

Inhalt

**Ärztlicher Nachwuchsmangel
Wertschätzung wichtiger
als Geld**

Beim Forum junge Medizin „Chances“ anlässlich des DGIM-Kongresses in Wiesbaden diskutierten Ärzte über Weiterbildung, familienfreundliche Arbeitszeiten und politische Eingriffe in den Arztberuf.

Seite 3

Gesundheitspolitik

Das Wahlprogramm der SPD

Im Eckpunktepapier der SPD wird Gesundheit als Staatsziel definiert und die Bürgerversicherung gefordert. Aber an die monistische Krankenhausfinanzierung wagt sich die SPD nicht heran.

Seite 6

**Epidemiologie, Pathophysiologie
und Klinik**

Die Altershypertonie

Mit dem Alter steigt der systolische Blutdruck an. Mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen leiden an einer Hypertonie.

Seite 10

Gastroenterologie

Diagnostik bei Obstipation

Neben einer ausführlichen Anamnese ist eine proktologische Basisdiagnostik bei Obstipation angezeigt. Als weiterführende Diagnostik kommen u.a. eine anorektale Manometrie oder eine Defäkografie in Betracht.

Seite 12

Impressum

Seite 15

112. Deutscher Ärztetag in Mainz

**BÄK-Präsident provoziert mit
Ruf nach Priorisierung**

Priorisierung statt Rationierung lautete die Parole. Die Provokation war gewollt. BÄK-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe registrierte zufrieden, dass die Ärzteschaft damit erstmals in die Offensive gegangen ist und die Politik sich in der Defensive befindet.

Das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik wurde bei der Eröffnung des Deutschen Ärztetags in der Mainzer Rheingoldhalle noch einmal von BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vorgetragen: Er lobte die medizinische Versorgung, die allen Menschen unabhängig vom Einkommen und vom Wohnort zugänglich sei, und betonte: „Unser solidarisches, selbstverwaltetes Gesundheitswesen gewährleistet, dass jeder, der eine medizinische Behandlung braucht, sie auch bekommt. Das auf dem Niveau des medizinischen Fortschritts und in einem Umfang, um den uns viele in der Welt beneiden.“



Aufmerksam verfolgte das Präsidium des BDI die Diskussionen des 112. Deutschen Ärztetags in Mainz: Prof. Dr. Malte Ludwig, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf von Römer (von links).

Bild: Dagmar Nedbal

Auf Hoppes Streit-Thema „Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung“ ging er gar nicht ein. Das tat wenig später seine Ministerin Ulla Schmidt aus dem fernen Genf, wo sie an einer WHO-Konferenz zur Schweinegrippe teilnahm. Als „menschlichenverachtend“ verurteilte sie das Ansinnen des BÄK-Präsidenten in einem Zeitungsinterview.

● **Mut zu unbequemen Wahrheiten gefordert**
Hoppe fühlte sich zu Recht völlig missverstanden. „Keiner soll nicht behandelt werden“, erläuterte er das Anliegen.

Priorisierung angesichts der fehlenden Ressourcen bedeute, dass diejenigen, die es am nötigsten haben, an die erste Stelle rücken und die anderen etwas warten müssen.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Frühjahrssitzungen des BDI-Vorstands in Wiesbaden

50. Geburtstag und neue Herausforderungen

Traditionell tagten engerer und erweiterter Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten, BDI e.V., am 17. und 18. April 2009 vor der Eröffnung des 115. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden. In diesem Jahr feiert der BDI seinen 50. Geburtstag.

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. vertritt bereits seit 1959 erfolgreich die sozial- und berufspolitischen Interessen der deutschen Internisten. Mit heute ca. 25 000 Mitgliedern ist der BDI einer der drei großen Ärztenverbände Deutschlands und Europas größter Facharztverband. Der BDI versteht sich als der starke Partner, der effizient gegen falsche Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik schützt. Der Verband wahrt, fördert und vertritt die sozial- und berufspolitischen Interessen und sonstigen Belange der deutschen Internisten, betonte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack in der Vorstandssitzung in Wiesbaden.

Das Desaster um die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ab 1. Januar 2009 mit Regelleistungsvolumen und bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent bestimmte einen Großteil der Diskussion. Die KBV hat sich dilettantisch verhalten, stellte der BDI-Präsident fest, und trägt eine gehörige Mitschuld an dem Desaster. Sie hätte wissen müssen, was auf sie zukommt und wie die Basis auf die Honorarnivellierung reagieren würde.

● **Mogelpackung von Ulla Schmidt**
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. Es war ein gravierender Fehler, 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.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Vertreterversammlung der KBV in Mainz

**Köhler wettet gegen
Selektivverträge**

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler nutzte auf der Vertreterversammlung in Mainz das Bild einer Baustelle, um die Situation der Körperschaft zu schildern: Niedergelassene Ärzte im Kollektivvertrag bilden das Fundament, auf dem das Gebäude einer guten medizinischen Versorgung fußt. Erdbeben hätten das Fundament bereits erschüttert. Komme es zu weiteren Erdbeben, dann falle das Gebäude sehr schnell in sich zusammen.

Das Erdbeben ist ausgelöst worden durch die von der Politik vorgegebenen Wettbewerbsregeln, die die Körperschaft KV stark benachteiligen. Stein für Stein wurde mit der Abrissbirne des ungeordneten Wettbewerbs – er meint die Selektivverträge nach § 73b – aus dem tragenden Fundament dieser Versorgung herausgebrochen, klagte Köhler. Wenn dem jetzt nicht ein Ende gesetzt werde, sei der Einsturz nicht mehr zu verhindern. Versorgungsgestalter sollen die KVen sein, nicht bloß Verteiler von Honoraren, forderte er in Mainz. Das bedeute vor allem, die Zielstruktur einer guten ambulanten Versorgung zu entwickeln und diese konsequent zu verfolgen. Das dürfe man auf keinen Fall anderen überlassen, nicht den Krankenkassen, nicht dem Staat und auch nicht einzelnen Ärzteverbänden. „Was ein AOK-Arzt tun darf, bestimmt dann ausschließlich die Kasse.“

Lesen Sie weiter auf Seite 4

Belegarzt versus Konsiliararzt?

**Vergütungsreform gefährdet das
Belegarzt-System**

Umsatzverluste zwischen 11 und 26% hat die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung zum 1. Januar 2009 mit dem bundeseinheitlichen Punktwert von 3,5001 Cent den Belegärzten beschert. Sie fordern deshalb mindestens so viel Geld wie 2008, weil sonst das Belegarzt-System nicht mehr zu halten ist. Die Krankenkassen müssen endlich Position beziehen, was sie eigentlich wollen: den typischen Belegarzt, den Konsiliararzt oder den Honorararzt am Krankenhaus.

Auf einer Podiumsdiskussion während des diesjährigen Internistenkongresses in Wiesbaden hob die Frankfurter Rechtsanwältin Dr. Karin Hahne, Fachanwältin für Medizinrecht, die Unterschiede zwischen diesen drei Arzt-Typen hervor.

Lesen Sie weiter auf Seite 7

Editorial

Aktuelle ärztliche Fortbildung auf hohem Niveau, von ausgezeichneten Referenten präsentiert; all dies und noch viel mehr zeichnet das neue Fortbildungskonzept des BDI aus. Unter der Leitung der neuen Fortbildungsbeauftragten des Vorstandes, Frau Prof. Dr. med. Schumm-Draeger, Chefärztin am Krankenhaus Bogenhausen in München, wurde dieses neue Konzept erarbeitet und in der erweiterten Vorstandssitzung anlässlich unserer Frühjahrstagung in Wiesbaden präsentiert, diskutiert und einstimmig verabschiedet.

Bewährtes erhalten: So bleibt es bei dem Angebot, die gesamte Innere Medizin über einen Zeitraum von vier Jahren in den Seminarkongressen darzustellen. Es bleibt auch bei den Spezialangeboten aus den Schwerpunkten und den Intensivkursen zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung in der Inneren Medizin. In Zukunft sollen aber auch ad-hoc-Veranstaltungen zu sogenannten „hot topics“, also brennenden Themen, durchgeführt werden.

Referentenauswahl sowie die technische Ausstattung werden optimiert; neue Fortbildungsveranstal-

tungen werden in Berlin, Wien, Barcelona (anstelle von Venedig) und in München stattfinden. Die Traditionsveranstaltung der Birkensteiner Hormonkonferenz wird ins Fortbildungsprogramm des BDI integriert.

Die Bewerbung der Veranstaltungen, das „Marketing“, wird erweitert, die Internetpräsenz gesteigert. So werden Kurse und Kongresse des BDI auf der Homepage der Fachgesellschaften der Schwerpunkte der Inneren Medizin eingetragen, für junge Internisten eine eigene Plattform geschaffen und über www.internisten-im-netz.de Anzei-



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

nur unsere Mitglieder anzusprechen, sondern auch neue gewinnen.

Als verantwortungsbewusster Berufsverband werden wir dem Thema Fortbildung immer allerhöchste Priorität schenken.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

gen, Kongressberichte und eine Diskussion der Beiträge erfolgen.

Unser Ziel ist und bleibt es, für Sie die BDI-Fortbildung attraktiv zu gestalten. Dabei wollen wir nicht

Frühjahrsitzungen des BDI-Vorstands in Wiesbaden

50. Geburtstag und neue Herausforderungen

Der BDI-Vorstand hat in einer einstimmigen Resolution noch einmal bestätigt, was er bereits am 18. Januar 2009 festgestellt hat, nämlich „dass die seit Jahren verfolgte Honorarpolitik der vertragsärztlichen Versorgung und damit der EBM gescheitert ist. Das ursprüngliche Konzept der KBV, den Leistungsbedarf über eine betriebswirtschaftliche Kalkulation zu definieren, konnte vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen und der Beschlüsse der Selbstverwaltung nicht umgesetzt werden. Die KBV braucht dringend ein neues Honorarkonzept.“ Der BDI-Vorstand hat die KBV aufgefordert, die Geburtsfehler der Honorarreform in Selbstverwaltung zu korrigieren. Die Vergütung der Regelleistungsvolumina (RLV) muss endlich auf betriebswirtschaftlicher Basis kalkuliert werden. Entweder müssen die Punktzahlen oder der Punktwert erhöht werden. Auch die Bestrebungen, mit neuen Begriffen extrabudgetäre Leistungen wieder einzudeckeln, sind abzulehnen. Hier werden die systematischen Nachteile der Regelleistungsvolumina mit denen des Budgets kombiniert. Wenn die Krankenkassen in der Zukunft mehr Morbiditätsrisiko übernehmen sollen, müssen sie auch medizinisch begründete Mehrleistungen zusätzlich vergüten. In Wirklichkeit wollen die Krankenkassen aber unter den alten Budgetbedingungen weiterarbeiten.

