachgefäßkrankungen handelt, und diese sind eben der perkutanen Intervention (PCI) besonders gut zugänglich. Dies ist sicher einer der

Gründe für die ansteigenden Zahlen dieses Eingriffs (Abbildung 3).

### ● Es hat sich nichts geändert

Zurück zur sachlichen Diskussion. Was wurde in der Syntaxstudie verglichen? Patienten wurden entweder mit einer Bypassoperation und mit medikamentenbeschichteten Stents behandelt.

– Zählt man alle schweren Komplikationen zusammen gibt es keinerlei Unterschied.

– Bei den Patienten mit PCI fallen mehr Zweiteingriffe trotz der Behandlung mit medikamentenbeschichteten Stents an (5,9 % bei dem Operationen, 13,7 % bei der PCI). Hier schlägt immer noch die Restenose durch.

– Vorteile hat die chirurgische Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus und bei Dreifachgefäßkrankungen, vor allem bei Patienten mit einem für die PCI ungünstigen Gefäßbefall.

Es hat sich somit im Prinzip im Vergleich zu früher nichts geändert. Bei Ein- und Zweifachgefäßkrankung sowie beim akuten Herzinfarkt hat der Kardiologe den Vorrang, bei der Mehrgefäßkrankung insbesondere beim

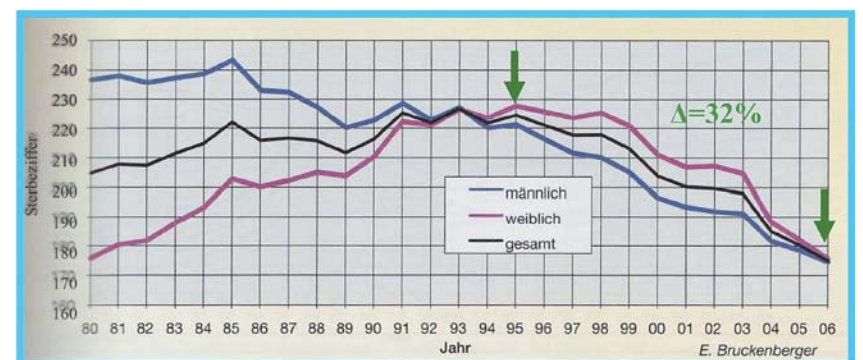


Abb. 1 Die Sterblichkeit an Erkrankungen durch Herz-Mangeldurchblutung in Deutschland ist seit 1994 stetig rückläufig.

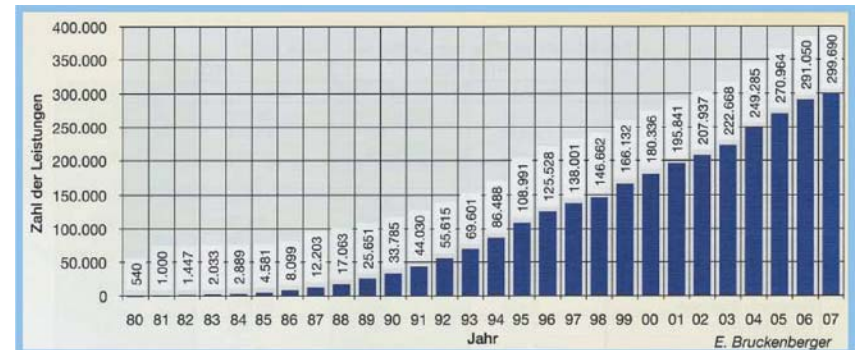


Abb. 2 PCI bei akutem Infarkt Hauptgrund für verbesserte Überlebenschance. Zunahme der PCIs in Deutschland von 1979 bis 2007.

## Zurück zur therapeutischen Konsequenz... Koronarchirurgie seit 10 J. rückläufig

Entwicklung der Herzoperationen mit HLM in Deutschland nach Anteilen der Operationsart

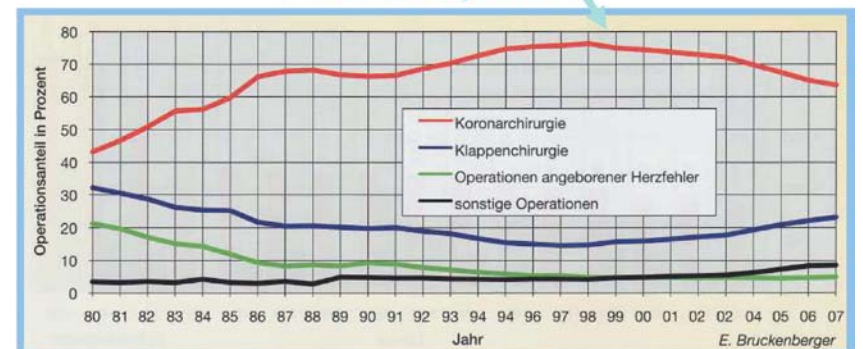


Abb. 3 ... führt zu kontroverser Diskussion

Ziel der Studie war festzustellen, ob die durch die medikamentenbeschichteten Stents ausgelöste Reduktion der Restenosen die seitherigen Indikationen für die Bypasschirurgie und die PCI verändert hat. Welche Ergebnisse liegen vor?

- Eine signifikante Differenz in der Überlebensrate der beiden Verfahren besteht nach 12 Monaten nicht.
- Die Zahl der Schlaganfälle ist in der operierten Gruppe signifikant höher.

Diabetes mellitus hat der Chirurg die Nase vorne.

In der öffentlichen Diskussion wird der Eindruck erweckt als habe sich durch die Studie Grundlegendes geändert. Die Darstellung in der Öffentlichkeit hat zu einer Fehlinformation der Patienten geführt und war zudem für uns Ärzte mehr als schädlich. Solche Studien sollten primär zwischen den Fachverbänden nüchtern und sachlich ausdiskutiert werden, nicht im „Spiegel“ oder im „Hamburger Abendblatt“.



Philippe Furger  
**Inner quick**  
**Der Fakten-Turbo für Station und Praxis**

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2008  
2. Aufl., 1616 S. 280 Abb., 89,95 €

**Der „Fakten-Turbo“ hält, was er verspricht**

Das in der zweiten Auflage erschienene Lehrbuch „Innere quick“ des Schweizer Arztes Philippe Furger und seiner Mitarbeiter beschreibt auf kompakte und praxisbezogene Art das gesamte Stoffgebiet der Inneren Medizin. Das 1600 Seiten umfassende Buch richtet sich in erster Linie an Studierende und Assistenzärzte in der internistischen Weiterbildung, die im Stationsalltag handlungsrelevante Informationen mit raschem Zugriff auf Diagnostik und Therapie benöti-

gen. Im Telegrammstil sind nahezu sämtliche Krankheitsbilder und Leitsymptome der Inneren Medizin gut strukturiert und übersichtlich nach folgendem Muster dargestellt: Definition, allgemeine Informationen, Differenzialdiagnosen, Klinik, Diagnostik, Therapie und Prognose. Zudem werden konkrete Handlungsempfehlungen für das Vorgehen am Krankenbett geliefert, was die besondere Praxistauglichkeit dieses Lehrbuchs hervorhebt. Eine Vielzahl von eingearbeiteten Algorithmen, bspw. zu diagnostischen und evidenzbasierten therapeutischen Strategien, sowie detaillierte Tabellen verschaffen einen schnellen Überblick. Über 8000 interne Querverweise helfen Zusammenhänge zu verstehen. Zahlreiche Fußnoten verweisen auf internationale Fachliteratur und Guidelines für tiefergehende Informationen. Neben den „üblichen“ Kapiteln zur Inneren Medizin bietet das Praxis-Handbuch interessante Kapitel zur Intensivmedizin und Schmerztherapie sowie zu den die Innere Medizin betreffenden Bereichen der Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Radiologie, wodurch ein mühsames Nachlesen in anderen Quellen entfällt. Ebenso sind der klinischen Pharmakologie und der Labordiagnostik eigene Kapitel gewidmet. Eine hilfreiche Formelsammlung rundet das Ganze ab. Über das Sachverzeichnis, das durch Einrückungen, Fettdruck und Reiter am Seitenrand übersichtlich gestaltet ist, lassen sich die gesuchten Stichworte rasch finden.

Die Informationen zu den jeweiligen Krankheitsbildern sind immer in der gleichen Weise strukturiert, wodurch sich die wesentlichen Inhalte schnell erfassen lassen. Schlagwörter werden durch Fettdruck hervorgehoben, sodass die wichtigen Fakten besonders einprägsam erscheinen und sich der Lerneffekt erhöht. Trotz des teilweise sehr kleinen Schriftbildes, der ausschließlich schwarz-weißen Darstellung und des Telegrammstils ist es den Autoren gelungen, ein spannend zu lesendes Werk zu schaffen. Beim „Durchackern“ hat man jederzeit das Gefühl, dass praxisrelevante und hilfreiche Informationen vermittelt werden, die andere Lehrbücher vermissen lassen. Der Preis für diesen umfangreichen Leitfaden im kartonierten Einband ist zwar hoch, doch das sehr gute Preis-Leistungs-Verhältnis tröstet darüber hinweg.

**Fazit:** Der selbst ernannte „Fakten-Turbo“ hält was er verspricht: Die gesamte Innere Medizin auf kompakte, praktische und originelle Art. Für Studierende und jeden internistisch tätigen Arzt absolut empfehlenswert.  
*Dr. med. Tobias Rethage*



Dr. Tobias Rethage ist als Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik III am Markus-Krankenhaus in Frankfurt tätig und in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin.



Michael Schurr, Horst Kunhardt, Monika Dumont  
**Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement**  
Springer Verlag, Heidelberg 2008  
178 S., 91 Abb., 15 Tab., 39,95 €

**Erfolg ist planbar**

Wirtschaftlicher Erfolg in der Arztpraxis ist spätestens nach der Lektüre dieses Buches kein Zufall mehr. Michael Schurr und seine beiden Co-Autoren Prof. Dr. Horst Kunhardt (Hochschule Deggendorf) und Monika Dumont haben hier praxisnah und flüssig ihre Erfahrungen aus einer Vielzahl von Beratungsgesprächen und Seminaren einfließen lassen. Entstanden ist ein Buch, das Schritt für Schritt über einschlägige Kennzahlen den Weg zu den wichtigsten Planungsdaten für ein

erfolgreiches Praxismanagement weist: der Break-even-Analyse und der dynamischen Mindestumsatzplanung. Dennoch erwartet den Leser keine trockene Betriebswirtschaftslehre. Die wichtigsten Kennzahlen für die Arztpraxis und ihr Stellenwert für die Praxisbewertung sind allgemein verständlich erläutert, die Grundlagen der Personalführung enthalten sofort umsetzbare Tipps und auch für internes und externes Marketing wird überzeugend Verständnis geweckt.

Praxisvision und private Visionen bis zu den Möglichkeiten des Altersvorsorgegesetzes für Ärzte nehmen als Grundlage des wirtschaftlichen Erfolges breiten Raum ein. Eine Anleitung zur Prüfung des medizinischen Konzeptes mit Analyse der Stärken und Schwächen besticht ebenso wie die fundierte Liquiditätsanalyse und die zahlreichen Hinweise zur privaten Vermögensplanung und Altersabsicherung. Dabei machen die Autoren deutlich, dass das sinnvolle Zusammenspiel und die Wechselwirkungen aller beruflichen und privaten Aspekte in einem langfristig erfolgreichen Gesamtkonzept entscheidend sind und nicht nur zu Beginn, sondern kontinuierlich über die gesamte Laufzeit einer Praxis die gesteckten Ziele zu beachten und bei Bedarf Strategien und Konzepte den veränderten Bedingungen anzupassen sind. Prägnant stellen die Autoren dar, wie sich Erfolg planen lässt: Eine strategi-

sche Finanz-, Investitions- und Liquiditätsplanung schafft den sicheren finanziellen Rahmen, die Bank ist durch gutes Rating als wichtiger Partner eingebunden, eine zukunftsweisende Praxisstrategie von hoher Qualität wird durch Zertifizierung bestätigt, ein kreatives Praxisteam hilft bei der Umsetzung und eine sichere IT mit kontinuierlicher Berichterstattung ist als tragfähige Basis unerlässlich. Querverweise, Abbildungen und Tabellen unterstreichen den didaktischen Ansatz, ein ausführliches Sachwortverzeichnis und hilfreiche Internetadressen runden das Werk ab.

**Fazit:** „Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement“ ist eine hervorragende Vorbereitung für Gespräche mit Praxisabgebenden, Vermögensverwaltern, Anlageberatern und Kreditinstituten „auf Augenhöhe“. Dieses Wissen ist ein Muss für „Einsteiger“ die eine Arztpraxis gründen oder übernehmen wollen und für Niedergelassene, die ihr Praxiskonzept optimieren oder ihr „Management-Wissen“ auffrischen und erweitern wollen.  
*Dr. med. Hanns Wildgans*



Dr. Hanns Wildgans ist Arzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Umweltmedizin und Fachbereichsleiter Medizin Süd der IAS Stiftung.



Manfred Dietel, Norbert Suttrop, Martin Zeitz  
**Harrisons Innere Medizin, deutschsprachige Ausgabe**  
ABW Wissenschaftsverlag, Berlin 2008  
17. Auflage, 3 Bände inkl. Registerband, 3800 S., 269,- €

**Umfassendes Standardwerk**

Seit über 50 Jahren stellt „Harrison's Principles of Internal Medicine“ das internationale Standardwerk für die Innere Medizin dar. Nun ist die 17. Auflage erschienen, zeitnah in die deutsche Sprache übersetzt und überarbeitet durch Spezialisten der Berliner Charité. Die Innere Medizin, die sich wie keine andere Disziplin durch immer neue wissenschaftliche Errungenschaften in Diagnostik und Therapie entwickelt, in allen Bereichen angemessen und auf dem neuesten Stand darzustellen, ist ein ambitioniertes Unternehmen, was den Herausgebern des Harrison bislang immer gelungen ist. In der Beschreibung einzelner Erkrankungen greifen molekulare Grundlagen, klinische Symptome und die neuesten Therapiekonzepte inklusive „targeted therapies“ ineinander. Die eingestreuerten Diagnosealgorithmen sind gut verständlich.

Besondere Mühe hat man sich in den Extras gegeben. Die Ausgabe enthält eine DVD mit 39 zusätzlichen Kapiteln, über 800 Bildern sowie Videoclips von endoskopischen Verfahren und kardiologischer Bildgebung. Das Register wurde erstmals als eigener Band aufgelegt um die Handhabung zu vereinfachen.

Aber hier liegt eine der wenigen Schwächen des Lehrbuches mit seinen über 3400 Seiten engbedruckten Textes: Es ist nicht dafür geeignet, schnell etwas nachzuschlagen. Dazu ist zum einen der Text zu umfangreich, zum anderen ist es auch etwas unübersichtlich. Beispielsweise findet man unter dem Begriff Kolonpolyp im Registerband Hinweise für Abbildungen in Printform in Band II, oder in einem Kapitel der DVD, außerdem für ein Video über deren Abtragung. Unter dem Begriff „Polyp“ findet man dann auch Text zum Thema, dann aber in Band I als Unterpunkt beim Kolorektalen Karzinom. Hier würde man sich etwas mehr Übersichtlichkeit wünschen, auch den Hinweis im Register, ob sich der gesuchte Begriff in Band I oder II finden lässt, statt nur der Seitenangabe. Auch drängt sich hier und da die Frage auf, ob den einzelnen Themen entsprechend ihrer klinischen Relevanz Platz eingeräumt wurde. Um beim Kolonpolypen zu bleiben: Die in der Praxis wichtige Frage, wann man bei welchem Befund erneut koloskopieren sollte, bleibt unbeantwortet. Auch dieses umfassende Werk kann nicht das Buch für alle Fälle sein. Aber dies erscheint angesichts der dargebotenen Wissensmenge und gelungenen Didaktik eher ein kleinerer Mangel.

**Fazit:** Wer nicht nur etwas kurz nachlesen will, sondern sich mit Zeit und Ruhe einen Überblick über die aktuellen Möglichkeiten und Zielsetzungen der Inneren Medizin verschaffen will, wird am Harrison kaum vorbeikommen. Es ist das umfassendste Buch dieser Art. Wer aber sein Fachwissen in einzelnen Bereichen vertiefen möchte, wird weitere Fachliteratur benötigen. Das Preis-Leistungs-Verhältnis ist absolut angemessen.  
*Dr. med. Matthias Claus*



Dr. Matthias Claus ist seit drei Jahren Facharzt für Innere Medizin und seit einem Jahr in einer hausärztlich internistischen Praxis als Teilhaber tätig.

**Neu im Buchregal**

Michael Quaas, Rüdiger Zuck  
**Medizinrecht**  
H.C. Beck Verlag, München 2008. 2. Auflage, 958 S., 94,- €  
Das Buch wendet sich an Rechtsanwälte, Fachanwälte für Medizinrecht, Richter, Behörden, Krankenhausverwaltungen, Verbände und Mediziner. Neu aufgenommen sind u.a. Kapitel zum Pflegeversicherungsrecht und zum Arztstrafrecht.



Akutes Abdomen

# Das akute Abdomen aus internistischer Sicht

Das akute Abdomen ist keine eigenständige Erkrankung, sondern eine Zustandsbeschreibung: innerhalb eines Tages entwickelnde progrediente Bauchschmerzen, die in der Regel mit einer lokalen oder diffusen Abwehrspannung der Bauchdecke einhergehen [7, 9]. Es ist eines der wichtigsten viszeralmedizinischen Krankheitsbilder, das interdisziplinär in enger Zusammenarbeit zwischen Internisten und Viszeralchirurgen betreut werden muss.

Wesentliches Ziel hierbei ist die Verkürzung der Zeitintervalle [2, 6] zwischen Symptombeginn, Arztkontakt, Diagnosestellung und Therapieeinleitung. Hierbei gilt es, Risikopatienten (z. B. für eine Mesenterialarterienischämie) zu erkennen und sie bereits im Vorfeld auf die Symptome eines akuten Abdomens hinzuweisen.

**kurzgefasst**

Das akute Abdomen muss interdisziplinär in enger Zusammenarbeit zwischen Internisten und Viszeralchirurgen betreut werden. Wesentliches Ziel hierbei ist die Verkürzung der Zeitintervalle zwischen Symptombeginn, Arztkontakt, Diagnosestellung und Therapieeinleitung.

**Epidemiologie**

Epidemiologische Untersuchungen zum akuten Abdomen liegen praktisch nicht vor. Das akute Abdomen wird gemäß ICD-10-GM (2006) Ver-

schlüsselung als R 10.0 kodiert, die meisten Fälle werden aber organbezogen dokumentiert. So wurden im Helios Klinikum Krefeld, einem Maximalversorger mit über 1000 Betten, in den Jahren 2006 bis 8/2008 0,14 x 10<sup>-3</sup> % der Aufnahmen als akutes Abdomen (R 10.0) bei 0,013 % organbezogenen Diagnosen (s. u.) erfasst.

**kurzgefasst**

Epidemiologische Untersuchungen fehlen, da das akute Abdomen in der Regel organbezogen dokumentiert wird.

**Symptome**

Die Schmerzcharakteristik des akuten Abdomens kann grundsätzlich lokalisiert, diffus, konstant, zunehmend bzw. krampfartig sein und bereits frühzeitig auf die Ursache der Beschwerden hinweisen (Tab. 1). Hilfreich ist die systematische Anamnese mit Klärung der fünf W-Fragen:

- ▶ Wann (Nach welchem Ereignis? Nachts?),
- ▶ Wie (Schmerzcharakter? Ausstrahlung?),
- ▶ Wie lange (Beginn? zeitlicher Verlauf?),
- ▶ Warum (Beziehung zu vorangegangenen Ereignissen? Vorerkrankungen? Medikamenteneinnahme?),
- ▶ Wo (Lokalisation im Bauchraum?).

Die Stärke der Schmerzen und die Schnelligkeit des Schmerzbegins korrelieren hierbei mit der Lebensbedrohlichkeit der Notsituation. Bei Kindern, älteren oder immunkompromittierten (cave: Kortisontherapie!) Patienten ist die Symptomatik häufig verschleiert. Hier können mehr die vegetativen Symptome mit Übelkeit, Erbrechen, Meteorismus und Stuhilverhalt bzw. Fieber und Kreislaufinsuffizienz führend sein. Das Charakteristikum der Symptomatik bei der akuten Darmischämie ist,

Tab. 2 Symptome des akuten Abdomens bei mesenterialer Ischämie.

<b>Symptome der Darmischämie</b>	Häufig: uncharakteristisch Embolie: Dreiteilung in ▶ kolikartige, sog. viszerale Schmerzen im medialen Oberbauch mit reflektorischem Erbrechen, Diarrhoen, Schockzustand ▶ freies Intervall (sog. „fauler Frieden“) mit Darmparalyse und Darmdistension, Hämokonzentration, Azidose ▶ Nekrose mit Intoxikation und diffusum Peritonismus, protrahiertem Schock, Organversagen ▶ Vegetative Symptomatik: Übelkeit, Erbrechen, Meteorismus, Stuhilverhalt, Fieber, Kreislaufinsuffizienz.
<b>Risikofaktoren für Darmischämie</b>	höheres Alter (> 50 Jahre) chronische Herzinsuffizienz Arrhythmien kürzlicher Myokardinfarkt Hypotension Sepsis nicht-okklusive Mesenterialischämie nach Herzoperationen und Dialyse frühere Arterienembolien Vaskulitis Z. n. tiefer Beinvenenthrombose Gerinnungsstörungen (Protein-S- und -C-Mangel, Antithrombin-III-Defizienz, aktivierte Protein C Resistenz) chronische postprandiale Bauchschmerzen

dass nichts charakteristisch ist. Obwohl das Leitsymptom Abdominalschmerz im Vordergrund steht, sind die Beschwerden gerade in der entscheidenden Frühphase variabel. Die klassische Dreiteilung (Tab. 2) findet sich nur bei der Embolie. Die Symptomatik ist hierbei oft schleichend und im Verlauf wechselnd bzw. protrahiert. Aus diesem Grund ist bereits im Vorfeld ein Augenmerk auf die Risikofaktoren zu werfen (Tab. 2) und sind die Patienten bereits frühzeitig auf die Möglichkeit einer akuten Darmischämie aufzuklären. Kürzlich wurde die nicht-okklusive Mesenterialischämie insbesondere nach Herzoperationen und Dialyse beschrieben. Auch eine Anamnese mit früheren Arterienembolien, Vaskulitis, tiefer Beinvenenthrombose, Gerinnungsstörungen (Protein-S- und -C-Mangel, Antithrombin-III-Defizienz, aktivierte Protein-C-Resistenz) oder chronischen postprandialen Bauchschmer-

zen prädestiniert Patienten für eine akute Mesenterialischämie. Ein wesentlicher Prognosefaktor der seit Jahrzehnten unverändert hohen Mortalität von über 80 % ist die Zeitdauer zwischen Symptombeginn und Klinikeintritt, Diagnosestellung und Therapie. So vergehen in mehr als der Hälfte der Fälle mehr als 36 Stunden vom Symptombeginn bis zum Arztkontakt bzw. bis zur Diagnosestellung [2, 6].

**kurzgefasst**

Leitsymptom sind progrediente Bauchschmerzen mit einer lokalen oder diffusen Abwehrspannung der Bauchdecke. Bei Kindern, älteren oder immunkompromittierten (cave: Kortisontherapie) Patienten und bei der akuten Mesenterialischämie ist die Symptomatik häufig verschleiert. Wichtigstes Ziel ist die Erkennung und Aufklärung von Risikopatienten.

Tab. 1 Schmerzlagerung und Ursachen modifiziert nach AWMF-Leitlinie Bauchschmerz Nr. 068/004 [3, 7].

Rechter Oberbauch	Linker Oberbauch	Rechter Unterbauch	Linker Unterbauch
Urogenitale Organe Niere (kolikartige Schmerzen) Nieren-Ureterkonkrement (Anhaltende Schmerzen) Pyelonephritis	Urogenitale Organe Niere (kolikartige Schmerzen) Nieren-Ureterkonkrement (Anhaltende Schmerzen) Pyelonephritis	Urogenitale Organe Niere (kolikartige Schmerzen) Nieren-Ureterkonkrement Hoden (anhaltende Schmerzen) Hodentorsion	Urogenitale Organe Niere (kolikartige Schmerzen) Nieren-Ureterkonkrement Hoden (anhaltende Schmerzen) Hodentorsion
Pankreas (heftig anhaltende, gürtelförmige Schmerzen, in den Rücken ausstrahlend) Akute Pankreatitis Pankreastumor	Pankreas (heftig anhaltende, gürtelförmige Schmerzen, in den Rücken ausstrahlend) Akute Pankreatitis Pankreastumor	Blase (brennende, anhaltende, kolikartige Schmerzen) Akuter Harnverhalt, akute Zystitis	Blase (brennende, anhaltende, kolikartige Schmerzen) Akuter Harnverhalt, akute Zystitis
Leber, Gallenblase/-wege (kolikartige Schmerzen) Akuter Zystikusverschluss Akute Cholezystitis Cholelithiasis (anhaltende Schmerzen) Gallenblasenempyem, Cholangitis, Hepatitis, Leberabszess, akute Leberstauung	Milz (anhaltender, dumpfer oder stechender Schmerz, teilweise atemabhängig) Links-subphrenischer Abszess Milzinfarkt/ruptur	Darm (anhaltende oder kolikartige Schmerzen) Divertikulitis Stenosierte Zökumkarzinom	Darm (anhaltende oder kolikartige Schmerzen) Divertikulitis Sigmakarzinom
Magen, Duodenum (nahrungsabhängige, dumpfe, konstante oder kolikartige Schmerzen) Duodenalulkus Magenulkus	Magen, Duodenum (nahrungsabhängige, dumpfe, konstante oder kolikartige Schmerzen) Magenulkus	Gynäkologische Organe (ziehende, dumpfe Schmerzen) Adnexitis, Adnexprozess, Ovarialtorsion, Mittelschmerz, Gravidität, Extrauterin gravidität	Gynäkologische Organe (ziehende, dumpfe Schmerzen) Adnexitis, Adnexprozess, Ovarialtorsion, Mittelschmerz, Gravidität, Extrauterin gravidität
Lunge, Pleura (diffuse, atemabhängige Schmerzen) Rechts-basale Pleuritis/Pneumonie	Lunge, Pleura (diffuse, atemabhängige Schmerzen) Links-basale Pleuritis/Pneumonie	Appendix (anhaltend mit mit evtl. rascher Zunahme der Stärke, heftig, verstärkt beim Laufen, Hüpfen, häufig periumbilikal beginnend) Akute Appendizitis	
Appendix Akute Appendizitis bei retrozökaler Appendi	Herz Herzinfarkt	Lymphadenitis mesenterialis	
	Inkarzerierte Hiatushernie	Meckel-Divertikulitis	
Viral/bakterielle Gastroenteritis (kolikartig, initial Oberbauch, dann periumbilikal, diffus)	Viral/bakterielle Gastroenteritis (kolikartig, initial Oberbauch, dann periumbilikal, diffus)	Enteritis regionalis (M. Crohn)	



Abb. 1 Mesenterialinfarkt: Echoarme auf 5–8 mm verdickte Dünndarmwände ohne nachweisbare Vaskularisation im Farbdoppler (Bild aus dem Kapitel Akutes Abdomen, G. von Klinggräff, in Klinische Sonographie und sonographische Differenzialdiagnose. Hrsg. K. Seitz et al. Georg Thieme Verlag KG 2008).