Die KBV soll in den Verhandlungen im Bewertungsausschuss wieder die Interessen der Vertragsärzte vertreten und weniger Rücksicht auf das Budgetdenken der Krankenkassen nehmen, bekräftigte Wesiack. Sollten die politischen Vorgaben wie Abschaffung der Budgetierung und Verlagerung der

Morbidität auf die Krankenkassen nicht durchsetzbar sein, müssen die KBV-Verantwortlichen die Konsequenzen ziehen und ein politisches Signal setzen.

Die KBV-Spitze räumt inzwischen selbst Fehler bei der Honorarreform ein und hat auf ihrer letzten Versammlung Anfang April einige Verbesserungsvorschläge unterbreitet. So soll künftig wieder der Begriff des Arztfalls durch den besser geeigneten Begriff des Behandlungsfalls ersetzt werden. Die Honorarrückstellungen sollen arztgruppenspezifisch gestaltet werden; Vorwegabzüge werden mengenbegrenzt. Die RLV-Fallwerte sollen für das gesamte zweite Halbjahr 2009 festgelegt werden. Außerdem sollen Gesprächsleistungen, Gastroskopien, nephrologische Leistungen und die Bronchoskopie aus den RLV herausgenommen werden, jedoch innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bleiben. Auch die kritisierten Durchschnittspauschalen des RLV für spezielle Praxisformen und Medizinische Versorgungszentren sollen angehoben werden.

Die KBV und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen haben sich am 20. April darauf verständigt, das Regelwerk entsprechend nachzustimmen. Die Änderungen sollen zum 1. Juli greifen, teilten beide Seiten in Berlin mit.

● **Chronikerzuschlag für Internisten**
Außerdem fordert der BDI-Vorstand die KBV auf, für fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt einen Chronikerzuschlag von 495 Punkten ähnlich der Regelung in der hausärztlichen Versorgung einzuführen. Diese Arztgruppe versorgt wegen der Breite ihres diagnostischen und therapeuti-

schen Spektrums eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von chronisch kranken Patienten, was nicht in ihrem internistischen Basiskomplex abgebildet wird. Dieser Zuschlag muss mit zusätzlichem Geld und nicht durch Umverteilung finanziert werden.

● **Die eGK steht vor der Tür**

Ein weiteres wichtiges Diskussions-thema in Wiesbaden war die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Das Rollout soll nach längerem Tauziehen nun in den kommenden Wochen in der KV Nordrhein stattfinden. Der künstlich erzeugte Zeitdruck bei der Einführung der Telematik im Gesundheitswesen wird vom BDI entschieden abgelehnt. Erst müssen alle Feldtests durchgeführt und die Erfahrungen ausgewertet werden, ehe mit dem Rollout und der Austeilung der elektronischen Gesundheitskarten (eGK) begonnen werden kann, verlangten enger und erweiterter Vorstand in einer entsprechenden Resolution in Wiesbaden.

Der BDI ist nicht grundsätzlich gegen Telematik im Gesundheitswesen, besteht aber darauf, dass vorher bestimmte Vorbedingungen erfüllt werden, wie sie bereits vom Deutschen Ärztetag formuliert worden sind:

- Die eGK muss einen wirklichen medizinischen Nutzen haben und darf die Handlungsabläufe in Klinik und Praxis nicht verkomplizieren.
- Die Datenhoheit des Patienten muss unter allen Umständen unantastbar bleiben.



Das Präsidium des BDI – Dr. Wolf von Römer, Dr. Wolfgang Wesiack und Prof. Dr. Malte Ludwig (von rechts) – und BDI-Ehrenpräsident Dr. Harthmut Weinholz in Wiesbaden.

- Die Datenspeicherung auf einem zentralen Server wird abgelehnt.
- Das Prinzip der Freiwilligkeit für Arzt und Patient darf nicht aufgegeben werden.
- Manipulationen an elektronisch übermittelten Rezepten oder Verordnungen und Überweisungen müssen ausgeschlossen sein.
- Die Einführung muss für Praxen und Krankenhäuser kostenneutral sein.
- Die Folgekosten der Einführung müssen transparent, kalkulierbar und refinanzierbar sein.
- Die Grundsätze des Datenschutzes und der Datensicherheit sind unbedingt einzuhalten.

● **Noten für die Weiterbildung**

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern – mit Ausnahme von Sachsen – beginnen im Mai mit einer Evaluation der Weiterbildung,

die künftig alle zwei Jahre wiederholt werden soll. Der BDI hat, unabhängig davon, ein eigenes Tool zur Weiterbildungsbewertung auf seiner Homepage eingerichtet, das kontinuierlich allen Weiterzubildenden und Weiterbildern in der Inneren Medizin zur Verfügung steht (siehe auch Artikel „Die Chance für Weiterbildungsassistenten“ auf Seite 5). Angehende Internisten können dort ab sofort Kliniken bewerten, die fachärztliche Weiterbildungen anbieten, sowie eine für sie geeignete Weiterbildungseinrichtung anhand bereits abgegebener Beurteilungen auswählen. Darüber hinaus stellen Kliniken ihr Weiterbildungsangebot in Form von Klinikporträts vor. Verschiedene Suchfunktionen ermöglichen es, die abgegebenen Bewertungen und Porträts nach unterschiedlichen Kriterien zu durchsuchen und die für sie interessanten Einrichtungen gezielt auszuwählen.

Diese Weiterbildungsbewertung versteht sich als offenes Portal für alle werdenden Internisten, die sich gezielt über Weiterbildungsstellen informieren möchten. Mit diesem Angebot möchte der BDI die Qualität der internistischen Weiterbildung in Deutschland weiter vertiefen. Er unterstützt daher auch die Weiterbildungs-Evaluation der BÄK und Landesärztekammern und fordert alle Assistenten auf, so zahlreich wie möglich an der Bundesärztekammer-Befragung teilzunehmen.

KS

Personalia

Sektion Infektiologie

Neuer Vorsitz: Herr Dr. med. **Andrew Ullmann**, Klinikum Johannes-Gutenberg-Universität, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz.

Der BDI dankt dem bisherigen Vorsitzenden, Herrn Dr. med. **Eckhart Fröhlich**, für seinen unermüdlichen Einsatz und sein großes Engagement.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz (Fortsetzung von Seite 1)

BÄK-Präsident provoziert mit Ruf nach Priorisierung

Die Ärzte in Deutschland wollen eben keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber sie wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden. Hoppe will die Zeit vor der Bundestagswahl nutzen, um eine Diskussion anzustoßen, in der die Politik Farbe bekennen muss. Die Gesellschaft soll befragt werden, wie viel sie bereit ist, für Gesundheit auszugeben. Die Öffentlichkeit, so Hoppe, sei lange genug geblendet worden. Wer heute hingehet und behauptet, die umfassende Gesundheitsversorgung sei sicher, der sage schlicht und einfach nicht die Wahrheit. Mut zu unbequemen Wahrheiten fordert er von der Politik: „Sagen Sie den Menschen die Wahrheit, übernehmen Sie endlich Verantwortung und lassen Sie uns Ärzte nicht länger im Regen stehen.“

● Priorisierung am Beispiel Schweden

Um Missverständnissen vorzubeugen, erläuterte Hoppe ausführlich, was mit Priorisierung gemeint ist: Darunter versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden. Am Ende dieser Rangreihe finden sich dann solche Verfahren wieder, die keine messbar nachweisbare Wirkung mehr haben.

Wie Priorisierung aussehen kann, zeigt das Beispiel Schweden. Dort hat der Reichstag nach 15 Jahren Diskussion vier Priorisierungsgruppen verabschiedet, nämlich

- die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten und solcher, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität führen, sowie die palliativmedizinische Versorgung;
- Prävention und Rehabilitation;
- die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen;
- und die Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

Wichtig ist für Hoppe dabei, dass sich die Schweden für Priorisierung entschieden haben, obwohl sie ungefähr 9% des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung ausgeben. In Deutschland werden nur etwa 6,5% des BIP für die gesetzliche Krankenversicherung ausgegeben, und trotzdem werde erwartet, dass die Ärzte das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik tagtäglich erfüllen. „Diesen zerstörerischen Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit halten wir in der

täglichen Praxis nicht länger aus – und wir wollen ihn auch nicht länger aushalten,“ erklärte er unter dem Beifall des Ärztetags.

Priorisierung könne dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Der BÄK-Präsident schlägt deshalb vor, einen Gesundheitsrat zu errichten, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomien, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.

● Wesiack betont Notwendigkeit der Priorisierung

In der überwiegend von Zustimmung geprägten Diskussion des Ärztetags dankte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack dem BÄK-Präsidenten dafür, dass er die Tabuzone zwischen Priorisierung und Rationierung angesprochen habe. Wenn Staatssekretär Schröder feststelle, dass die Richtung der Gesundheitspolitik stimme, dann müsse er ihm widersprechen: „Nein, die Richtung

stimmt nicht, und zwar seit Lahnstein 1992 nicht mehr.“ Wir haben bereits Rationierung, so Wesiack, und deswegen benötigen wir die Priorisierung, um allen Bürgern eine adäquate medizinische Versorgung zu sichern.

Wir sind bereits mitten im Wahlkampf zur Bundestagswahl im September. Deshalb ist jetzt die beste Zeit – „Wann, wenn nicht jetzt?“ –, die Forderungen der Ärzteschaft an die Politik zu präsentieren. Die Ärzte können dabei auf das hohe Vertrauenspotenzial bauen, das sie in der Bevölkerung genießen, betonte Wesiack: 80 bis 90% der Bürger haben Vertrauen zu ihrem Arzt. Dagegen schenken nur 10% ihr Vertrauen Gebrauchtwagenhändlern und gerade einmal 7% Politikern. Wesiack, der auch Vorsitzender der Allianz deutscher Ärzteverbände ist, wies auf die Wahlinitiative der Allianz hin, die Anfang Juni öffentlich vorgestellt wird und in der wesentliche Inhalte dessen, was Hoppe auf dem Deutschen Ärztetag vorgetragen hat, enthalten seien.