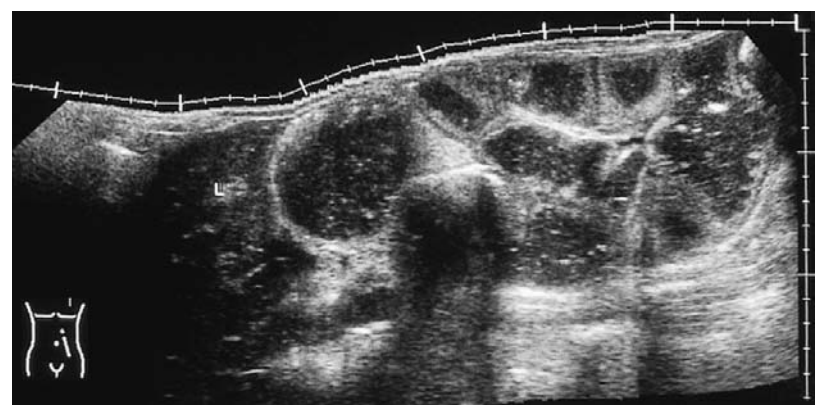


Abb. 2 Darmverschluss: Multiple flüssigkeitsgefüllte Darmschlingen (Bild aus dem Kapitel Akutes Abdomen, G. von Klinggräff, in Klinische Sonographie und sonographische Differenzialdiagnose. Hrsg. K. Seitz et al. Georg Thieme Verlag KG 2008).

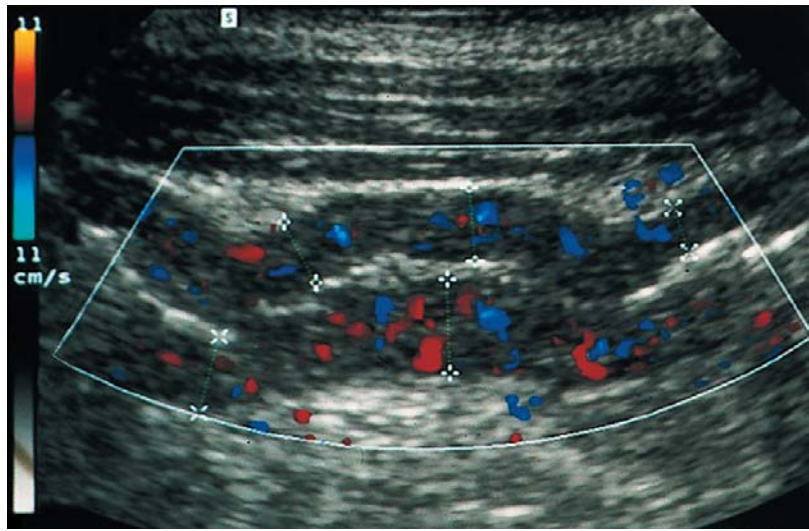


Abb. 3 Schmerzen im Mittelbauch bei Morbus Crohn. Echoarme Wandverdickung im Bereich der letzten Ileumschlinge mit deutlich vermehrter Durchblutung als Ausdruck der starken Wandentzündung (Bild aus dem Kapitel Akutes Abdomen, G. von Klinggräff, in Klinische Sonographie und sonographische Differenzialdiagnose. Hrsg. K. Seitz et al. Georg Thieme Verlag KG 2008).

**Ursachen**

Die Häufigkeit der verschiedenen Ursachen des akuten Abdomens werden vom jeweilig betreuten Patientenkollektiv und Klinikschwerpunkt bestimmt. Systematische prospektive Studien finden sich in der Literatur praktisch nicht. Nach einer retrospektiven Analyse von über 2000 Patienten mit akuten Bauchschmerzen [11] sind in etwa der Hälfte der Fälle die Beschwerden unspezifisch und keine Klärung möglich (Tab. 3). Am häufigsten finden sich gastrointestinale Ursachen mit über 40 % der Fälle. In etwa 10 % ist mit extraintestinalen Ursachen zu rechnen. Vergleichbare Zahlen werden von Trede et al. [12], der OMGE-Studie (Organisation Mondiale de Gastro-Enterologie) [4], einer finnischen Studie [8] und anhand eigener Daten genannt. Wichtig ist auch an die Möglichkeit eines Mesenterialinfarktes (s. o.) bzw. Abdominaltraumata [5] als Ursache eines akuten Abdomens zu denken. Außerhalb des Bauchraumes lokalisierte Ursachen eines akuten Abdomens können u. a. Myokardischämien oder Lungen- bzw. Pleuraaffektionen sein:

- ▶ Thorakale Ursachen: Pleuropneumonie/Lungenembolie/Pneumothorax/Aortendissektion
- ▶ Kardiale Ursachen: Herzinfarkt/Hinterwandischämie/Peri-Myokarditis
- ▶ Genitale: Hodentorsion
- ▶ Niere: Urämie/Niereninfarkt
- ▶ Stoffwechsel: Diabetische Ketoazidose/akute intermittierende Porphyrie/Addison Krise/Hämolytische Krisen/C1-Esterase-Inhibitor-Mangel/Mittelmeerfieber
- ▶ Exogene Ursachen: Bleivergiftung, Trauma

**kurzgefasst**

Am häufigsten finden sich gastrointestinale Ursachen. In etwa 10 % ist mit extraintestinalen Ursachen zu rechnen.

**Diagnostik und Therapie**

Durch Anamnese (5 W-Fragen) und körperliche Untersuchung mit Sonographie, EKG, Labor (C-reaktives Protein (CRP), Kreatininkinase (CK), Troponin, Blutbild, Amylase und/oder Lipase, Kreatinin, Elektrolyte, Blutzucker, Laktat, Urinsediment) muss frühzeitig die Akuität der Situation und die Entscheidung zum chirurgischen oder konservativen Vorgehen getroffen werden. Hier ist eine gute Interdisziplinarität besonders mit der Viszeralchirurgie gefordert. Eine zeitaufwendige Stufendiagnostik sollte vermieden werden. Hierzu gehört auch, dass die wesentlichen Untersuchungstechniken vor Ort vorgehalten werden. Eine Laktaterhöhung sollte immer an die Möglichkeit einer mesenterialen Ischämie denken lassen. Die Entwicklung der hochauflösenden kontrastmittelgestützten Mehrzeilen-Computertomographie inklusive Angio-CT hat die Diagnostik erheblich gewandelt, sodass ein Röntgen-Abdomen in der Regel nicht mehr erforderlich ist. Die Computertomographie sollte frühzeitig in der Diagnostik eingesetzt werden, da durch die Schnelligkeit der Diagnosestellung die Prognose des Patienten verbessert wird [10, 11]. Dies trifft insbesondere für die mesenteriale Ischämie zu. Hier sollte nach der „American Gastroenterological Association“ [1] bei Verdacht und vorliegendem Peritonismus die frühzeitige Laparotomie zur Klärung vor einer zeitaufwendigen Bild diagnostik angestrebt werden. Andere Untersu-

Tab. 3 Ursachen akuter Bauchschmerzen.

Ursache	Strömberg et al. [11]	Trede et al. [12]	OMGE-Studie [4]	Miettinen et al. [8]	Helios Klinikum Krefeld (% Aufnahmen 2006–08/2008)
Unspezifisch	44,3%	26,3%	34%	33%	
akute Appendizitis	15,9%	13,2%	28,1%	23,3%	2,43 x 10 <sup>-3</sup>
Darmobstruktion	8,6%		4,1%	5,2%	0,43 x 10 <sup>-3</sup>
Divertikulitis	8,2%		1,5%	1,1%	0,90 x 10 <sup>-3</sup>
Pankreatitis	3,2%		2,9%	3,9%	1,70 x 10 <sup>-3</sup>
Gallenblasenkolik	2,9%	12,9%	9,7%	8,8%	3,79 x 10 <sup>-3</sup>
Perforation	2,3%		2,5%	2,8%	0,57 x 10 <sup>-3</sup>
GI-Tumor	1,6%		1,5%	2,0%	
Mesent. Ischämien	1,5%				0,81 x 10 <sup>-3</sup>
CED	0,6%				
Extraintestinal	8,3%		6,9%	7,0%	
Urologisch	5,9%		2,9%	2,3%	0,96 x 10 <sup>-3</sup>
Gynäkologisch	2,4%		4,0%	4,7%	

Tab. 4 Diagnostik des akuten Abdomens bei speziellen Erkrankungen.

Erkrankung	Symptome	Diagnostik	Therapie
<b>Akute Pankreatitis</b>	Diffuse Bauchschmerzen Fehlende Abwehrspannung „Gummibauch“ Darmparalyse Vegetative Symptome	Amylase, Lipase Computertomographie Schwere der Pankreatitis unabhängig von Höhe der Serumenzyme bei Aufnahme	Primär konservativ, OP-Indikation nur bei infizierten Nekrosen Analgesie, i. v. Flüssigkeit Therapie extrapankreatischer Organkomplikationen Frühzeitige enterale Ernährung
<b>Mesenteriale Ischämie</b>	Diffuse Bauchschmerzen Darmparalyse Vegetative Symptome	Daran denken Risikopatienten Laktat (nicht spezifisch) Computertomographie	Frühzeitige Operation
<b>Akute intermittierende Porphyrie</b>	Diffuse Bauchschmerzen Darmparalyse Vegetative Symptome Nervenschwächen Neuropsychiatrische Störungen	Daran denken Auslöser (Medikamente, Alkohol, Infektionen, Fasten, Schwangerschaft) Dunkelfärbung des Urins durch erhöhte Ausscheidung von 5-Aminolävulinsäure	Konservativ Analgesie, i. v. Flüssigkeit, Glukose, Hämatin
<b>Intestinale Pseudoobstruktion</b>	Diffuse Bauchschmerzen Spiegelbildungen Motilitätsstörungen	Anamnese mit häufigen Ileuszuständen ohne organische Ursachen Motilitätsstörungen (Ösophagus, Magen, Dünndarm), bakterielle Dünndarmfunktionsstudie Manometrie und Atemtests	Konservativ Diätetik Verhaltensänderung Dekompression Medikamente (Prokinetika, Antibiotika)
<b>Blutungen</b>			
<b>Rektusscheide</b>	Bauchdeckenschmerz	Anamnese (OP, Trauma, Antikoagulation)	Konservativ
<b>Intestinal</b>	Diffuse Bauchschmerzen		Absetzen der Antikoagulantien
<b>Extrapertoneal</b>	Darmparalyse	Bauchdeckensonographie	Ausgleich der Anämie
<b>Retroperitoneal</b>	Vegetative Symptome	Computertomographie	
<b>Pseudoperitonitis diabetica</b>	Diffuse Bauchschmerzen Darmparalyse Vegetative Symptome	Daran denken Anamnese Blutzucker Cave: Amylase- und Triglyzeriderhöhungen Cave: Diabetes, Niereninsuffizienz und Peritonealdialyse mit entzündlicher Peritonitis	Konservativ Blutzuckereinstellung i. v. Flüssigkeit

chungstechniken wie die Endoskopie (bei Perforation kontraindiziert), die Magnetresonanztomographie und die Angiographie sind nicht etabliert bzw. zu zeitaufwendig (Angiographie bei v. a. mesenterialer Ischämie). In Tab. 4 wird der besondere Aspekte spezieller Erkrankungen gezeigt. In Abb. 1, 2, 3 werden beispielhaft einige sonographische Befunde für Ursachen akuter Bauchschmerzen dargestellt.

**kurzgefasst**

In der Diagnostik sind die fünf W-Fragen: Wann, Wie, Wie lange, Warum, Wo wichtig. Außerdem Einsatz von Sonographie, EKG, Labor und frühzeitige Computertomographie. Keine aufwendige Stufendiagnostik.

Autorenerklärung: Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma hat, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt betreibt).

**Literatur**

- 1 American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines on Intestinal Ischemia (2000). Gastroenterology 2000; 118: 951–3
- 2 Ammaturo C, De Rosa A, Salzano A, Morra C, Bassi U, Cerrato C, D’Eliso E, Cacace A. Intestinal infarction: report of 98 cases. Chir Ital 2001; 53: 57–64
- 3 AWMF-Leitlinie Bauchschmerz Nr. 068/004
- 4 De Dombal FT. The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986. Scan J Gastroenterol 1988; 23 (suppl 144): 36–44
- 5 Farahmand N, Sirlin CB, Brown MA, Shragg GP, Fortlage D, Hoyt DB, Casola G. Hypotensive patients with blunt abdominal trauma: performance of screening US. Radiology 2005; 235: 436–443
- 6 Janda A, Hagmüller GW, Denck H. Lactate in the diagnosis of acute intestinal vascular occlusions. Chirurg 1984; 55: 469–73
- 7 Lankisch PG, Mahlke R, Lübbers H. Das akute Abdomen aus internistischer Sicht. Dt Ärzteblatt 2006; 103: A2179–A2188
- 8 Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. Acute abdominal pain in adults. Am Chir Gynaecol 1996; 85: 5–9
- 9 Mössner J. Akutes Abdomen. Internist 2005; 46: 974–981
- 10 Ng CS, Watson CJE, Palmer CR et al. Evaluation of early abdominal pelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. Br Med J 2002; 325: 1387–1389
- 11 Strömberg C, Johansson G, Adolffson A. Acute abdominal pain: diagnostic impact of immediate CT scanning. World J Surg 2007; 31: 2347–2354
- 12 Trede M, Gai H. Akuter Bauchschmerz. Langenbecks Arch Chir 1986; 369: 651–657

Korrespondenz  
Prof. Dr. Thomas Frieling  
Medizinische Klinik II  
Helios Klinikum Krefeld  
Lutherplatz 40  
47805 Krefeld  
Tel. 02151/322707  
Fax 02151/322078  
eMail thomas.frieling@helios-kliniken.de

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2008; 134: 246–250). Alle Rechte vorbehalten.

**Konsequenz für Klinik und Praxis**

- ▶ Diagnostik und Therapie des akuten Abdomens erfordern ein Höchstmaß an klinischer Erfahrung und Interdisziplinarität. Sie sollten in internistisch-chirurgischen Notfalleinheiten erfolgen, die die entscheidenden Untersuchungsverfahren vor Ort vorhalten.
- ▶ Eine aufwendige Stufendiagnostik ist zu vermeiden.
- ▶ Die Computertomographie sollte frühzeitig eingesetzt werden.
- ▶ Durch frühzeitiges Erkennen von Risikopatienten (u. a. für eine mesenteriale Ischämie) mit entsprechender Aufklärung muss die Zeitdauer zwischen Symptombeginn und Arztkontakt minimiert werden.

## Pathogenese, Diagnostik und Therapie

# Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH)

Die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) ist durch die klassische klinische Trias hämolytische Anämie, Thrombophilie und Zytopenie gekennzeichnet. Ausprägung und Kombination der einzelnen Symptome gestalten sich jedoch sehr variabel. Auch der zeitliche Verlauf kann sehr unterschiedlich sein, teils mit einer chronischen Symptomatik, teils mit schubartigen Exazerbationen. Zu einem großen Teil überwiegen die chronischen Verläufe. Die Hämoglobinurie (siehe Abb. 1), die zum Namen der Erkrankung führte, tritt jedoch zum Zeitpunkt der Erstdiagnose nur bei einem Teil der Patienten auf [8].

## Historie

Die Erkrankung wurde als klinische Entität erstmals 1882 in einer Ausgabe der Deutschen Medizinischen Wochenschrift von Paul Strübing in Greifswald beschrieben [21, 22]. Danach berichteten ab 1911 Marchiafava und Micheli über diese Form der hämolytischen Anämie mit der charakteristischen Hämoglobinurie. Synonym wird die PNH deshalb auch als Strübing-Marchiafava-Micheli-Syndrom bezeichnet.

## Pathogenese und klinisches Bild

Ursächlich liegt der PNH eine erworbene Mutation des PIG (Phosphatidylinositol-Glykan)-A-Gens auf dem X-Chromosom einer oder mehrerer pluripotenter, hämatopoetischer Stammzellen zugrunde. Die aus der mutierten Stammzelle entstehenden Tochterzellen besitzen offensichtlich einen relativen Vorteil gegenüber den normalen Zellen und nehmen dann einen mehr oder weniger großen Anteil des gesamten blutbildenden Systems ein. Die genaue Ursache, die zu diesem relativen Vorteil führt, ist bislang nicht vollständig geklärt. Dagegen konnte die Pathophysiologie des GPI-Verankerungsdefektes aufgeklärt werden (GPI = Glykosylphosphatidylinositol). Das Genprodukt des PIG-A-Gens, die N-Acetylglucosaminyltransferase, ist verantwortlich für

die Biosynthese des GPI-Ankerproteins. Es ist notwendig für die Verankerung der verschiedensten Oberflächenproteine in der Zellmembran. Je nach Art der Mutation fehlen die GPI-Anker teilweise oder vollständig. Die fehlende Expression der GPI-verankerten Proteine führt in den betroffenen Zellreihen zu einer Funktionseinschränkung, die für die unterschiedlichen Symptome der PNH verantwortlich ist [16].

Die Coombs-negative Hämolyse und Hämoglobinurie sind Leitsymptome der PNH. Die Ursache ist eine defekte Bindung der Komplement-regulierenden Membranfaktoren CD55 (DAF = decay accelerating factor) und CD59 (MIRL = membrane inhibitor of reactive lysis) durch den fehlenden GPI-Anker auf den Erythrozyten.

Diese schützen physiologischerweise die Erythrozyten vor der Aktivierung der Komplement-Kaskade und damit der komplementvermittelten Zellyse. Der Umfang der Hämolyse ist abhängig von der Größe des PNH-Klons und damit der Menge betroffener Zellen. Unbehandelt verläuft die Hämolyse in der Regel chronisch mit Episoden hämolytischer Krisen oder Paroxysmen mit dem typischen colarfarbenen Morgenurin (siehe Abb. 1). Diese Krisen können durch Infektionen, Kontrastmittel, Operationen oder aber auch durch starke körperliche Belastung ausgelöst werden [1].

Venöse Thrombosen, insbesondere an atypischen Lokalisationen wie Milzvenen-, Pfortader-, Lebervenen-thrombosen (Budd-Chiari-Syndrom), zerebrale Venenthrombosen, aber auch primäre Thrombosen im arteriellen System stellen ein weiteres Leitsymptom der PNH dar. Oft, aber



Abb. 1 Leitsymptom der PNH: die Hämoglobinurie. Hier dargestellt ist der typische dunkle Morgenurin eines PNH-Patienten, der zur Namensgebung der Erkrankung führte. Es liegt hier aber eine chronische Hämolyse vor, und die morgendliche Dunkelfärbung ergibt sich durch die Konzentrierung des Morgenurins. Wie dargestellt verschwindet die Dunkelfärbung im Laufe des Tages.

nicht immer, treten sie im Rahmen einer hämolytischen Krise auf. Bei etwa der Hälfte aller PNH-Patienten entwickelt sich im Verlauf der Erkrankung eine Thrombose und ca. ein Drittel stirbt als Folge davon [8]. Die genaue Ursache der Thrombose neigung konnte noch nicht vollständig geklärt werden. Man nimmt an, dass GPI-defiziente Thrombozyten leichter durch das Komplement aktiviert werden können als normale Thrombozyten. Dies führt zu einer höheren Prothrombinase-Aktivität und zur Thrombusbildung. Als alternativer Mechanismus wird auch eine direkte Aktivierung der plasmatischen Gerinnungskaskade durch die intravasale Hämolyse diskutiert [11]. Im Rahmen der intravasalen Hämolyse steigt auch das freie Hämoglobin an, welches eine Depletion von Stickstoffmonoxid (NO) verursacht. Die Reduktion von NO, einem zentralen Regulator des Tonus der glatten Muskulatur und der Gefäßweite, führt zur Vasokonstriktion, welche zusätzlich zu den oben genannten Mechanismen eine Thrombose begünstigen kann [18]. Eine PNH sollte deshalb insbesondere bei Patienten mit Thrombosen in atypischen Lokalisationen und jungem Alter ausgeschlossen werden. Zusätzliche genetisch bedingte plasmatische Gerinnungsstörungen, wie z. B. eine Faktor-V-Leiden-Mutation, können die Thrombophilie weiterhin begünstigen. Viele PNH-Patienten zeigen initial eine Zytopenie, die von einer isolierten subklinischen Verringerung einer Zelllinie bis hin zu einer schweren aplastischen Anämie reichen kann [8]. Insbesondere der im Verhältnis nahezu immer vorhandene inadäquate (zu

niedrige) Anstieg der Retikulozytenzahl spricht für eine verminderte Knochenmarkreserve [13]. Die Zytopenie und das Fehlen von funktionell wichtigen Oberflächenproteinen auf Granulozyten, Monozyten und Lymphozyten wird oft mit einer Kompromittierung des Immunsystems in Zusammenhang gebracht. Bei Patienten mit einer aplastischen Anämie tritt nach erfolgreicher immunsuppressiver Therapie gehäuft (ca. 15 %) sekundär eine klinisch manifeste PNH auf [3].

### kurzgefasst

Die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) ist die Folge einer erworbenen Mutation einer hämatopoetischen Stammzelle mit dem daraus resultieren GPI-Ankerdefekt. Klinisch resultiert hieraus die Trias aus hämolytischer Anämie, Thrombophilie und Zytopenie.

Hämolyse (Zuckerwasser-Test, Säure-hämolysetest/Ham-Test) nachweisen, sind weniger spezifisch und sensitiv als die Durchflusszytometrie und nicht ausreichend, um die Diagnose der PNH zu sichern. Die klinischen Situationen, die Anlass für eine durchflusszytometrische PNH-Diagnostik geben sollten, sind in Tab. 2 und die weiteren Untersuchungen nach Diagnosestellung in Tab. 3 aufgeführt. Die Durchflusszytometrie ermöglicht es auch, die Größe des PNH-Klons im Verlauf zu untersuchen. Bei neudiagnostizierten PNH-Patienten mit einem großen PNH-Klon (> 90 %) wird empfohlen, die Klongröße zunächst nach 6 Monaten und danach jährlich zu kontrollieren. Patienten mit aplastischer Anämie mit keinem oder einem sehr kleinen PNH-Klon sollten dagegen zunächst alle 3 Monate für 2 Jahre untersucht werden. Bei einer nur mäßigen Klongröße von ca. 20 – 80 % sollten ebenso engmaschige Kontrollen durchgeführt werden, um eine schnelle Expansion des PNH-Klons nicht zu übersehen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass plötzliche Veränderungen des Blutbildes oder des Laktatdehydrogenase (LDH)-Wertes Anlass geben sollten, die PNH-Klongröße zu untersuchen [15].

## Klassifikation der PNH

In Abhängigkeit von der klinischen Manifestation und dem Verlauf wird die PNH gemäß der Empfehlung der „International PNH Interest Group“ (IPIG) in 3 Gruppen eingeteilt [14]:

- **Klassische PNH:** Patienten mit intravasaler Hämolyse (Retikulozytose, Erhöhung von LDH und indirektem Bilirubin, Erniedrigung von Haptoglobin) ohne Anhalt für eine andere Knochenmarkerkrankung.
- **PNH im Rahmen anderer Knochenmarkerkrankungen (aplastische Anämie/refraktäre Anämie/Myelodysplasie):** Patienten mit Zeichen der Hämolyse und zusätzlich bestehender oder vorausgegangener Knochenmarkerkrankung. Entscheidend ist hier die Knochenmarkdiagnostik mit Zytogenetik zum Ausschluss oder zur Bestätigung einer aplastischen Anämie, eines myelodysplastischen Syndroms (MDS) oder einer anderen Myelopathie (z. B. Myelofibrose).
- **Subklinische PNH (PNH-sc):** Hier finden sich keine Hinweise auf Hämolyse. Durch die sensiblen Nachweismethoden können auch die kleinsten GPI-defizienten Populationen nachgewiesen werden. Diese Form tritt häufig im Zusammenhang mit anderen hämatologischen Systemerkrankungen, wie z. B. aplastische Anämie oder MDS, auf.