KS

Ärztlicher Nachwuchsmangel

Wertschätzung wichtiger als Geld

Die Zahl der Medizinstudenten in Deutschland ist seit 1999 mit ca. 79 000 konstant, ebenso die Zahl der Studienabsolventen mit jährlich etwa 8800. In der ärztlichen Versorgung werden aber von Jahr zu Jahr weniger junge Ärzte tätig.

Die Approbation bedeutet noch lange nicht, dass die jungen Mediziner auch tatsächlich für die Patientenversorgung in Deutschland zur Verfügung stehen, machte Prof. Rainer Kolloch, Präsident des diesjährigen Internistenkongresses, auf einer Podiumsdiskussion zum Nachwuchsmangel beim Forum junge Medizin „Chances“ in Wiesbaden deutlich. 60% der freien Arztstellen an Krankenhäusern können nicht besetzt werden. Die jungen Ärzte sind nach seiner Erfahrung vor allem mit der Weiterbildung unzufrieden und gehen ins Ausland. Deshalb spricht sich Kolloch dafür aus, die Weiterbildung grundlegend neu zu ordnen. Die Weiterbilder hätten viel zu wenig Zeit für die Aufgabe der Weiterbildung. Der Bielefelder Hochschullehrer sprach sich für eine systematisierende Regelung der Weiterbildung mit einem festen Curriculum aus.

Als Kernproblem machte der Vorsitzende der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, Dr. Frank Ulrich Montgomery, die Tatsache aus, dass die jungen Ärzte von heute genauso

denken wie jeder andere junge Mensch: Sie sind nicht mehr bereit, 80 Stunden in der Woche zu arbeiten. Sie wollen mit ihrer Arbeit pünktlich fertig werden und erwarten dafür gesellschaftliche Anerkennung, nicht unbedingt mehr Geld. Freizeit, Lebensqualität, Kinder und Familie werden für sie immer wichtiger. Das hängt auch damit zusammen, dass die Medizin immer „weiblicher“ wird.

Auch der private Klinikträger Helios leidet unter einem Mangel an Ärzten. Im Konzern sind 4000 Ärzte beschäftigt und zur Zeit 300 Arztstellen ausgeschrieben, berichtete Prof. Parwis Fotuih, Leiter der Helios Akademie in Berlin. Seiner Ansicht nach motivieren Lebensqualität und Wertschätzung die jungen Kollegen am meisten.

Krankenhäuser wie die Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden gehen heute sogar auf Messen, um Nachwuchs zu finden, sagte deren Assistentensprecher Dr. Marc Dieroff. Das war früher nicht üblich. Auch in diesen Kliniken sind viele Arztstellen nicht besetzt. Dieroff

geht davon aus, dass man die jungen Kollegen nicht mit Geld locken kann. Sie wollen vor allem Familie und Kinder haben und benötigen daher auch Krankenhäuser, die Kinderbetreuung anbieten.

Am Universitätsklinikum Mannheim bemüht man sich laut PD Thorsten Kältsch, die alten Ausbildungsgänge umzustellen und frühzeitig interdisziplinär zu arbeiten, schon ab dem ersten Semester. Die Wertschätzung für die Arbeit ist dadurch merklich gestiegen. Auch er betonte in Wiesbaden, wie wichtig familienfreundliche Strukturen sind, wenn man

junge Ärzte gewinnen will. Unter den Erstsemestern seiner Klinik sind heute bereits 80% Frauen.

„Die Zukunft der Medizin ist weiblich“, stellte Kolloch fest. Wir brauchen daher neue Modelle für die berufliche Tätigkeit, aber auch für die Rotation und die Gestaltung der Weiterbildung. Er schlug vor, den niedergelassenen Sektor stärker in die Weiterbildung mit einzubeziehen.

Ein engagierter Zuhörer der Diskussion über den Nachwuchsmangel war der 86-jährige Schweizer Internist Prof. Walter Siegenthaler, der in

seiner aktiven Berufszeit Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin sowohl in Bonn als auch in Zürich war und daher die Situation in beiden Ländern gut kennt. Seit 20 Jahren werde schon über die Weiterbildung in Deutschland diskutiert, konstatierte er, aber es geschehe nichts. Das Entscheidende für die jungen Ärzte sind nach seiner Erfahrung die Wertschätzung und der Respekt. Das höre er immer wieder von den Tausenden junger deutscher Ärzte, die Jahr für Jahr in die Schweiz abwandern.

KS

Zukunftsplanung junger Internisten

BDI-Präsident: Weg in die Praxis lohnt sich immer noch!

Was noch bis Anfang der 90-er Jahre relativ einfach und sicher war, ist heute ein Wagnis geworden: die Gründung oder Übernahme einer eigenen Praxis. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack wies auf dem Forum für junge Mediziner „Chances“ auf dem diesjährigen Internistenkongress in Wiesbaden auf die Zwickmühle hin, in der sich die jungen Kollegen heute sehen: Politische Eingriffe und Restriktionen haben den Beruf des freiberuflich tätigen niedergelassenen Arztes erschwert, die wirtschaftlichen Gesamtumstände lassen keine goldenen Zeiten erwarten. Auf der anderen Seite bietet auch das Krankenhaus den Jungmediziner keine günstige Perspektive für eine Tätigkeit auf Lebenszeit. Hinzu kommt, dass auch die Lebensplanung der jungen Mediziner heute eine andere ist als früher. Sie legen mehr Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Lebensqualität und Freizeit. Der wachsende Anteil von Frauen unter den Medizinerinnen verlangt ein familien- und kinderfreundliches Umfeld.

Eine generelle Empfehlung für die Niederlassung wollte der BDI-Präsident nicht geben. Die wirtschaftliche Verantwortung für ein Klein-Unternehmen habe einige Vorteile, aber auch viele Nachteile. Eine Grundregel gab er den vor der Entscheidung stehenden Kollegen aber doch auf den Weg: Je besser man weitergebildet ist, eventuell noch mit einer Spezialisierung, desto besser stehen die Chancen. Der Feld-Wald- und Wiesen-Arzt ist weniger gefragt als der Spezialist.

Der Arztmangel in ländlichen Gebieten wird zunehmen. Es kommt entscheidend auf den Ort der Niederlassung und die finanzielle Ertragssituation an. Praxisgründungen und -übernahmen müssen finanziert werden, und erfahrene Bankberater machen das Risiko kalkulierbar.

Es reicht laut Wesiack nicht mehr aus, nur ein guter Arzt zu sein. Ein frisch niedergelassener Arzt muss einen guten Service bieten und das Vertrauen der Patienten gewinnen. „Vertrauen ist das beste Kapital.“ Die eigene Praxis, betonte er, ist kein Weg zu schnellem Geld, sondern eine langjährige Herausforderung, seinen hippokratischen Eid im Interesse seiner Patienten zu erfüllen. Aber trotz aller Bürokratie und sich ständig ändernder Rahmenbedingungen gelte: Die Arbeit als niedergelassener Arzt lohnt sich, weil sie eine insgesamt befriedigende Tätigkeit ist.

KS

Vertreterversammlung der KBV in Mainz (Forts. von S. 1)

Köhler wettert gegen Selektivverträge

Gute Versorgung setze voraus, dass sie möglichst gerecht ist. Die Versorgungsgerechtigkeit sei allerdings ernsthaft gefährdet, denn in Selektivverträgen können die Leistungsinhalte unterschiedlich sein, die Vergütungssystematik ist anders, und es gelten andere Rahmenbedingungen. In Verbindung mit den durch den Morbi-RSA gesetzten Anreizen zur Risikoselektion werde es Patientengruppen geben, für die attraktive Angebote gemacht werden, und solche, die systematisch benachteiligt werden. Köhler geht davon aus, dass Versorgungsverträge mit RSA-fähigen Krankheiten relativ schnell auf den Markt kommen und dass diese Verträge für Patienten attraktiv ausgestaltet werden. Patienten mit nicht-RSA-fähigen Krankheiten werden dagegen vernachlässigt, weil sie den Kassen einfach weniger Geld aus dem Morbi-RSA bringen. Der Kollektivvertrag könne solche Ungerechtigkeiten auffangen.

Die Crux liegt für den KBV-Vorsitzenden in der derzeitigen gesetzlichen Grundlage. Der daraus resultierende unkoordinierte, in Teilbereichen systemwidrige Wettbewerb fördere weder die Qualität noch stärke er die Wirtschaftlichkeit. Im Gegenteil zerstöre er die Grundlagen für eine flächendeckende Versorgung, hebele die freie Arztwahl aus und mache die Versorgung spürbar ungerechter. „Er wirkt wie eine Abrissbirne, die das Fundament der ambulanten Versorgung mit jedem Schlag weiter beschädigt.“

● Köhlers Umbaupläne

Die Politik muss sich jetzt entscheiden, sagte Köhler: Abriss und Neubau oder Sanierung eines vorhandenen, bewährten Gebäudes. Köhler setzt auf Umbau und Sanierung. Das sind seine Umbau-Pläne:

- Die Grundversorgung wird weiterhin wohnortnah kollektivvertraglich geregelt und umfasst sowohl

- die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgungsebene.
 - Die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene arbeitet eng mit dieser Ebene und dem stationären Bereich zusammen und erbringt in einem Katalog definierte Leistungen.
 - Sektorübergreifende Versorgungsketten verbessern die Versorgung insbesondere chronisch Kranker.
 - Der Versorgungsauftrag der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte wird gesetzlich definiert.
 - Versicherte haben die Wahl zwischen drei Arten von Kollektivtarifen:
 1. einem der heutigen Regelversorgung entsprechenden Kollektivvertrag I mit freier Arztwahl und freiem Zugang zur nächsten Versorgungsebene im Sachleistungsprinzip.
 2. einem stärker gesteuerten Kollektivtarif II, in dem sich der Versicherte verpflichtet, die nächste Versorgungsebene nur auf Überweisung eines frei wählbaren Hausarztes aufzusuchen, ebenfalls im Sachleistungsprinzip,
 3. einem Kollektivtarif III, der auf Kostenerstattung basiert.
- Wenn die Politik auch in Zukunft ein auf gesetzlicher Grundlage selbstver-

waltetes Gesundheitswesen wolle, müssten den Körperschaften die notwendigen Gestaltungsspielräume wieder zugestanden werden. Im Klartext heißt das laut Köhler: „Wir brauchen den ungeteilten Sicherstellungs-

auftrag und wir müssen die Honorarverteilungshoheit haben. Wir müssen wieder in die Lage versetzt werden, die Rechte unserer Mitglieder wirksam zu vertreten.“

KS

Deklaration der Vertreterversammlung der KBV

Vision in 14 Punkten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und ihre Vertreterversammlung haben eine 14-Punkte-Erklärung abgegeben (siehe Kasten), die sich hervorragend liest, bildet sie doch einen wesentlichen Teil der am System geübten Kritik der Vertragsärzte ab. Sie fordert die Politik auf, sich bezüglich der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung neu zu sortieren.