### kurzgefasst

Der Goldstandard der PNH-Diagnostik ist die Durchflusszytometrie mit dem Nachweis des Fehlens von mindestens 2 GPI-verankerten Oberflächenproteinen auf mindestens 2 Zellreihen. Entsprechend der Hämolyseparameter, PNH-Klongröße und etwaiger Knochenmarkerkrankungen kann die Erkrankung weiter klassifiziert werden.

Tab. 1 Klinische Symptome bei Diagnosestellung der PNH [1].

Symptome	Häufigkeit [%]
Anämie-Symptome	35%
Hämoglobinurie	26%
Hämorrhagien	18%
Aplastische Anämie	13%
Gastrointestinale Beschwerden	10%
Hämolytische Anämie und Ikterus	9%
Eisenmangelanämie	6%
Thromboembolische Komplikationen	6%
Infektionen	5%
Neurologische Symptome	4%

Tab. 2 Indikationen zur durchflusszytometrischen PNH-Diagnostik [14].

<b>Intravasale Hämolyse:</b>
► Patienten mit Hämoglobinurie
► Patienten mit erworbener, Coombs-negativer hämolytischer Anämie (insbesondere in Verbindung mit einem Eisenmangel)
<b>Diagnose von PNH-assoziierten Erkrankungen:</b>
► Diagnose einer aplastischen Anämie
► Diagnose eines myelodysplastischen Syndroms
<b>Thrombosen unklarer Ätiologie:</b>
► Insbesondere bei atypischen Thrombosen: Budd-Chiari-Syndrom, Sinusvenenthrombosen, Mesenterial-, Pfortader- oder Milzvenen-Thrombosen
► Thrombosen in Verbindung mit Hämolyse und/oder Eisenmangel
<b>Unklare Eisenmangelanämie</b>
<b>Patienten mit episodischer Dysphagie oder abdominalen Schmerzkrisen (in Verbindung mit Zeichen intravasaler Hämolyse)</b>

**Therapie**

Die PNH ist eine nicht malinge hämatologische Erkrankung mit chronischem Verlauf. Nach älteren Untersuchungen beträgt die mittlere Überlebenszeit ca. 10 – 15 Jahre. Zu den prognostischen Faktoren bei Diagnosestellung, die mit einer geringeren Überlebenswahrscheinlichkeit assoziiert sind, gehören ein Alter über 55 Jahre, Auftreten von Thrombosen, Entwicklung einer Panzytopenie oder der Übergang in ein myelodysplastisches Syndrom (MDS) oder eine akute Leukämie. Im Langzeitverlauf sind bei bis zu 10 % der Patienten auch spontane, klinische Remissionen beschrieben [8]. Dies sollte bei therapeutischen Entscheidungen berücksichtigt werden. Eine Übersicht über die therapeutischen Optionen der PNH ist in Tab. 4 dargestellt.

● **Supportive Therapie**

Im Vordergrund der symptomatischen Behandlung der PNH steht die Transfusion von Leukozyten-depletierten Erythrozytenkonzentraten. Es ist nicht notwendig, gewaschene Erythrozytenkonzentrate zu verwenden. Mögliche Bedenken, dass residuelles Spenderplasma der transfundierten Konzentrate eine hämolytische Krise auslösen könnte, konnten nicht bestätigt werden.

Eine Gabe von rekombinantem Erythropoetin sollte nur erwogen werden, wenn ein absoluter oder relativer Erythropoetinmangel wie z. B. bei einer chronischen Niereninsuffizienz besteht. Hierunter muss dann eine engmaschige Kontrolle der Hämolyseparameter erfolgen, da durch die gesteigerte Produktion GPI-defizienter Erythrozyten die Gefahr einer hämolytischen Krise besteht [14]. PNH-Patienten haben typischerweise niedrige Ferritinwerte durch die Hämoglobin- und Hämosiderinurie. Hier sollte eine orale Substitution mit Eisen unter Kontrolle der Eisenspeicher (Ferritin, Transferrin-Sättigung) erfolgen. Eine intravenöse Gabe von Eisen sollte vermieden werden, da hierdurch ein hämolytischer Schub ausgelöst werden kann. Bei einer zusätzlich bestehenden erythropoetischen Insuffizienz kann es aber zu

einer Eisenüberladung kommen. Aufgrund der kompensatorisch erheblich gesteigerten Erythropoese im Knochenmark wird weiterhin die Gabe von Folsäure (5 mg/Tag p. o.) und bei einem Mangel auch Vitamin B12 empfohlen.

Exazerbationen der PNH mit hämolytischen Krisen werden häufig in zeitlichem Zusammenhang mit Infektionen beobachtet, da diese zu einer Aktivierung des Komplementsystems führen können. Infektionen sollten daher frühzeitig und konsequent empirisch antibiotisch therapiert werden [14].

● **Steroide**

Ein empirische Therapie mit Steroiden ist sowohl für die chronische Hämolyse als auch für die akute Krise umstritten [12]. Hier fehlen randomisierte Studien, die ihre Wirksamkeit beweisen. Einige Patienten scheinen jedoch gut und in kurzer Zeit auf eine Steroidtherapie anzusprechen (0,25 – 1,0 mg/kg Körpergewicht Prednison). Das schnelle Ansprechen oft schon innerhalb von 24 Stunden spricht für einen direkten Einfluss der Steroide auf die Hämolyse, selbst wenn der eigentliche Mechanismus weitgehend unverständlich bleibt. Unter diesen Umständen kann eine kurzfristige Steroidstoßtherapie (z. B. 1 – 2 mg Prednison/kg KG für mehrere Tage) Schwere und Dauer der Krise günstig beeinflussen. Eine Dauertherapie mit hochdosierten Steroiden ist nicht indiziert [14].

● **Antikoagulation**

Nach stattgehabter Thrombose muss eine lebenslange Antikoagulation mit Cumarinen erfolgen. Trotz effektiver Antikoagulation besteht jedoch bei PNH-Patienten ein Rezidivrisiko für thromboembolische Ereignisse [9]. Auch Heparine können therapeutisch sicher eingesetzt werden. Eine lokale oder systemische Lysetherapie, z. B. beim Budd-Chiari-Syndrom, kann unter Umständen eine Option darstellen.

Eine retrospektive Analyse konnte zeigen, dass Patienten mit einem „großen PNH-Klon“, definiert als > 50 % GPI-defiziente Granulozyten,

ein etwa 8-fach höheres Risiko für eine Thrombose im Verlauf von 10 Jahren besitzen als Patienten mit einem kleineren Klon (44 % vs. 5,8 %). Die Inzidenz thromboembolischer Komplikationen war bei Patienten mit oraler Antikoagulation deutlich geringer [4]. Daher wird empfohlen, bei Patienten mit einem > 50 %-igen Anteil an GPI-defizienten Granulozyten, Thrombozyten > 100/nl und fehlenden Kontraindikationen gegen eine Antikoagulation eine primäre prophylaktische Antikoagulation mit Cumarinen in Betracht zu ziehen.

● **Immunsuppressive Behandlung**

Eine immunsuppressive Therapie sollte zur alleinigen Behandlung der Hämolyseaktivität nicht durchgeführt werden. Analog den Studienprotokollen zur Therapie der aplastischen Anämie kann aber auch eine Behandlung des PNH/aplastischen Syndroms erfolgen.

**kurzgefasst**

Im Vordergrund der Behandlung stehen supportive Maßnahmen mit der Gabe von Erythrozytenkonzentraten, Folsäure (Vitamin B12 und Eisen bei einem Mangel), Prävention und Behandlung von bakteriellen Infektionen als Hämolysetrigger, u. U. kurzfristige Therapie mit Steroiden bei hämolytischen Krisen. Eine Antikoagulation ist postthrombotisch und prophylaktisch bei einem PNH-Granulozytenklon > 50 % indiziert.

● **Komplementinhibition durch Eculizumab**

Eine neue Therapiestrategie stellt die Inhibition des Komplementsystems dar. Der humanisierte monoklonale Antikörper Eculizumab (Soliris®) bindet den Komplementfaktor C5, verhindert dessen Spaltung in die Fragmente C5a und C5b und blockiert damit die nachfolgende Bildung des terminalen Komplementkomplexes C5b-9 (siehe Abb. 2). Im Rahmen der Therapie erfolgt 2 Wochen nach durchgeführter Meningokokkenimpfung (siehe unten) die Gabe von 600 mg Eculizumab wöchentlich für 4 Wochen, gefolgt von 900 mg alle 2 Wochen über ca. 35 Minuten mit einer 60-minütigen Nachbeobachtung. Die Applikation führt zu einer raschen und anhaltenden Verringerung der terminalen Komplementaktivität mit einer effektiven Inhibition der Hämolyse. Im Juni 2007 wurde Eculizumab in Europa für die Behandlung aller Formen der PNH zugelassen. Die Kosten einer Therapie sind nicht unerheblich und belaufen sich auf ca. 400 000 Euro pro Jahr.

● **Ergebnisse klinischer Studien**

Nach einer initialen Studie bei 11 PNH-Patienten [7] wurde Eculizumab in einer doppelblinden, randomisierten, Placebo-kontrollierten Multicenter-Phase-III-Studie an 87 transfusionsabhängigen PNH-Patienten untersucht (TRIUMPH-Studie) [10]. Hier zeigte sich eine deutliche Reduktion der Hämolyse mit einem hochsignifikanten Abfall der LDH-Werte. Die Hämoglobin-Konzentration konnte bei

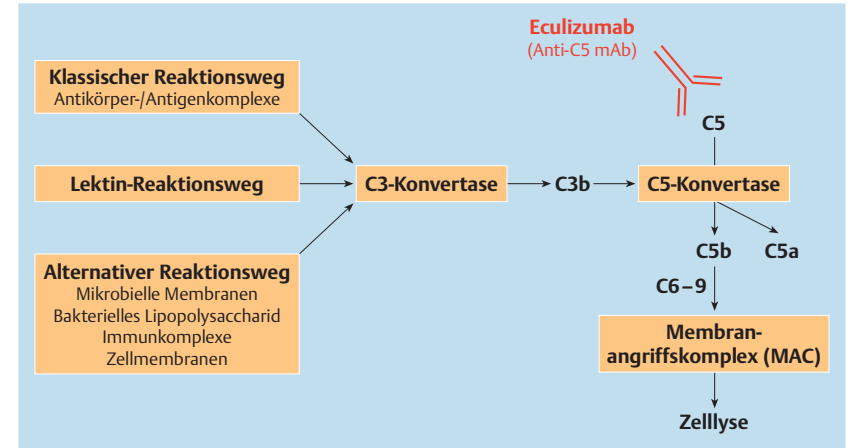


Abb. 2 Die Komplementkaskade und Eculizumab. Die Aktivierung des Komplementsystems führt zur Bildung des Membranangriffskomplexes und so zur Zellyse. Die Spaltung von C5 ist der entscheidende Schritt für den Ablauf der Komplementendstrecke. Durch den Anti-C5-Antikörper Eculizumab kann diese Aktivierung effektiv blockiert werden.

49 % der Patienten im Eculizumab-Arm stabilisiert werden, gegenüber 0 % im Placebo-Arm. Der Transfusionsbedarf konnte während der 26-wöchigen Studiendauer von durchschnittlich 11,0 ± 0,8 (Median 10) im Placebo-Arm auf 3,0 ± 0,7 (Median 0) im Verum-Arm gesenkt werden. Eine vollständige Unabhängigkeit von Transfusionen wurde bei 51 % der Patienten des Eculizumab-Arms erreicht gegenüber 0 % des Placebo-Arms. Weiterhin zeigte sich auch eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität der PNH-Patienten unter Eculizumab (FACIT-Fatigue und EORTC-QLQ-Fragebogen). Die Patienten hatten hier eine signifikante Verbesserung des FACIT-Fatigue um durchschnittlich 6,4 ± 1,2 Punkte ausgehend von dem Status zu Beginn der Studie, während es im Placebo-Arm im Mittel zu einem Abfall um 4,0 ± 1,7 Punkte kam. Interessanterweise konnten auch PNH-typische Symptome, wie Dysphagie, abdominale Schmerzen und erektile Dysfunktion, die auf die Bindung von NO durch das freie Hämoglobin zurückgeführt werden, durch Eculizumab gebessert werden [6, 18]. In einer weiteren Studie (SHEPHERD) wurde die Verträglichkeit und Wirksamkeit über einen Zeitraum von 52 Wochen untersucht.