Bei genauer Betrachtung der einzelnen Punkte wird deutlich, dass hier hohe Forderungen an die Politik – hier vor allem den Gesetzgeber – gestellt werden. Wenn die Punkte einzeln umgesetzt werden sollen, müsste das Sozialgesetzbuch Kapitel V neu geschrieben werden. Damit ist mit Sicherheit vor der Bundestagswahl nicht mehr zu rechnen – und ob sich der neue Bundestag zu einer solchen umfassenden Maßnahme aufrafft ist ebenfalls mehr als zweifelhaft. Das schöne Papier soll von den zurzeit im

Tagesgeschäft vorhandenen Problemen in der KV bei der Umsetzung der Honorarreform wohl ablenken und die Gemüter der aufgebracht Vertragsärzte beruhigen. Solche Visionen wie die 14 Punkte sind durchaus positiv zu bewerten, zeigen sie doch, dass unsere Vertreter in der Kassenärztlichen Vereinigung noch ausreichend kritisch mit dem System umzugehen wissen. Dies beruhigt, darf aber nicht von einer sachlichen Kritik am derzeitigen Verhandlungsgeschehen ablenken.

HFS

Das BMG und die Honorarreform

Nur Nebelkerzen

Das Bundesgesundheitsministerium ist bestürzt über die Reaktion der Vertragsärzte auf die Honorarreform. Man war wohl davon ausgegangen, dass die versprochenen Milliarden zu einer Beruhigung der Diskussion an dieser Front vor der Bundestagswahl führen. Das genaue Gegenteil ist eingetreten. Man hat deshalb ein Informationspapier unter die Leute gebracht, das der Öffentlichkeit klarmachen soll, dass die Klagen über die unzureichende Finanzierung aus der Luft gegriffen sind.

Die KV Bayern hat sich mit diesem Papier auseinandergesetzt und die Schwachstellen der dort aufgestellten Behauptungen schonungslos analysiert. So stammen die Statistiken aus verschiedenen Quellen und sind deshalb untereinander nur schwierig zu vergleichen. Man hätte hier bei Prof. Sawitzki und seinem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nachfragen müssen. Wahrscheinlich hätte man von dort eine negative Beurteilung bezüglich der Evidenzbasierung bekommen. Die Umsatzzahlen stammen aus dem Jahre 2007, wobei auch hier wieder der Eindruck bewirkt wird, dass Umsatz gleich Gewinn ist. Dass hier die immer wieder angemahnte Objektivität der Darstellung nicht umgesetzt wird, hat sicher auch politische Gründe.

● Geschätzte Zahlen aus unterschiedlichen Jahren

Bei der Bewertung des Praxisüberschusses geht man von den Zahlen des Zentralinstitutes aus dem Jahre 1999 aus. Genauso kritisch ist der Einnahmeanteil aus der privaten Krankenversicherung, der als geschätzter Überschuss durchschnittlich eingeführt wird. Alle wissen, dass dies so nicht der Realität entspricht, da Privatversicherte nicht gleichmäßig über das

Land verteilt sind, sondern in bestimmten Regionen mehr oder weniger Privatabrechnungen möglich sind. Die hier durchgeführte Nivellierung ist unzulässig. Einzige Konsequenz aus der Betrachtung dürfte sein, dass zumindest in einzelnen Bezirken die unzureichende Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen hohen Privatanteil quersubventioniert wird. Besonders kritisch ist die Betrachtung des Einnahmevergleichs mit den übrigen freien Berufen. Hier verschweigt man geflissentlich, dass die Investition eines Anwaltes bei einer Gründung einer Kanzlei mit dem unternehmerischen Risiko eines niedergelassenen Radiologen auch nicht annähernd vergleichbar ist. Gleiche Schwierigkeiten hat man wohl mit der Arztzahl. Hier berichtet man aus dem Bundesgesundheitsministerium von einer etwa 50-%igen Steigerung der Arztzahlen und hat dabei den Wiedervereinigungseffekt nach 1990 in den neun Bundesländern einfach übersehen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns weist das Papier aus dem Bundesgesundheitsministerium deshalb zu Recht zurück. Es trägt nicht zur Versachlichung der Diskussion bei und das BMG wirft weiter Nebelkerzen.

HFS

Deklaration der Vertreterversammlung der KBV

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bekennt sich zu ihrer Verantwortung, eine flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung in der GKV zu organisieren sowie zum Erhalt, zur Weiterentwicklung und zur Modernisierung der dafür notwendigen Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sofern Politik und Gesetzgeber folgende Bedingungen in der kommenden Legislaturperiode erfüllen:

1. Die Ausübung ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit als freier Beruf muss im Interesse des Patientenschutzes erhalten bleiben. Das kann nur in einem freiheitlichen selbstverwalteten Gesundheitswesen garantiert werden, in dem die ärztliche Selbstverwaltung wieder selbstbestimmt handeln kann; sie beansprucht für sich den ungeteilten Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung. Die dafür notwendigen Gestaltungsspielräume sind gesetzlich zu erweitern. Der staatsmedizinischen Ausrichtung der Gesundheitspolitik der letzten Jahre wird ein Ende gesetzt.
2. Der Gesetzgeber beschränkt sich auf die Vorgabe der notwendigen Rahmenbedingungen. Die unerträglich gewordene Regulierungsdichte muss auf das für eine gute Patientenversorgung notwendige Maß zurückgeführt werden.
3. Qualitätssicherung, Qualitätsförderung und Qualitätsdarstellung sind ureigenste Aufgabe eines freien Berufes. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bekennen sich im Interesse des Patientenschutzes uneingeschränkt zu dieser Verpflichtung. Qualitätsmanagement sowie qualitäts- und ergebnisbezogene Vergütungsansätze werden zügig weiterentwickelt. Voraussetzungen sind Transparenz in der Abrechnung und arztnah eine klare Zuständigkeit dafür in der ärztlichen Selbstverwaltung.
4. Leistungsversprechen und die dafür zur Verfügung stehenden Mittel müssen zur Vermeidung von versteckter Priorisierung und Rationierung miteinander in Einklang gebracht werden.
5. Es wird eine den Ansprüchen an eine solidarische Krankenversicherung Rechnung tragende Wettbewerbsordnung eingeführt, die das derzeitige systemwidrige Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen sinnvoll ordnet. Selektivverträge sollen dabei auf der Basis des Kollektivvertrags zur Erprobung von Versorgungsverbesserungen genutzt werden.
6. Eine Weiterentwicklung der Honorarreform muss den Forderungen der Vertragsärzteschaft nach einer nachvollziehbaren, transparenten und leistungsgerechten für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten verständlichen und einfachen Vergütungssystematik Rechnung tragen. Die Pauschalierung ärztlicher Leistungen wird zurückgeführt auf eine das Leistungsspektrum der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten abbildende Einzelleistungsvergütung.
7. Bei der Honorarverteilung wird die bestehende Pflicht zur Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen gestrichen.
8. Die Möglichkeit zur Vereinbarung kassenspezifischer Kollektivverträge (z.B. Verträge gem. § 136 Abs. 4 SGB V) soll, ohne dass eine Einschreibung der Versicherten notwendig ist, als Ergänzung zu den kassenübergreifenden Gesamtverträgen geschaffen werden.
9. Bei Arzneimittelverordnungen tragen Vertragsärzte ausschließlich die Verantwortung für die Indikationsstellung, die Wirkstoffauswahl und die Dosierung. Die Preisverantwortung liegt bei den Krankenkassen, pharmazeutischer Industrie und den Apothekern. Inhaltlich gilt das analog für die Heil- und Hilfsmittelversorgung.
10. Neben dem Anspruch auf Sachleistung wird unter Beachtung einer Übergangsfrist gleichberechtigt der Anspruch auf Kostenerstattung in die ambulante Versorgung für alle GKV-Versicherten eingeführt.
11. Die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte werden analog der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in § 73 SGB V definiert.
12. § 73 b und § 73 c SGB V werden zusammengeführt zu einer Vorschrift, die es erlaubt, zur Erprobung neuer Organisations- und Versorgungssysteme Selektivverträge abzuschließen.
13. Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist eine Teilnahme am Wettbewerb an allen selektiven Verträgen zu ermöglichen.
14. Die in § 116 b SGB V i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wird wieder beschränkt auf persönliche Ermächtigungen aus Gründen der Sicherstellung.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung betonen ausdrücklich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen eine starke und verlässliche Interessenvertretung aller niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie aller Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sein wollen und wieder sein werden. Neben der Interessenvertretung wollen die KBV und die KVen Dienstleister für ihre Mitglieder sein. Dazu muss der Gesetzgeber die notwendigen Spielräume, insbesondere für einen fairen Interessenausgleich, schaffen.

Der Vorstand wird der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 18. Mai 2009 in Mainz ein ausführliches und konkretes Strategie- und Forderungspapier dazu zur Beschlussfassung vorlegen.

Berlin, 26.03.2009

Online-Weiterbildungsbewertung des BDI

Die Chance für Weiterbildungsassistenten

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) bietet auf seiner Internetseite www.bdi.de jungen Assistenten die Möglichkeit, online ihre Weiterbildung zu bewerten. Die neue Weiterbildungsbewertung führt alle für die allgemeine Innere Medizin wichtigen Ausbildungsinhalte nach festen Rotationen oder sonstigen Angeboten auf: Ultraschall, Endoskopie, Langzeit-EKG, Gutachten usw. Außerdem kann eine Benchmark und ein allgemeines Fazit abgegeben werden. Der Schwerpunkt soll jedoch mehr auf den speziellen Weiterbildungsinhalten für den Internisten liegen als auf dem allgemeinen Stimmungsbild.

Der BDI vertieft damit speziell für die Innere Medizin die von der Bundesärztekammer initiierte Weiterbildungsbewertung – mit dem Unterschied, dass die Evaluation der Bundesärztekammer einen fächerübergreifenden Status Quo der Weiterbildung erheben wird und dies nicht in detail für jedes Fachgebiet aufschlüsseln kann. Außerdem werden die Ergebnisse der Ärztekammern später wissenschaftlich ausgewertet und werden nicht unmittelbar zu Verfügung stehen.

• **Weiterbildungsbewertung und Klinikporträt**

Jeder Assistent kann mit einer funktionierenden E-Mail-Adresse und unter Angabe des Namens eine Weiterbildungsbewertung vollkommen anonym abgeben. Der Name und die E-Mail werden nur zur Überprüfung zweifelhafter Bewertungen herangezogen und in **keinem Fall** an Dritte weitergegeben. Darüber hinaus soll Weiterbildungsbeauftragten interner Kliniken die Möglichkeit gegeben werden, ein Porträt ihrer Klinik ins Internet zu stellen. Dabei wird nur ein Porträt pro Klinik ermöglicht, um auszuschließen, dass falsche Bewertungen von Unbefugten eingestellt werden. Sollte ein Beauftragter bereits ein Porträt vorfinden, das nicht von der Klinik verfasst wurde, kann dieses nach entsprechender Meldung an bdi@monks.de entfernt werden.

• **Angebot an alle werdenden Internisten**

Wir würden uns freuen, wenn alle Beteiligten von der Chefarzt- bis zur Assistenzarzt-Ebene diese einmalige Chance der Weiterbildungsbewertung konstruktiv nutzen und unsere Ergebnisse, wie auch die Ergebnisse der Ärztekammern, als Aufforderung zur Überprüfung der eigenen Strukturen verstehen. Es ist die einmalige

Chance, die Meriten des Internets für eine Verbesserung der Weiterbildung in unser aller Interesse zu nutzen.

Wir möchten Sie deshalb bitten: **Unterstützen auch Sie diese kostenlose Initiative und empfehlen Sie Ihren Assistenten die Bewertung oder bewerten Sie als Assistent selbst die Weiterbildung in Ihrer**

Klinik nach besten Wissen und Gewissen unter www.bdi.de/weiterbildung.html!

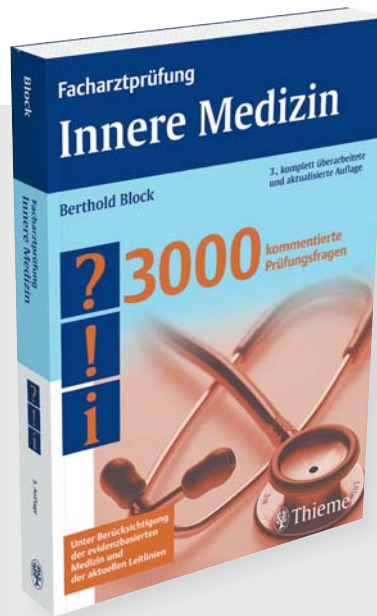
• **Blog für Weiterbildungsthemen**
Die Online-Weiterbildungsbewertung auf www.bdi.de soll künftig sukzessive mit weiteren Inhalten ausgebaut werden. Bereits eingerichtet wurde ein Blog, in dem in regelmäßigen Abständen weiterbildungsrelevante Themen angesprochen werden. Darüber hinaus können im BDI-internen Forum BDI-Diskurs direkt Beiträge veröffentlicht wer-

den. Schicken Sie Ihre Ideen und Verbesserungswünsche für das Weiterbildungportal an bdi@monks.de – wir werden diese dann gerne aufgreifen und kommentieren.

Michael Denking

Unterstützen Sie die Initiative unter www.bdi.de/weiterbildung.html

Innere Medizin *aktuell*



Locker über die letzte Hürde!

Facharztprüfung Innere Medizin 3000 kommentierte Prüfungsfragen
Block

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

89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

Umfassend, stressfrei und effektiv vorbereitet

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

Neu in der 3. Auflage

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



66 Jahre erlebte Medizin

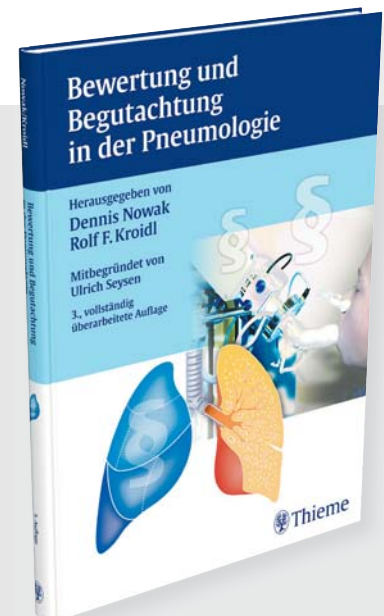
Zeitzeuge der Medizin Im Gespräch mit dem Internisten Walter Siegenthaler
Müller

2009. 180 S., 95 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 146861 1

39,95 € [D]
41,10 € [A]/67,90 CHF

In rund 25 Gesprächen mit dem Historiker Peter Müller erzählt Professor Walter Siegenthaler über seine Erlebnisse, Erinnerungen und oftmals überraschenden Einsichten aus 66 Jahren „erlebter Medizin“.

Die lebendige und sehr persönliche Biographie belegt ein reiches Leben voller Engagement und Leidenschaft für die Innere Medizin. In amüsanten Anekdoten erzählt Professor Siegenthaler, wie es sich mit dem ungewöhnlichen Honorar von Marc Chagall oder einem fachlichen Telefonat mit dem Papst verhielt.



Sicherheit im Paragraphenschlingen

Bewertung und Begutachtung in der Pneumologie
Nowak/Kroidl (Hrsg.)

2009. 3., vollst. überarb. Aufl.
276 S., 57 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 100843 5

99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

Praxisnah und rasch umsetzbar

- Definition der **grundlegenden Rechtsbegriffe**
- Aufbereitung der **juristischen Grundlagen für die medizinische Praxis**
- **Zahlreiche Fallbeispiele** aus der Gutachtenpraxis
- Die **Einflussfaktoren Beruf und Behandlung** auf Verlauf und Prognose
- Kriterien zur Beurteilung aller **pneumologisch relevanten Lungenfunktionsstörungen und Atemwegserkrankungen**
- Merkmale zur Bemessung von GdB und MdB sowie zur Bewertung von Zusammenhängen

Plus

Offiziell empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] sind die angegebenen Preise in Euro, in [A] in Schweizer Franken. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Ab 49,95 € versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung: 0711/89 31-900

☎ Faxbestellung: 0711/89 31-901

@ Kundenservice @thieme.de

🌐 www.thieme.de



Wahlprogramme der Parteien zur Gesundheitspolitik

SPD: Gesundheit als Staatsziel

Welche Vorstellungen hat die SPD über eine künftige Gesundheitspolitik? Lesen Sie hier das Wahlprogramm der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) der SPD. In der Aprilausgabe von BDI aktuell konnten Sie sich über die Vorstellung der FDP zur Gesundheitspolitik informieren. In den kommenden Ausgaben wird BDI aktuell die zur Verfügung stehenden Programme der übrigen Parteien darstellen.

Es handelt sich beim Eckpunktepapier des ASG (siehe Infokasten) um ein eindeutig formuliertes Programm. Die SPD definiert Gesundheit als ein Staatsziel und sieht dies alleine in der Verantwortung staatlicher Daseinsvorsorge. Während die FDP die Eigenverantwortung des Bürgers für die Gesundheit herausstellt (siehe BDI aktuell 5/09), wird hier das genaue Gegenteil gefordert: Der Staat ist für die Gesundheit seiner Bürger verantwortlich.

Die SPD bestätigt die von der großen Koalition eingeführte Versicherungspflicht und will die private Krankenversicherung abschaffen. Es gibt dann eine Bürgerversicherung. Der Beitrag wird einkommensbezogen gestaltet. Es handelt sich somit um eine Art Gesundheitssteuer.

Interessant ist, dass sich auch die SPD nicht an die monistische Krankenhausfinanzierung heranwagt. In dem 5. Kapitel wird allgemein über die Weiterentwicklung der Versorgungs-

strukturen berichtet. Dabei weist man nur auf die Investitionspflicht und will die private Krankenversicherung abschaffen. Es gibt dann eine Bürgerversicherung. Der Beitrag wird einkommensbezogen gestaltet. Es handelt sich somit um eine Art Gesundheitssteuer.

Wenn man das Programm der SPD liest, weiß man im Prinzip woran man ist.

HFS

Eckpunkte der ASG für das Wahlprogramm der SPD

Gesundheit – Investition in die Zukunft.

Gleiche Gesundheitschancen und die solidarische Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos Krankheit für alle Menschen sind wesentliche Voraussetzungen für Freiheit in ihrer Lebensgestaltung und für gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Sie tragen zu einem würdigen Leben, zu einer guten Lebensqualität, zu gesellschaftlichem Wohlstand, zu ökonomischer Prosperität und damit zum gesellschaftlichen und sozialen Frieden bei.

Für die SPD ist die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger Aufgabe und Verantwortung staatlicher Daseinsvorsorge. Deshalb wollen wir sie als Staatszielbestimmung in unsere Verfassung aufnehmen. Veränderte Arbeitsbedingungen, beschleunigte gesellschaftliche Veränderungen, die Verunsicherung und Überforderung vieler Menschen, auch bei der Absicherung der persönlichen Existenz, und die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Wachsende soziale Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung sind zentrale Gerechtigkeitsfragen. Sie beeinträchtigen zunehmend die Leistungsfähigkeit von Gesellschaft und Wirtschaft und gefährden den sozialen Frieden. Deshalb sind gleiche Lebens- und Gesundheitschancen, gesundheitliche Prävention und eine gesundheitliche Versorgung ohne Zugangshürden für alle Menschen zentrale Anliegen sozialdemokratischer Politik.

Die Finanzierung bedarfsgerechter Versorgung allein aus Lohneinkommen bei fortschreitender Entsolidarisierung und strukturellem Wandel in der Arbeitswelt begrenzen zunehmend die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die bereits feststellbaren Elemente einer Zweiklassenmedizin sind für eine demokratische Gesellschaft ebenso wenig hinnehmbar, wie die fortschreitenden sozial bedingten Ungleichheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Wir wollen mehr Gesundheit für alle durch eine solidarische Lastenverteilung, weil finanzielle Aufwendungen für unsere Gesundheit Zukunftsinvestitionen sind.