Trotz der fast vollständigen Hemmung der intravasalen Hämolyse durch Eculizumab kommt es zu keiner vollständigen Normalisierung aller Hämolyseparameter wie z. B. Haptoglobin, Hämoexin oder Bilirubin. Die frühen Komplementfaktoren bleiben durch die Therapie unbeeinflusst, und C3b, C3d und C4b konnten als opsonierende Faktoren identifiziert werden. Dies deutet darauf hin, dass die intravasale Hämolyse bei einigen Patienten teilweise durch eine extravasale Hämolyse abgelöst wird [17]. Hier zeigte sich bei einigen Patienten eine Therapie mit niedrig dosierten Steroiden effektiv.

Darüber hinaus ergab die Auswertung aller 195 mit bisher über 250 Behandlungsjahren mit Eculizumab behandelten PNH-Patienten eine signifikante Reduktion des Risikos für thromboembolische Ereignisse um 85 % (7,37 vs. 1,07 thromboembolische Ereignisse pro 100 Patientenjahre). Interessanterweise konnten darüber hinaus auch thromboembolische Ereignisse bei PNH-Patienten unter Sekundärprophylaxe signifikant um 94 % reduziert

werden (10,61 vs. 0,62 thromboembolische Ereignisse pro 100 Patientenjahre) [9].

● **Nebenwirkungen und Risiken**

Bei den bislang 195 mit Eculizumab behandelten PNH-Patienten sind schwerwiegende Nebenwirkungen nicht aufgetreten. Insgesamt berichteten die behandelten Patienten nur über unspezifische Nebenwirkungen, wie z. B. Kopf- oder Rückenschmerzen, respiratorische Infekte, Übelkeit, Pyrexie, Myalgie und Müdigkeit, die in den meisten Fällen nur leichter bis mittelschwerer Ausprägung waren [2]. Im Rahmen der TRIUMPH-Studie waren Kopfschmerzen das am häufigsten beobachtete unerwünschte Ereignis. Dies ist möglicherweise als Folge der effektiven Unterbrechung der intravasalen Hämolyse zu sehen. Das fehlende freie Hämoglobin führt zu einem Ansteigen der NO-Verfügbarkeit im Sinne eines „Nitro-Kopfschmerzes“. Die Kopfschmerzen waren in der Regel lediglich leicht ausgeprägt und auf die beiden Erstgaben begrenzt.

Da die Therapie mit Eculizumab einen Teil der natürlichen Immunabwehr blockiert, ist das Risiko für eine Infektion mit Meningokokken erhöht. So muss mindestens 2 Wochen vor Therapiebeginn eine Impfung gegen Meningokokken mit einem tetravalenten Konjugatimpfstoff durchgeführt werden. Sie muss – unter der auf lebenslange Dauer angelegten Therapie mit Eculizumab – alle 2 Jahre wiederholt werden. Hier bleibt zu berücksichtigen, dass die verfügbaren Impfstoffe insbesondere den in Deutschland prävalenten Meningokokken-B-Stamm nicht abdecken. Die Patienten sollten deshalb bei Hinweisen auf eine Meningokokken-Infektion (z. B. Kopfschmerzen, u. a. mit Übelkeit oder Erbrechen, Fieber, Nackensteifigkeit, Hautausschlag, Verwirrtheitszustand) entsprechend eines Risikoplans umgehend Kontakt mit einem Arzt aufnehmen, und ggf. sollten eine weitere Abklärung und Therapie eingeleitet werden.

PNH-Patienten, die mit Eculizumab behandelt werden, sollten durch regelmäßige Messungen der LDH-Werte weiterhin auf eine intravasale Hämolyse überwacht werden. Hier kann unter Umständen eine Verkürzung des Zeitintervalls auf 12 Tage oder ggf. eine Anpassung der Dosis erforderlich sein [2].

Tab. 3 Empfehlung zur Diagnostik der PNH [14].

<b>Blut- und Laborparameter:</b>
▶ Blut- und Differenzialblutbild, Retikulozyten
▶ Laktat-Dehydrogenase, indirektes Bilirubin, Haptoglobin
<b>Durchflusszytometrische Analyse GPI-verankerter Proteine:</b>
▶ Mindestens 2 Zellreihen (z. B. Granulozyten und Erythrozyten)
<b>Knochenmarkdiagnostik:</b>
▶ Zytologie
▶ Histologie
▶ Zytogenetik
GPI = Glycosylphosphatidylinositol

Tab. 4 Therapeutische Optionen der PNH [14].

<b>Kurativ:</b>
▶ Allogene Stammzelltransplantation
<b>Symptomatische Therapie:</b>
▶ Substitution von Erythrozytenkonzentraten
▶ Erythropoietin bei absolutem oder relativem Mangel
▶ Folsäure- und ggf. Eisensubstitution (unter Kontrolle der Eisenspeicher)
▶ Prävention und ggf. frühzeitige Behandlung von bakteriellen Infektionen
▶ Steroide
▶ Antikoagulation
▶ Immunsuppressive Behandlung
▶ Komplementinhibition mit Eculizumab

### ● Behandlungsabbruch

Patienten, die die Behandlung mit Eculizumab abbrechen, sollten für mindestens 8 Wochen engmaschig überwacht werden, um eine schwere Hämolyse oder andere Komplikationen zu erkennen. Sollte eine schwere Hämolyse auftreten, müssen entsprechend Erythrozytenkonzentrate substituiert werden, und ggf. kann auch die erneute Gabe von Eculizumab erwogen werden.

### kurzgefasst

Die Inhibition der terminalen Komplementstrecke durch Eculizumab ist die erste zielgerichtete Therapieoption der PNH und kann so effektiv Hämolyse, Transfusionsbedarf, Thrombophilie und PNH-assoziierte Symptome (z. B. Dysphagie, abdominale Schmerzen) reduzieren und die Lebensqualität der PNH-Patienten verbessern. Voraussetzung vor Therapiebeginn ist eine Impfung gegen Meningokokken, da ein erhöhtes Risiko für Infektionen mit kapselbildenden Bakterien besteht.

### ● Stammzelltransplantation

Die allogene Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation ist die einzige potentiell kurative Therapie der PNH. Die allogene Transplantation hat eine erhebliche Transplantations-assoziierte Morbidität und Mortalität, und so sind die in älteren Studien berichteten Langzeitüberlebensdaten mit ca. 50-60 % unbefriedigend. Diese Ergebnisse werden wesentlich durch die hohen Raten an Transplantatabstoßungen, aber auch Infektionskomplikationen bestimmt [19]. Neuere Analysen, unter anderem mit nicht-myeloablativer Konditionierung, zeigen an allerdings sehr kleinen Patientenkollektiven bessere Ergebnisse [5]. Derzeit sollte die Indikation weiterhin eng gestellt werden, z. B. bei sehr schwerer und refraktärer hämolytischer Anämie, rezidivierender, ausgeprägter und lebensbedrohlicher Thromboseneigung, schwerer aplastischer Anämie oder beim Übergang in ein MDS oder eine Leukämie.

### kurzgefasst

Die einzig kurative Therapieoption der PNH ist die allogene Stammzelltransplantation, die jedoch mit einer hohen Morbidität und Mortalität assoziiert ist und nur bei entsprechend schweren Verläufen indiziert ist.

### Fazit

Die PNH ist klinisch durch eine Trias aus hämolytischer Anämie, Thrombophilie und Zytopenie gekennzeichnet. Ursache der PNH ist eine Mutation des PIG-A-Gens der pluripotenten hämatopoetischen Stammzelle, wodurch es zum Verlust des GPI-Ankers und entsprechend verankerter Proteine auf der Oberfläche der betroffenen Zellreihen kommt. Die Diagnose wird mit Hilfe der Durchflusszytometrie gestellt, wodurch auch Art und Größe des PNH-Klons bestimmt werden können. Im Vordergrund steht die symptomatische The-

rapie. Bei schweren Verläufen bietet die allogene Knochenmarktransplantation eine kurative Option. Einen neuen Ansatz in der Behandlung der PNH stellt die Hemmung des terminalen Komplement-Weges durch einen monoklonalen Antikörper (Eculizumab) dar. Hierdurch konnte in Studien die Komplement-vermittelte intravasale Hämolyse gehemmt, der Transfusionsbedarf gesenkt, die Lebensqualität der Patienten verbessert und auch das Risiko für thromboembolische Ereignisse gesenkt werden, welche die Haupttodesursache der PNH darstellen.

### ● Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei unklarer Thrombophilie, Zytopenie oder Hämolyse sollte differentialdiagnostisch eine PNH erwogen und diagnostisch abgeklärt werden.
- ▶ Die Durchflusszytometrie ist heute die einzig sicher anerkannte Nachweismethode der PNH (Goldstandard).
- ▶ Im Vordergrund der Behandlung stand bislang die alleinige symptomatische Therapie.
- ▶ Mit dem monoklonalen Antikörper Eculizumab steht erstmals durch die Hemmung der terminalen Komplementstrecke eine neue zielgerichtete und effiziente Therapieoption der PNH zur Verfügung.

Autorenerklärung: UD, HS und JS waren Prüfarzte in klinischen Studien der Firma Alexion zum Präparat Eculizumab teil, die von der Firma Alexion mit einer Aufwandsentschädigung finanziert wurden. AR, UD, HS und JS erhielten Vortrags- und Beratungshonorare von Alexion.

A. Röth<sup>1</sup> U. Dührsen<sup>1</sup> H. Schrezenmeier<sup>2</sup> J. Schubert<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Hämatologie, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

<sup>2</sup> Institut für Transfusionsmedizin, Universitätsklinikum Ulm und Institut für Klinische Transfusionsmedizin und Immunogenetik Ulm gemeinnützige GmbH, DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen

<sup>3</sup> Innere Medizin I, Universitätsklinikum des Saarlandes

### Korrespondenz

Dr. med. Alexander Röth  
Universitätsklinikum Essen  
Universität Duisburg-Essen  
Hufelandstr. 55  
45122 Essen  
Tel. 0201/723-84219  
Fax 0201/723-5934  
eMail alexander.roeth@uni-due.de

Die Literatur zum Beitrag „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH)“ finden Sie im Internet unter [www.BDI.de](http://www.BDI.de) auf den Seiten von BDI aktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 404-409). Die Literatur zum Beitrag „Basisreanimation des Erwachsenen ohne Beatmung – pro und contra“ finden Sie im Internet unter [www.BDI.de](http://www.BDI.de) auf den Seiten von BDI aktuell. Die Pro- und Contra-Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 410-411).

## Basisreanimation des Erwachsenen ohne Beatmung

### pro



Prof. Dr. H. H. Klein

Das heutige Konzept der Herz-Lungen-Wiederbelebung mit einem Wechsel von externer Herzdruckmassage (Thoraxkompression) und Beatmung geht auf eine Arbeit von P. Safar et al. [4] zurück. Er verband seine Erkenntnisse zur künstlichen Beatmung mit der ebenfalls in Baltimore kurz vorher beschriebenen externen Herzdruckmassage [3]. Safar et al. gingen in ihrer epochalen Arbeit von 2 falschen Annahmen aus, die bis in die aktuellen Leitlinien nachwirken. So ist zu lesen „since ventilation is as important in resuscitation as circulation“. Diese Aussage wurde damals als selbstverständlich richtig angesehen. Seit etwa 30 Jahren wissen wir durch Experimente am Herzen, dass eine fehlende Zirkulation (Ischämie) viel schneller zum Zelltod führt als fehlender Sauerstoff (Hypoxie, Anoxie) bei vorhandener Perfusion. Die zweite Aussage, die für eine umgehende Beatmung bei einer Reanimation sprach, war die falsche Annahme „most patients in need of cardiac resuscitation are hypoxic and hypercapnic“. Die häufigste Ursache für einen plötzlichen Herztod eines ansonsten bis zu diesem

Zeitpunkt mehr oder weniger gesunden Menschen, der auch von einer Reanimation profitieren kann, ist das primäre Kammerflimmern. Bei Auftreten von Kammerflimmern ohne Reanimationsmaßnahmen sistiert die Zirkulation, sodass für eine Zeit von mindestens 5 Minuten (eher noch wesentlich länger) die arteriellen Blutgase im Normbereich bleiben und bei einer sich dann anschließenden Herzdruckmassage ohne Beatmung über 5 Minuten die sich einstellenden arteriellen Blutgaswerte sicherlich mit einem Überleben gut vereinbar sind. Zusätzlich zu diesen pathophysiologischen Erwägungen sprechen weitere tierexperimentelle Untersuchungen eindeutig für ein besseres Überleben bei der Reanimation von Kammerflimmern, wenn die Thoraxkompressionen vor einer Defibrillation möglichst selten unterbrochen werden. Überzeugende randomisierte kontrollierte klinische Studien zur Evaluation der Bedeutung der Beatmung bei der Basisreanimation bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand sind rar [2]. Fasst man den derzeitigen Kenntnisstand aufgrund mehrerer retrospektiver und prospektiver klinischer Studien zusammen, ergibt sich in keiner Untersuchung ein Nachteil, sondern definitiv eher ein Vorteil für das Überleben bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand, wenn bei der Basisreanimation zu Gunsten

### contra



Prof. Dr. H.-R. Arntz

Zweifellos sind die pathophysiologischen Überlegungen, die der Stellungnahme von Herrn Prof. H.H. Klein zugrunde liegen, zutreffend. Sie sind deshalb auch Consensus of Science [5] und mit Grundlage für die aktuellen Leitlinien aus dem Jahre 2005 [3, 4]. Allein es stellt sich die Frage, ob der gänzliche Verzicht auf die Beatmung bei der Basisreanimation des Erwachsenen zum jetzigen Zeitpunkt angemessen ist. Die Leitlinien aus 2005 – die nächste Überarbeitung steht für den Oktober 2010 zur Publikation an – betonen die Herzdruckmassage mit einer Umstellung des Verhältnisses auf 30 Thoraxkompressionen zu 2 Beatmungen (bisher: 2 Beatmungen, gefolgt von 15 Kompressionen). Weiterhin werden Laienhelfer ermutigt, eine alleinige kontinuierliche Herzdruckmassage durchzuführen, sofern sie zur Beatmung nicht Willens oder in der Lage seien.