Immer mehr Menschen fühlen sich in den Strukturen des Gesundheitswesens nicht mehr aufgehoben. Ungeachtet hervorragender Qualität der Einzelleistungen nehmen Sicherheitsgefühl und Vertrauen in die Leistungen des Gesundheitswesens ab. Die patientenzentrierte und ganzheitliche

Versorgung ist unzureichend. Der Patient muss wieder im Zentrum der Versorgung stehen. Niemand darf von sozialer Teilhabe und vom medizinischen Fortschritt abgekoppelt werden. Deshalb will die SPD mehr Solidarität und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle statt Individualisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen.

1. Für eine gerechte solidarische Finanzierung: Die Bürgerversicherung

Die Sicherstellung und Wiederherstellung der Gesundheit aller ist eine solidarische Aufgabe aller Bürgerinnen und Bürger. Wir fordern deshalb die solidarische Bürgerversicherung. Alle Bürgerinnen und Bürger sind in ihr versichert. Alle medizinisch notwendigen Leistungen werden von ihr nach dem Sachleistungsprinzip gewährt. Jede und jeder trägt entsprechend seiner / ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit auf der Grundlage aller Einkommen dazu bei. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich unter sofortiger Einbeziehung der PKV sind Instrumente auf dem Weg zu Bürgerversicherung. Wir wollen die jährliche Überprüfung des einheitlichen Beitragssatzes und dessen paritätische Finanzierung. Zusammen mit den bereit gestellten Steuern hat der Fonds stets 100 Prozent der bundesdurchschnittlichen GKV-Ausgaben zu finanzieren. Kopfpauschalen, auch in Form kassenindividueller Zusatzbeiträge lehnen wir ebenso ab wie Sonderbeiträge für Versicherte.

2. Mehr Gesundheit für alle – Prävention ausbauen

Gesundheitsförderliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen für alle Bürgerinnen und Bürger, die Vermeidung von Krankheiten und vor allem der Ausgleich sozialer Unterschiede in Gesundheitschancen und Lebenserwartung sind zentrale Elemente des vorsorgenden Sozialstaates. Jedes Kind hat ein Recht auf gesunde Lebensbedingungen und umfassende Gesundheitserziehung. Gezielte und systematische Gesundheitsvorsorge auch im Alter vermeidet chronische Erkrankungen, erhält die Lebensqualität und vermeidet Pflegebedürftigkeit. Besondere Beachtung wollen wir zukünftig der Früherkennung und Frühbehandlung von Demenz schenken.

Wir wollen gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zum Erhalt der Beschäfti-

gungsfähigkeit und zur Sicherung der Lebensqualität aller Erwerbstätigen voranbringen. Dem Gendergedanken wollen wir im Gesundheitswesen durch geschlechterspezifische Forschung und Versorgung Geltung verschaffen. Wir wollen durch ein Präventionsgesetz die gesundheitliche Prävention von Anbeginn stärken und Gesundheitsziele als Handlungsrahmen definieren. Bund, Länder, Kommunen, die Sozialversicherungsträger und die Private Krankenversicherung müssen sich an Organisation, Gestaltung und Finanzierung beteiligen.

3. Lebensqualität stärken – für eine gute Pflege

Die demografische Entwicklung stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Mit der Pflegereform 2008 wurden wichtige Grundlagen für die Zukunft der Pflege gelegt. Die Reformen müssen fortgesetzt werden:

- Wir wollen die Bürgerversicherung auch für die Absicherung des Pflegerisikos einführen. Bei gleichen Versicherungs-, Leistungs- und Beitragsrechten von privaten und gesetzlich Pflegeversicherten streben wir kurzfristig auch die Zusammenführung dieser Systeme in der Finanzierung an.
- Mit der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wollen wir die Hilfen der Pflegeversicherung zielgenauer auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ausrichten.
- Unter Beteiligung von Ländern und Kommunen sollen die „Hilfen vor Ort“ weiterentwickelt werden, um pflegebedürftige Menschen möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit versorgen zu können.
- Professionelle Pflege, Familienselbsthilfe und Nachbarschaftshilfe sollen als aktive Bürgerhilfe besser vernetzt werden.

4. Seelische Gesundheit stärken – psychisch Kranken wirksam helfen

Psychische Erkrankungen gehören zwischenzeitlich zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Nur eine Kurskorrektur in der Politik mit verlässlicher Beschäftigungssicherung, fairer Lohnpolitik und fördernde, statt ausgrenzender Bildung reduziert Angst und Depression. In der Versorgung psychisch kranker Menschen fehlen immer noch wohnortnahe ambulante Hilfsangebote und die verbindliche Vernetzung.

Um auch für schwer psychisch Kranke bedarfsgerechte Hilfen in der jeweiligen Heimatregion sicherzustellen, sind regionale Gemeindepsychiatrische Verbände der Leistungserbringer und Kostenträger erforderlich, die eine regionale Versorgungsverpflichtung übernehmen, den Betroffenen aber auch Wahlmöglichkeiten belassen.

5. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Eine patientenorientierte, flächendeckende, medizinische, rehabilitative, pflegerische und soziale Versorgung ist unabdingbar für eine älter werdende Gesellschaft. Um eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung bei gleichzeitigem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sicher zu stellen, brauchen wir weitere Schritte zur Flexibilisierung des Vertragsgeschehens.

Wir wollen die regionale Strukturverantwortung stärken. Die Versorgungsqualität ist durch regionale Kooperation und Koordination zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Jede Patientin und jeder Patient muss die Sicherheit haben, dass alle an ihrer Behandlung beteiligten verlässlich zusammenarbeiten und abgestimmte Behandlungsstrategien verfolgen. Dazu ist die integrierte Versorgung zu verstetigen und durch eine verlässliche Finanzierung dauerhaft zu sichern. Gleiches gilt für die Versorgung chronisch kranker Menschen durch Leitlinien gestützte und evidenzbasierte Behandlungsprogramme. Krankenhäuser müssen mit einer soliden finanziellen Grundlage ihre wichtige Versorgungsaufgabe erfüllen können. Wir fordern, dass die Länder ihrer Investitionsfinanzierungsverpflichtung verbindlich nachkommen. Nur bei ausreichender personeller Ausstattung ist qualitätsgesicherte Arbeit in den Kliniken möglich.

Das DRG-System hat sich bewährt und muss konsequent qualitätsorientiert weiterentwickelt werden.

Wir fordern, dass die Erstattungsfähigkeit von Arzneimittelkosten zukünftig an den Nachweis des tatsächlichen Mehrnutzens gemäß Kosten-Nutzen-Bewertung gebunden wird. Scheininnovationen dürfen nicht weiter zu Lasten der solidarischen Versicherungsgemeinschaft finanziert werden. Die solidarische und soziale Krankenversicherung muss zunehmend zum patientenorientierten Gestalter der Gesundheitsland-

schaft und Mittler zwischen ihren Versicherten und den Anbietern von Gesundheitsleistungen werden. Wir wollen, dass sich die Kranken- und Pflegekassen zukünftig verstärkt gemeinsam für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung von guter Qualität einsetzen. Als Sachwalter der Versicherten tragen sie gemeinsam die Verantwortung für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen in allen Regionen des Landes.

6. Gute Arbeit in Medizin und Pflege:

Gute Arbeit zu schaffen, ist das Ziel der SPD für alle Bereiche der Arbeitsgesellschaft. Gute Arbeitsbedingungen, Ausbildungs-, Aufstiegs- und Qualifikationsmöglichkeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und faire Löhne haben im Gesundheitswesen einen besonders hohen Stellenwert. Gerade für Beschäftigung, die Dienst am Menschen ist, muss ein Einkommen selbstverständlich sein, welches ein auskömmliches Dasein ermöglicht. Deshalb brauchen wir gesetzliche Vorgaben, die verbindlich regeln, dass aus Sozialbeiträgen finanzierte Arbeitsplätze grundsätzlich sozialversicherungspflichtig und tarifgebunden sein müssen.

8. Gesundheit – Investition in die Zukunft

Die soziale Gesundheitswirtschaft ist mit einem Umsatz von 260 Mrd. Euro eine der größten und mit 4,3 Mio. Beschäftigten die beschäftigungsstärkste Branche in Deutschland. Die Wachstumspotenziale sind enorm. Damit wirklich dauerhaft Wachstum erreicht werden kann, ist von zentraler Bedeutung, dass es genügend „Kaufkraft“ im „Gesundheitsmarkt“ gibt. Die Bedarfsdeckung bei allen potentiellen Nachfragern medizinisch notwendiger Leistungen ist nur über die solidarische und paritätische Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen. Mit keiner anderen Finanzierungsform wird es möglich sein, genügend finanzielle Mittel zur allgemeinen und gleichmäßigen Bedarfsdeckung zu heben. Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind daher nicht „Lohnnebenkosten“ i.S. von Belastung für wirtschaftliches Handeln, sondern produktiv eingesetztes Kapital, welches direkt und indirekt Arbeitsplätze schafft und sichert. Durch die GKV, solidarisch finanziert, wird überhaupt erst diese große Branche verlässlich und nachhaltig stabilisiert und entwicklungsfähig gehalten.

Belegarzt versus Konsiliararzt? (Fortsetzung von Seite 1)

Vergütungsreform gefährdet das Belegarzt-System

– Der klassische Belegarzt ist der freiberuflich tätige Arzt, der in einem Beleg-Krankenhaus arbeitet und über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet. Das Krankenhaus erhält für seine Leistung die Belegarzt-Fallpauschale (B-DRG).
– Der Konsiliararzt ist ein niedergelassener Vertragsarzt, der freiberuflich konsiliarärztliche Leistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHentG (vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter) im A-Krankenhaus erbringt.

Neu ist der sogenannte unechte Konsiliararzt, der nicht nur Nebenleistungen des Krankenhauses, sondern direkt Leistungen aus dem Krankenhausbedarfsplan, z.B. operative Eingriffe, abwickelt.

Es gibt einige Probleme für die Tätigkeit des Konsiliararztes: Er darf nur Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrags des Krankenhauses erbringen. Zudem ist der Umfang seiner Tätigkeit zeitlich beschränkt auf 13 Stunden in der Woche (nach einem Urteil des Bundessozialgerichts). Der Belegarzt hat dagegen etwas mehr Spielraum: Für ihn ist im Bundesmantelvertrag Ärzte geregelt, dass die stationäre Tätigkeit nicht den Schwerpunkt seiner Gesamttätigkeit ausmachen darf. Abrechnen kann der Konsiliararzt nach der GOÄ, was aber nicht zwingend ist. Weit verbreitet ist die Vergütung nach Pauschalen.