Jüngst sind weitere Beiträge zur Frage der Beatmung bei der Reanimation durch Ersthelfer erschienen. In einem Schwedischen Register [1] waren die Überlebensraten mit und ohne Beatmung durch Ersthelfer auch nach Adjustierung auf wichtige Einflussgrößen identisch. In der SOS-Kanto-Studie [8] waren die Überlebensraten bei

Ersthelferreanimation mit und ohne Ventilation vergleichbar, das neurologische Ergebnis tendenziell ohne Beatmung besser. Die 1-Jahres-Überlebensquote einer Studie aus Osaka an 3559 Patienten war mit beiden Methoden gleich [6]. In beiden Studien sind die Überlebensraten im Vergleich sehr niedrig. Die relativ günstigen Ergebnisse für die alleinige Kompression beruhen in der einen Studie auf insgesamt 57, in der Osaka Studie auf nur 43 Überlebenden. Die American Heart Association hat sich aufgrund dieser sowie einer weiteren Studie mit sog. „Telefonreanimation“ [2] dennoch dazu entschlossen, eine Empfehlung zur alleinigen Herzdruckmassage und Verzicht auf Beatmung für den Laienhelfer auszusprechen – eingeschränkt aber auf den erwachsenen Patienten mit beobachtetem Kreislaufstillstand „wahrscheinlich kardialer Ursache“ [7]. Der „Deutsche Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council“ (GRC), in dem die einschlägigen deutschen Fachgesellschaften vertreten sind, hat in Übereinstimmung mit dem European Resuscitation Council ablehnend zu dieser Empfehlung Stellung genommen. Er unterstützt die Beibehaltung der aktuell gültigen Leitlinien bis zu einer eventuellen Überarbeitung aufgrund folgender Überlegungen: Die von der AHA zitierten Studien [1, 2, 6, 8] (bis auf eine [2] alles nicht randomisierte Beobachtungsstudien!) sind im veralteten 2 : 15 Verhältnis von Beatmung zur Thoraxkompression durch-

der Thoraxkompression auf die Beatmung verzichtet wird. Dies gilt insbesondere für die Laienreanimation, aber auch für die anfängliche Reanimationsphase (etwa die ersten 6 Minuten) durch professionelle Helfer [1]. Die primär alleinige adäquate Thoraxkompression ist die Basis der Reanimation des Erwachsenen mit Herz-Kreislauf-Stillstand, weil ...

- ▶ die Durchblutung (Thoraxkompression) wichtiger ist als eine physiologische Oxygenierung (Beatmung).
- ▶ die alleinige Thoraxkompression viel einfacher vermittelbar ist.
- ▶ keine Fehler bei der Beatmung auftreten.
- ▶ eine Vereinfachung der Reanimation die Chance bietet, die Laienreanimationsrate zu erhöhen.
- ▶ Laien weniger Zeit bei der Reanimation verlieren, wenn sie die ungeliebte Beatmung überhaupt nicht erwägen müssen. Es ist sogar zu überlegen, ob dem Laien die Beatmung bei der Reanimation untersagt werden sollte.
- ▶ es seltener vorkommen wird, dass die Reanimation nur aus der Beatmung besteht.
- ▶ die primäre Asphyxie so selten ist, dass Laien damit so gut wie nie in ihrem Leben konfrontiert werden.

Prof. Dr. Hermann H. Klein  
Med. Klinik II, Schwerpunkt Kardiologie, Klinikum Idar-Oberstein GmbH  
Dr. Ottmar-Kohler-Str. 2  
55743 Idar-Oberstein  
Tel. 06781/661-546  
Fax 06781/661-559  
eMail medklinik2@io.shg-kliniken.de

geführt worden. Die Qualität der Maßnahmen war nicht zu beurteilen. Zahlen zur Effizienz der nunmehr auf 30 : 2 umgestellten Empfehlungen liegen nicht vor. Es wird darüber hinaus bezweifelt, dass Laien fähig sind, Fälle mit „wahrscheinlich kardialer Ursache“ von solchen abzutrennen, in denen die Beatmung sicher notwendig ist wie z. B. bei primär respiratorischen Problemen oder Reanimationsversuchen, die länger als 4 – 5 Minuten anhalten. Darüber hinaus hält man es für wenig sinnvoll die Leitlinien jetzt zu ändern, in einer Phase in der sich alle an der Laienausbildung Beteiligten insbesondere die Hilfsorganisationen wie Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe etc. intensiv darum bemühen, die 2005 modifizierten Leitlinien der breiten Bevölkerung nahezubringen. Die bereits in den Leitlinien 2005 enthaltene Empfehlung, nur eine Herzdruckmassage durchzuführen, sofern Helfer zur Beatmung nicht Willens oder in der Lage sind, sollte bis zum Vorliegen überzeugender Daten daher genügen. Nichts wäre fataler, als die Notwendigkeit der Rücknahme einer Empfehlung, die nach augenblicklichem Stand der Dinge offensichtlich über das Ziel hinausschießt.

Prof. Dr. med. H.-R. Arntz  
Med. Klinik II, Abt. für Kardiopulmologie, Charite Campus Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 30  
12200 Berlin  
Tel. 030/8445-2640  
eMail hans-richard.arntz@charite.de

Gastroenterologie

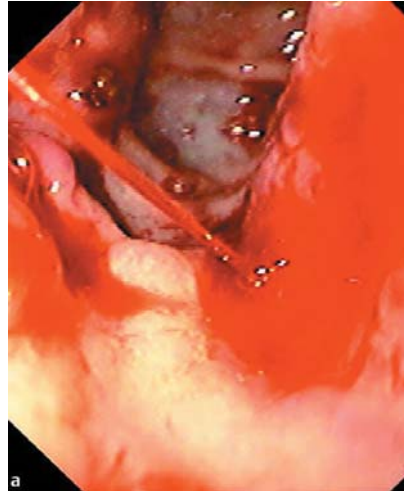
# Risikoeinschätzung bei gastrointestinalen Blutungen

Patienten mit einer Blutung im oberen Gastrointestinaltrakt werden in der Regel stationär aufgenommen und endoskopisch untersucht. Beides ist bei (jüngeren) Patienten mit geringem Risiko einer lebensbedrohlichen Blutung meist nicht erforderlich. Eine Einschätzung des individuellen Risikos anhand des „Glasgow-Blatchford Bleeding Score“ (GBS) wurde bisher nur an wenigen Patienten vorgenommen. A. J. Stanley et al. haben ihn nun prospektiv evaluiert und validiert. *Lancet 2009; 373: 42–47*

Im ersten Teil ihrer Studie, durchgeführt an 4 Kliniken in Großbritannien, berechneten die Autoren bei 676 Patienten anhand aktueller und früherer Daten den GBS. Er basiert auf einfachen klinischen und laborchemischen Patientendaten ohne endoskopischen Befund. Im Vergleich dazu berechneten sie den sogenannten Rockall-Score in der präklinischen und vollständigen Version (ohne bzw. mit endoskopischem Befund). Eine Blutung im oberen Gastrointestinaltrakt war definiert als Hämatemesis, Kaffeesatzbrechen oder Teerstuhl. Erfasst wurden sämtliche Therapiemaßnahmen wie Bluttransfusionen, endoskopische Behandlung und Operation sowie der Tod des Patienten. In der nächsten Studienphase wurde dann prospektiv untersucht, ob bei Patienten, die wegen einer Blutungen im oberen Gastrointestinaltrakt in die Notaufnahme gekommen und denen anhand des GBS ein geringes Risiko (GBS=0) attestiert worden war, eine ambulante Behandlung ausgereicht hatte.

Die Ergebnisse der 1. Studienphase zeigten, dass bei den 105 (16 %) als GBS=0 eingestuft Patienten weder therapeutische Interventionen erforderlich noch Todesfälle eingetreten waren. Was die Risikoeinschätzung betrifft, war der GBS beiden Rockall-Scores überlegen: Bei letzteren war trotz eines Scores von Null (geringes Risiko) bei Aufnahme in die Klinik in 44 Fällen eine therapeutische Intervention notwendig; ein Patient starb.

Auch in der 2. Untersuchungsphase zur Prüfung der Validität bewährte sich die Einschätzung per GBS: 123 (22 %) der insgesamt 491 Patienten wurden als GBS=0 eingestuft, 84 (68 %) von ihnen konnten ambulant behandelt werden. In keinem Fall war eine therapeutische Intervention oder spätere Klinikaufnahme erforderlich. Der Anteil stationär aufgenommener Patienten reduzierte sich dank Risikoeinschätzung per GBS von 96 % (Phase 1) auf 71 % (Phase 2 der Untersuchung), d.h. signifikant.



Mit dem Glasgow-Blatchford-Score kann das Risiko oberer gastrointestinaler Blutungen abgeschätzt werden. Die Abbildung zeigt eine spritzende Blutung aus einem Ulkus an der Bulbushinterwand (Forrest Ia). (Bild: Die obere gastrointestinale Blutung: Differenzialdiagnose und Therapie. H. Pohl u. T. Rösch. Gastroenterologie up2date 2005; 1: 167–186)

● **Fazit**

Ob bei Patienten, die wegen einer Blutung im oberen Gastrointestinaltrakt in die Klinik kommen, eine ambulante Therapie ausreichend ist, lässt sich anhand des Glasgow-Blatchford-Score relativ sicher vorhersagen, so die Autoren.

● **Kommentar zur Studie**

Nachdem diese erste Prospektivstudie die einfache Anwendung und den hohen Nutzen des GBS bestätigt hat, bleibt zu klären, ob der finanzielle Aufwand dieser Untersuchung mit einer ambulant durchgeführten Endoskopie bzw. frühzeitigen Endoskopie und Entlassung nach stationärer Aufnahme vergleichbar ist. Zur Kostensenkung würde auch die Reduzierung der GIT-bedingten Mortalität, etwa durch Anti-Alkohol-Kampagnen, wesentlich beitragen, so V. Subramanian und Ch. Hawkey in ihrem Editorial. *Lancet 2009; 373: 5–7*

Dr. med. Barbara Weitz

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 385, sowie Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 234). Alle Rechte vorbehalten.

Gastroenterologie – Ernährungsmedizin

# Reizdarm: Faserkost, Spasmolytika und Pfefferminzöl helfen

Symptome des Reizdarms sind häufig, aber nicht immer leicht zu behandeln. Für Therapien, die seit langem im Einsatz sind, fehlte bisher die wissenschaftliche Evidenz zu deren Wirksamkeit und Sicherheit. A. C. Ford et al. stellten nun anhand eines systematischen Reviews randomisierter, kontrollierter Studien den Effekt von Faserkost, Spasmolytika oder Pfefferminzöl der Behandlung mit Placebo gegenüber. *BMJ 2008; 337: a2313*

BMJ 2008; 337: a2313

Die Autoren schlossen nur Studien aus den Datenbanken Medline, Embase und Cochrane mit einer Behandlungsdauer von mindestens einer Woche ein. Als Studienendpunkt definierten die Autoren das relative Risiko für persistierende Symptome.

In den Datenbanken fanden sich 12 Studien mit insgesamt 591 Patienten, die faserreiche Kost mit Placebo verglichen. Unter faserreicher Kost zeigte sich ein relatives Risiko für persistierende Symptome von 0,87. Aus den 22 Studien mit 1778 Patienten, die Spasmolytika dem Effekt von Placebo gegenüberstellten, ergab sich ein relatives Risiko für persistierende Symptome von 0,68. In den 4 Studien mit 392 Patienten, die Pfefferminzöl und Placebo verglichen, betrug das relative Risiko für persistierende Symptome 0,43.

Die Zahl der Patienten, die behandelt werden muss, damit ein Patient von

der Behandlung profitiert (number needed to treat) und keine persistierenden Symptome mehr aufweist, beträgt 11 für faserreiche Kost, 5 für Spasmolytika und 2,5 für Pfefferminzöl.

Der Nutzen faserreicher Kost scheint sich auf Flohsamenschalen (Psyllium) zu beschränken, wobei dieser Effekt in statistisch hochwertigen Studien nur knapp signifikant ausfällt. Die Gabe von Weizenkleie führte im Vergleich zu Placebo zu keiner signifikanten Symptombesserung. Bei den Spasmolytika zeigte vor allem das Anticholinergikum Hyoscin, ein Scopolamin, einen dauerhaften Vorteil.

● **Fazit**

Faserreiche Kost, Spasmolytika und Pfefferminzöl behandeln Symptome des Reizdarms effektiver als Placebo, so die Autoren.

Dr. med. Katja Flieger

## 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

## Wie gefährlich sind die „neuen Drogen“?

Nach Angaben der Bundesregierung ist der Konsum illegaler Drogen in Deutschland rückläufig. Doch Grund zur Entwarnung gibt es nicht; denn weiterhin sind schätzungsweise 120 000 bis 150 000 Menschen opiatabhängig, etwa 400 000 konsumieren in gesundheitsschädigendem Ausmaß Cannabis. Zudem sorgen immer wieder neue Substanzen oder Produkte wie jüngst die Kräutermischung „Spice“ für Schlagzeilen.

Drogenabhängigkeit ist längst kein Problem von Randgruppen mehr, sondern findet sich in nahezu allen Bevölkerungsschichten und Altersgruppen. Auch nach Ansicht von Dr. Ernst Pallenbach, Klinik-apotheker in Villingen-Schwenningen und Vorsitzender des Arbeitskreises Sucht der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg, ist das Konsumenten-Spektrum viel breiter geworden: „Während früher die typischen Drogenabhängigen meist Menschen am Rande der Gesellschaft waren, findet man heute unter den Konsumenten viele extrovertierte, leistungsbereite Menschen, die sich von der Drogen-einnahme mehr Spaß in der Freizeit – vor allem auf Partys – und eine höhere Leistungsfähigkeit bei der Arbeit versprechen.“



Dr. E. Pallenbach

### • Welche Drogen sind besonders aktuell?

Neben Substanzen, die aufputschend wirken, spielen nach Pallenbachs Erfahrung Stoffe, die Trance-ähnliche Zustände hervorrufen, zunehmend eine Rolle. Die Konsumenten können dabei so genannte „Out-of-body-Zustände“ oder Beinahe-Todeserfahrungen erleben. Chemisch betrachtet sind solche Substanzen Abkömmlinge von Narkotika wie Fentanyl oder Ketamin, die jedoch aufgrund der Molekül-Variationen viel länger und stärker wirksam sind. Bekannt geworden sind beispielsweise die Fentanyl-Methyl-derivate „China White“ und „Persian White“ – doch die tatsächliche Zahl der Substanzen ist inzwischen unüberschaubar. Verändert haben sich die Bedingungen, unter denen heute illegale Substanzen produziert werden. „Sicherlich gibt es auch noch die eine oder andere berühmt-berüchtigte „Waschküche“, in der Drogen unter primitiven Bedingungen hergestellt werden. Doch die meisten illegalen Substanzen werden heute in gut ausgestatteten Labors von ausgebildeten Profis produziert – und damit lässt sich eine Menge Geld verdienen“, erläutert Pallenbach.

### • Ecstasy – eigentlich keine „Designerdroge“

Unter den anregend und aufputschend wirkenden illegalen Substanzen ist zweifellos das Amphetamin-Derivat Ecstasy am bekanntesten. Weniger bekannt ist, dass die Substanz schon vor über 100 Jahren entwickelt wurde und ursprünglich als Arzneimittel vermarktet werden sollte. Wegen der starken unerwünschten Wirkungen nahm der Hersteller jedoch davon Abstand. In Deutschland wurde die Substanz mit dem chemischen Namen 3,4-Methylen-dioxy-methylamphetamin (MDMA) insbesondere wegen ihrer nervenschädigenden Wirkung und des hohen Missbrauchpotenzials im Jahre 1986 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt – und gehört heute zu den am weitesten verbreiteten illegalen Substanzen. Auch hier gibt es eine Fülle von chemischen Modifikationen, die oral eingenommen werden (in der Szene oft als „Pille einwerfen“ bezeichnet) und schon in geringen Konzentrationen eine starke Wirkung entfalten.

### • Verheerende gesundheitliche Folgen möglich

Ecstasy und chemisch verwandte Substanzen wirken als indirekte Sympathomimetika, das heißt sie verstärken die Freisetzung bzw. hemmen die Wiederaufnahme von Noradrenalin aus dem synaptischen Spalt. Daraus resultiert eine kreislaufanregende, appetit- und müdigkeitshemmende Wirkung, die es den Konsumenten beispielsweise ermöglicht, stundenlang ohne Pause „abzutanzten“. Darüber hinaus verstärken die Substanzen optische und akustische Reize, erhöhen das Kontakt- und Kommunikationsbedürfnis und versetzen insgesamt in eine positive, nicht aggressive Stimmung, sodass eine friedliche Atmosphäre entsteht. Doch die gesundheitlichen Folgen können verheerend sein: Die Substanzen stören die Regulation von Blutdruck, Herzfrequenz und Körpertemperatur und den Mineralstoffhaushalt. Nach einem unter Ecstasy oder verwandten Substanzen „durchtanzten Wochenende“ kann es zu wochenlang andauernden Erschöpfungszuständen kommen. Eine zusätzliche Gefahr geht von absichtlichen oder zufälligen Verunreinigungen in den Tabletten aus – die Konsumenten müssen damit rechnen, dass Beimischungen von weiteren illegalen Substanzen wie beispielsweise Kokain oder LSD enthalten sind.



Amphetamine: Amphetamine werden in der Regel in Pulverform gehandelt; zu diesem Zweck werden sie häufig in sog. Apothekerbriefchen abgefüllt (Bild: B. Ringewaldt).



Ecstasy: Ecstasy wird meist in Tablettenform verkauft. Die meisten werden mit verharmlosenden Zeichen geprägt. Im Bild eine Rarität aus den frühen Anfangszeit: „Eva“ – die Mutter aller Ecstasy-Tabletten (Bild: B. Ringewaldt).

Ecstasy und seine Modifikationen sind also keine harmlosen Partydrogen – auch wenn die Hersteller dies durch aufgedruckte Motive in Form von Herzen, Comic-Figuren oder Kleeblättern gern vermitteln wollen.

### • Antidote kaum verfügbar

Die prinzipielle Möglichkeit von Beimischungen sowie die häufige Unge-wissheit, welche Substanzen genau eingenommen wurden, erschweren die Maßnahmen der Ersten Hilfe im Falle des Zusammenbruchs eines Konsumenten. Da sich anhand der Symptome oft nur sehr schwer nachvollziehen lässt, was eingenommen wurde, kann häufig kein Antidot eingesetzt werden. Die Erste-Hilfe-Maßnahmen vor Eintreffen des Notarztes müssen sich daher in den meisten Fällen darauf beschränken, die betreffende Person zu beobachten und notwendige lebenserhaltende Maßnahmen durchzuführen. Bei Ecstasy und chemisch verwandten Substanzen ist die Wasser- und Elektrolytzufuhr besonders wichtig. Sinnvoll sind außerdem beruhigende Gespräche („talking down“). Zur medikamentösen Sedierung können Doxepin, Diazepam oder Lorazepam empfohlen werden. Pallenbach: „Im Vergleich zu früher sind ansprechbare Konsumenten heute eher bereit anzugeben, was sie eingenommen haben. Auch wenn noch mit Verunreinigungen gerechnet werden muss, so ist es für den behandelnden Arzt unter Umständen dadurch leichter, rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.“

### • Medikamentenabhängigkeit – die unterschätzte Gefahr

Pallenbach verweist außerdem auf die heute verbreitete missbräuchliche Anwendung von Medikamenten, die oft unterschätzt wird. „Dazu zählen beispielsweise Methylphenidat (Ritalin®) und Modafinil (Vigil®), die als Aufputschmittel missbraucht werden. Auch Schmerzmittel können missbraucht werden – sowohl Opioi-

de wie beispielsweise Tilidin oder Tramadol als auch nicht-opioide Analgetika, insbesondere koffeinhaltige Kombinationspräparate. Sehr häufig werden auch Benzodiazepine und gelegentlich Carbamazepin missbräuchlich angewendet. Neben verschreibungspflichtigen oder sogar Btm-rezeptpflichtigen Medikamenten werden zunehmend auch Arzneimittel, die ohne Rezept in Apotheken oder über das Internet gekauft werden können, missbraucht. Hervorzuheben sind hier „Grippemittel“ mit dem Wirkstoff Dextrometorphan sowie sedierende Antihistaminika, für die es in einschlägigen Internetforen zahlreiche Erfahrungsberichte von Konsumenten gibt. Apotheker und Ärzte sind daher gemeinsam aufgefordert, dem Problem des Missbrauchs und der Abhängigkeit von Medikamenten entgegenzuwirken.“

### • „Spice“ – die neue Modedroge

Zum Jahresende 2008 sorgte „Spice“ für Aufmerksamkeit in den Medien. Dabei handelt es sich um eine in handlichen Verpackungen angebotene Mischung aus verschiedenen Kräutern, die nicht im Betäubungsmittelgesetz aufgeführt und daher legal sind. Ursprünglich als Räucher-mischung im Internet und in sogenannten Headshops angeboten, wird „Spice“ vielfach als Cannabis-Ersatz verwendet, das heißt in Form von „Joints“ geraucht. Zu den enthaltenen Pflanzenteilen zählen beispielsweise der Indische Lotus (Nelumbo nucifera), das Löwenohr (Leonotis leonorus) und die Meeresbohne (Canavalia maritima) – Pflanzen also, die schon seit langem in der Volksmedizin oder bei rituellen Handlungen zur Bewusstseins-erweiterung eingesetzt werden. So ist vom Löwenohr bekannt, dass es in Afrika traditionell wegen seiner berauschenden Wirkung geraucht wird. Auch die Blätter der Meeresbohne werden als Marihuana-Ersatz geraucht. Der Indische Lotus wird in der chinesischen Volksmedizin beispielsweise gegen Blutungen angewendet. Zu den Wirkungen von „Spice“ zählen z.B. Tachykardie und Augenrötung. Daher wird angenommen, dass die Kräutermischung die Fähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen und Bedienen von Maschinen einschränkt, das heißt, die Konsumenten setzen sich nicht nur selbst einem gesundheitlichen Risiko aus, sondern gefährden auch andere Menschen.

### • Verbot von „Spice“

Das Bundesgesundheitsministerium bezog zu „Spice“ eine eindeutige Position, insbesondere, nachdem bei Analysen der Kräutermischung zwei synthetische Cannabinoide – zuerst die Substanz JWH-018 und kurze Zeit später CP-47,497 – identifiziert werden konnten. Am 30. Dezember 2008 hatte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, in einer Pressemitteilung dazu erklärt: „Nun ist bestätigt, dass die Modedroge „Spice“ keine harmlose

Kräutermischung für den Raumduft ist, wie es der Hersteller glauben machen wollte. Tatsächlich handelt es sich bei der zugesetzten Substanz um einen nicht zugelassenen Stoff, der psychotrope Wirkungen erzeugt. Wer diese Substanz konsumiert, gefährdet seine Gesundheit. Jeder Handel mit „Spice“ und auch der Erwerb dieser Substanz werden verboten. Wer es trotzdem tut, macht



S. Bätzing

sich strafbar!“ Am 22. Januar 2009 wurden die synthetischen Cannabinoide JWH-018 und CP-47,497 durch eine Eilunterstellung im Rahmen des § 1 Abs. 3 des Betäubungsmittelgesetzes<sup>1</sup> als nicht verkehrsfähige Substanzen verboten. Herstellung, Handel und Besitz können nun strafrechtlich verfolgt werden. Außerdem stufte man zwei „Spice“-Mischungen als zulassungspflichtige Arzneimittel ein, wodurch das Inverkehrbringen auch nach dem Arzneimittelgesetz verboten ist. Bundestag und Bundesrat müssen nun innerhalb eines Jahres entscheiden, ob die „Spice“-Substanzen dauerhaft in das Betäubungsmittelgesetz aufgenommen werden sollen.

Dr. Claudia Bruhn

<sup>1</sup>Auszug aus dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln, § 1 Abs. 3: „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in dringenden Fällen für die Sicherheit oder zur Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Stoffe und Zubereitungen, die nicht Arzneimittel sind, in die Anlagen I bis III aufzunehmen, wenn dies wegen des Ausmaßes der mißbräuchlichen Verwendung und wegen der unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit erforderlich ist. Eine auf der Grundlage dieser Vorschrift erlassene Verordnung tritt nach Ablauf eines Jahres außer Kraft.“

### Weitere Informationen

Website der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing: [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)

Pallenbach, E., Ditzel, P.: Drogen und Sucht. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart (2003)

Website der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 388–389). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören: [www.thieme.de/dmw](http://www.thieme.de/dmw)