● **Alternative: Honorararzt**

Als Alternativen zum Konsiliararzt nannte die Juristin die Teilanstellung eines Vertragsarztes im Krankenhaus, was durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz möglich geworden ist. Allerdings gilt auch für ihn die zeitliche Beschränkung auf 13 Stunden pro Woche. Eine andere Alternative ist der „Honorararzt“. Im Krankenhausreformgesetz wird dem Belegkrankenhaus erlaubt, auch Hauptabteilungs-DRGs abzurechnen und mit seinen Belegärzten entsprechende Honorarverträge abzuschließen. Der Begriff Honorararzt ist deshalb durch einen Belegarzt definiert, der Honorararztverträge mit seinem Krankenhaus abschließt.

Für BDI-Vorstandsmitglied Dr. Hans-Friedrich Spies ist das Belegarzt-System die einzige gelebte Integrationsversorgung hierzulande. In anderen Ländern wie etwa Großbritannien ist sie die Regelversorgung. Der Belegarzt bekommt seine Vergütung von der Kassenärztlichen Vereinigung und das Krankenhaus erhält die B-DRG, die oft niedriger ist als die A-DRG abzüglich der ärztlichen Leistung.

● **Systemfehler in der Vergütung**

Der Kardiologe Spies, der selbst als Belegarzt in Frankfurt/Main arbeitet, sieht in der Vergütung des Belegarztes einen Systemfehler: Leistungen, die nach dem EBM vergütet werden, unterliegen laut Gesetz dem Erlaubnisvorbehalt, während stationäre Leistungen einem Verbotsvorbehalt unterliegen. Die schnelle Anpassung des DRG-Systems bei einem restriktiven EBM-Katalog eröffnet de facto eine Grauzone. Bei der letzten Reform des EBM 2000 plus wurden die Belegärzte regelrecht vergessen, konstatierte Spies.

Der bundeseinheitliche Punktwert von 3,5001 Cent macht das Belegarzt-System zum Verlustgeschäft. An die Krankenkassen richtete er die Forderung nach gleichviel Geld wie 2008 für die Belegärzte, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Die Krankenhäuser können über die A-DRG abrechnen und Verträge mit Belegärzten abschließen. Unverständlich sei es für ihn, so Spies, dass die A-DRG nicht zu 100%, sondern nur zu 80% gezahlt würden. Damit werde eine Lösung des Vergütungsproblems ad absurdum geführt. Wenn es nicht gelinge, die 100%ige Abrechnung der A-DRG durchzusetzen, bleibe gar kein anderer Weg, als die B-Häuser in A-Häuser umzuwandeln. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) sieht hier schon seit 2004 einen Handlungsbedarf, erläuterte dessen Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz. In dem Verband sind 584 Privatkliniken und 500 private Reha-Kliniken organisiert. Von insgesamt 500 000 Betten sind 24 000 belegärztliche Betten, 6300 Ärzte arbeiten als Belegärzte in den Privatkliniken. Für die Häuser ist dies von Vorteil, erklärte Bublitz: Sie bieten damit eine stationäre Versorgung auf Chefarzt-Niveau und können die stationäre Versorgung auch in dünn besiedelten Regionen sicherstellen.

Der BDPK tritt dafür ein, den Kliniken und den Ärzten die Legitimation zu geben, ihre Angelegenheiten eigenvertraglich zu regeln. Derzeit werde der Belegarzt im EBM und das Krankenhaus im DRG-System vergütungsrechtlich diskriminiert. Gründe für das Abweichen von der reinen Struktur der Hauptabteilung im Krankenhaus sieht PD Dr. Michael A. Weber, Chefarzt der Inneren Abteilung der Amper-Kliniken AG - Klinikum Dachau und Vizepräsident des Chefarzt-Verbandes (VLK), viele: z.B. weil das Einweiser-Marketing oder der Ruf des Hauses nicht zu einer ausreichenden Belegung führen, weil die Zahl der angestellten Ärzte zu niedrig ist, weil es an quali-

fizierten Ärzten für Spezialgebiete fehlt oder weil einweisende Fachärzte durch Spezialverträge eingebunden werden sollen.

Aufgrund seiner persönlichen Erfahrung hält er es für schwierig, eine Hauptabteilung mit Belegärzten im Alltag zu führen – „Das sind alles Chefärzte“. Honorarärzte wären besser in die Abteilungsstruktur einzubinden.

Er geht davon aus, dass Honorarärzte bzw. unechte Konsiliarärzte und Teilangestellte an Chefarzt-geführten Abteilungen eine zunehmende Rolle spielen werden, was auch von der Entwicklung der Regelleistungsvolumina und des Ärztemangels abhängt. Allerdings ist für ihn die Einordnung in das Team am Krankenhaus zwingend.

● **Kasse schätzt die Vorteile**

Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK Bundesverband, räumte ein, dass die belegärztliche Versorgung wegen der Punktwert-Entwicklung infolge der Honorarreform in Schwierigkeiten geraten sei. Die Situation in Deutschland ist uneinheitlich: In den fünf neuen Bundesländer werden „unechte“ konsiliarärztliche Leistungen in hohem Umfang erbracht. Einzelne Bundesländer stellen es den Krankenhäusern weitgehend frei, ob sie ihre Abteilungen als Haupt- oder Belegabteilung führen wollen. Andere Bundesländer wiederum planen die Krankenhausversorgung bis ins kleinste Detail.

Aus Sicht einer Krankenkasse hat das Belegarzt-System unbestreitbare

Vorteile, sagte er in Wiesbaden. Es handle sich um eine bewährte Form der Versorgung mit einem transparenten Verfahren der Zulassung und der Prüfung der Qualifikation der einzelnen Ärzte. Vorteilhaft sei auch die Beteiligung der Krankenkassen am Verfahren im Zulassungsausschuss.

Malzahn sieht einen dringenden Handlungsbedarf, weil sonst die Gefahr bestehe, dass das Belegarzt-System binnen weniger Jahre verschwunden sein dürfte. Ein fairer Vertragswettbewerb benötige aber gleichlange Spieße der Beteiligten. Eine Anpassung an den höchstmöglichen Preis sei auf keinen Fall eine akzeptable Lösung.

KS

Honorarreform

Abrechnungswirrwarr trotz 3,5 Cent bundesweit

Politik und Selbstverwaltung sind mit der Vergütungsreform zum 1.1.2009 mit der Vorgabe angetreten, dass man durch eine Vereinheitlichung des Punktwertes für die Vertragsärzte in der Bundesrepublik Deutschland zu einer vergleichbaren Honorarsituation zwischen den Bundesländern kommt. Man hatte die Hoffnung, dass die Einnahmen des Vertragsarztes in Mecklenburg-Vorpommern und in Bayern vergleichbar sind wenn man einen Punktwert – in diesem Falle von 3,5 Cent – einführt. Auch diese politische Vorgabe ist nicht eingehalten worden.

Zunächst haben die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemerkt, dass sich die Regelleistungsvolumina vom 1. zum 2. Quartal elementar unterscheiden. Eine Konstanz der Abrechnung über ein Quartal hinaus ist somit schon zur Illusion geworden. Hier finden sich aufgrund des Berechnungsmodus so große Unterschiede, dass die alte Rechtsunsicherheit der Abrechnung im Prinzip geblieben ist.

● **Nichts hat sich geändert!**

Das Desaster wird noch größer, wenn man die Fallwerte der einzelnen Fachgruppen in den Bundesländern vergleicht. Hier hat sich überhaupt nichts geändert. Bereits früher bestanden zwischen den einzelnen KV-Bezirken Differenzen im zweistelligen Prozentbereich. Sie bestehen weiter.

Es ist einem Vertragsarzt nicht zu erläutern, warum er unter vergleichbaren Bedingungen in Westfalen-Lippe 26,18 Euro und in Thüringen 53,31 Euro für den Fall bekommen soll. Diese Differenz liegt zum Beispiel bei den fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt vor. In Abbildung 1 sind die Fallwerte im Regelleistungsvolumen für die fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt zusammengestellt, sofern sie dem BDI zur Verfügung stehen. Hier wird besonders deutlich, dass in Fachgebieten, die eine große Streubreite des Leistungsgeschehens haben, eine Annäherung der Fallwerte selbst bei einem einheitlichen Punktwert nicht erreicht

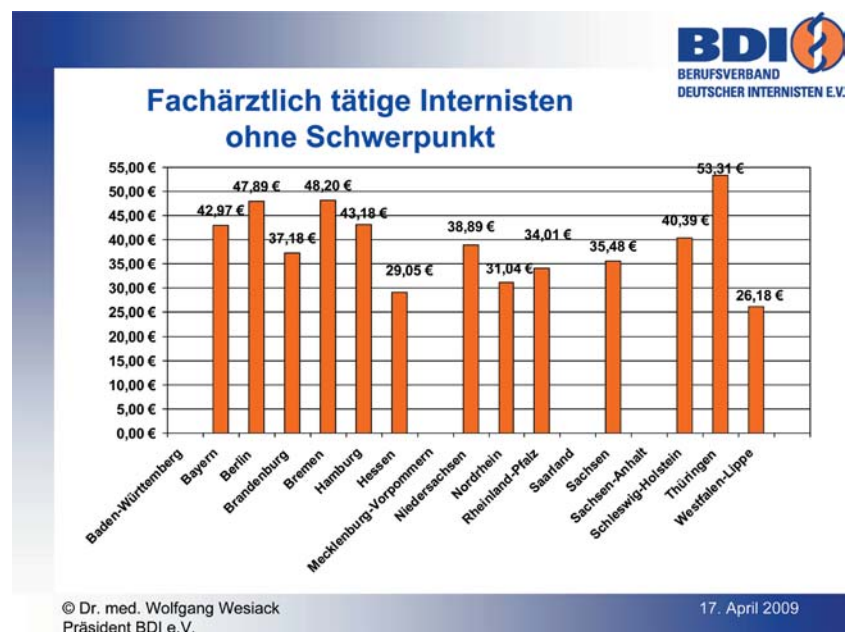


Abb.1 Fallwerte im RLV, 2. Quartal 2009 für fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt

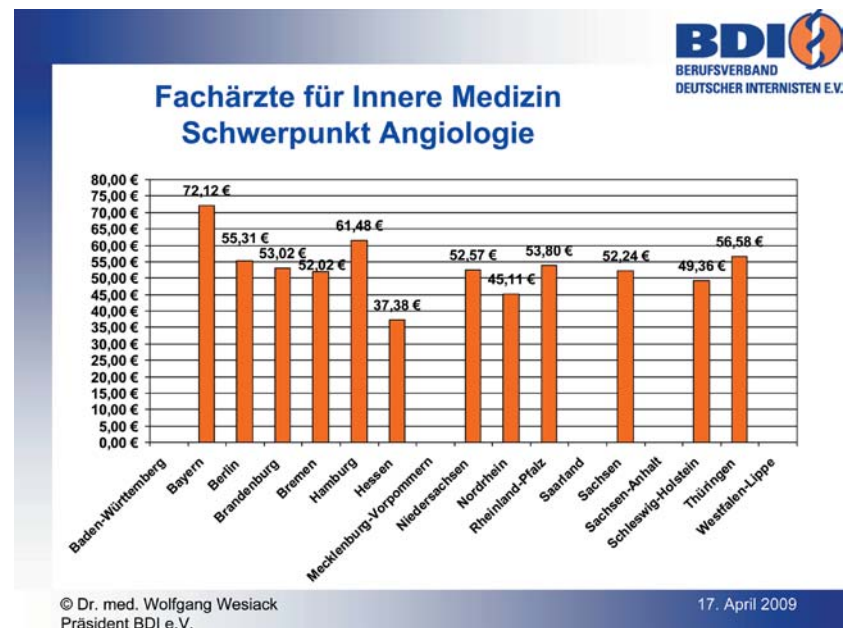


Abb.2 Fallwerte im RLV, 2. Quartal 2009 für Angiologen

werden kann. Die beteiligten Akteure müssen sich bei diesem Ergebnis ernsthaft überlegen, ob die Pauschalierungen bei den internistischen Fächern überhaupt noch systematisch durchgehalten werden kann. Im Übrigen ist dieses Problem nicht nur bei den Fachärzten ohne Schwerpunkt sichtbar, sondern auch – allerdings in einem geringeren Umfang – bei den Schwerpunktinternisten. Abbildung 2 verdeutlicht dies am Beispiel der Angiologen. Einen Sonderfall stellen die Hessischen Verhältnisse dar. Hier hat es einen Schiedsspruch gegeben, dass die Leistungen nach § 115 b, also invasive Eingriffe, bei den Angiologen weiter extrabudgetär vergütet werden und deshalb nicht im Regelleistungsvolumen erscheinen. Der hessische Wert ist deshalb im Prin-

zip mit den übrigen KVen nicht vergleichbar.

● **Wo sind die Millionen geblieben?**

Die Diskussion unter den Vertragsärzten geht weiter um die Frage, wo die vielen Millionen geblieben sind. So wird von einzelnen vermutet, dass die extrabudgetären Leistungen einen großen Teil der Finanzmittel verbraucht haben. Dies kann zumindest in den KV-Bezirken mit vielen ambulanten Operateuren und Belegärzten nicht zutreffen, da hier Punktwertverluste im zweistelligen Bereich durch die Vereinheitlichung des Punktwertes auf 3,5 Cent eingetreten sind. So sind z. B. in Hessen bei den Belegärzten alleine 10 Mio. Euro von den Krankenkassen eingespart worden, da die Punktwerte von 2008 um bis zu 25 % abgesenkt wurden.

Vergleicht man die vorhandenen Werte, so kommt der begründete Verdacht auf, dass das meiste Geld tatsächlich durch eine Verschiebung in die neuen Bundesländer verbraucht wurde. Es handelt sich somit um eine verspätete Finanzierung der Wiedervereinigung. Die Finanzmittel stehen den Ärzten in den neuen Bundesländern mit Sicherheit zu. Der Ausgleich hätte schon vor Jahren stattfinden müssen. Es stellt sich nur die berechnete Frage, ob ein von der Wiedervereinigung ausgelöster Finanzausgleich alleine von den Vertragsärzten getragen werden muss oder ob es sich nicht um eine Angelegenheit der Krankenkassen oder des Staates handelt. Für diese Diskussion dürfte es zu spät sein.

HFS

Was wird aus der PKV?

Keine einheitliche Strategie

Während die CDU/CSU und die FDP die private Krankenversicherung weiter für unverzichtbar halten, sehen die SPD, die Grünen und die Linke hier ein Auslaufmodell, das nach der nächsten Bundestagswahl abgeschafft werden soll. Die von ihnen favorisierte Bürgerversicherung hat für eine private Vollversicherung keinen Platz mehr.

Die privaten Versicherungen fühlen sich deshalb schon länger in ihrer Existenz bedroht. Ihr Verband versucht deshalb eine Standortbestimmung und konzentriert sich dabei auf die Mehrkosten bei der Behandlung eines Privatversicherten im Vergleich zur GKV. Der Abstand zur gesetzlichen Versicherung habe sich kontinuierlich vergrößert und wird inzwischen mit 10,5 Milliarden Euro veranschlagt. In die gleiche Kerbe haut auch die Techniker Krankenkasse, die ausgerechnet hat, dass eine Behandlung bei einer Kostenerstattung 2,28-mal so viel kostet wie im Sachleistungsprinzip der GKV.

● **Differenzen im Leistungsangebot**

Welches Ziel verfolgen die Kassen mit der Veröffentlichung dieser Daten? Vordergründig möchte man wohl auf die Neufassung der GOÄ Einfluss nehmen, um in Zukunft die Behandlungskosten zu senken.

Diese Argumentation ist für die privaten Kassen aber nicht ungefährlich, wird damit das Interesse der Politik und der GKV gefördert, sich diese Gelder in Zukunft via Bürgerversicherung einzuverleiben. Indirekt liefert man auch Argumente, den EBM und die GOÄ gleichzuschalten.

Es geht aus der Sicht der Versicherten aber nicht nur ums Geld. In der Diskussion müssen auch die Differenzen im Leistungsangebot von PKV zur GKV berücksichtigt werden. Die GOÄ ist aufgrund von Analogbewertungen in der Lage, schnell neue Leistungen für Privatversicherte aufzunehmen. Der Leistungskatalog ist heute schon viel umfangreicher und kann im Vergleich zur GKV schneller angepasst werden. Die restriktive Entscheidungspraxis des Gemeinsamen Bundesausschusses wird diese Differenz weiter vergrößern. Faktisch wird der Katalog der GKV

ohnehin festgeschrieben, mit dem unausgesprochenen Ziel, auf Dauer zu einer Art Grundleistungsdefinition zu kommen, indem man neue Leistungen nicht mehr aufnimmt. Bei den Zahlen werden also Äpfel mit Birnen verglichen.

Warum wählt ein Bürger in Deutschland eine Privatversicherung? Doch nicht deshalb, weil er das Portemonnaie der Ärzte füllen will. Er ist am größeren Leistungskatalog interessiert, dafür ist er bereit mehr zu zahlen!

Entscheidend ist auch die freie Arztwahl im Krankenhaus, die eine gesetzliche Kasse nicht bieten kann. Dies scheint für den Bürger besonders wichtig, wie der wachsende Markt der stationären Zusatzversicherungen zeigt.

● **Vorauselender Gehorsam**

Die PKV vermeidet diese Diskussion, offensichtlich ist sie sich in ihren eigenen Reihen nicht einig wie man sich positionieren soll. Anders ist das Verhalten mancher Privatkassen nicht zu verstehen, wenn sie sich bei der Erstattung von Leistungen auf den GKV-Katalog beziehen und Rechnungen kürzen. Ist diesen Kassen bewusst, dass sie sich damit den Ast absägen, auf dem sie bei einer Vollversicherung sitzen? Es entsteht zunehmend der Eindruck, dass manche, wenn auch nicht alle Privatversicherer sich schon jetzt aus der Vollversicherung verabschieden, weil sie glauben, dass die politische Entwicklung zur Bürgerversicherung mit definierter Grundversorgung tendiert. So etwas nennt man auch vorauselenden Gehorsam.

Der PKV-Verband hat offensichtlich gegenüber der Politik keine einheitliche Strategie. Damit kann er leicht zur Beute der Systemumwandler werden.

HFS

Kommentar

Marktwirtschaft

Zu den Merkmalen der sozialen Marktwirtschaft gehören unter anderem die Vertragsfreiheit, ein offener Markt, Zutritt für den Anbieter, eine Markttransparenz für den Kunden und eine dezentrale wettbewerbliche Preissteuerung. Von diesen Grundprinzipien der sozialen Marktwirtschaft ist für die Ärzte nichts mehr übrig geblieben.

Dies hängt mit den politischen und gesetzlichen Vorgaben bei den zahlreichen Gesundheitsreformen zusammen, wird aber auch teilweise durch das Verhalten der Ärzte selbst mit verursacht, die in der Regel versuchen, innerärztliche Konkurrenten vom Markt zu verdrängen. Begonnen hat dies mit einer restriktiven Erteilung von Ermächtigungen von Krankenhausärzten. Deren medizinisches Wissen hat im Vergleich zu ambulant tätigen Vertragsärzten unterschiedliche Schwerpunkte. Die Trennung ambulant und stationär führt hier zu einer Behinderung des Austausches der Wissensinhalte, die Qualitätskontrolle stationärer Behandlungen wird zusätzlich erschwert, da die ambulanten Vorzeugen der Behandlung bei der Bewertung nicht zur Verfügung stehen.

Die Politik hat deshalb mit einer Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b und mit der Einführung von medizinischen Versorgungszentren geantwortet, bei denen die Krankenhäuser in der Gründerebene beteiligt werden können. Die Unterschiede bei den MVZs liegen deshalb weniger in der Leistungserbringung als in den Matadoren auf der Gründerebene. Hier muss unterschieden werden zwischen der Institutionalisierung durch ein Krankenhaus oder durch eine Geschäftsführung durch behandelnde Ärzte selbst. Dabei sei dahingestellt, inwieweit sich die beiden MVZs betreffend einer Institutionalisierung unterscheiden. Tatsache ist, dass durch MVZs selbstständig geführte Arztpraxen (auch Gemeinschaftspraxen und Praxengemeinschaften) vom Markt verdrängt werden können.

In der vertragsärztlichen Patientenbetreuung wurde der Streit weitergeführt durch eine Trennung in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgungsebene. Hier haben die Politik und die Körperschaften alleine einen befriedeten Bereich eingeführt, der den übrigen Anbietern den Marktzutritt verbietet. Ziel war dabei mit den knappen Ressourcen auszukommen und sie möglichst in den jeweilig eigenen Versorgungsbereich zu verteilen.

Wir Ärzte glauben inzwischen über pauschalierende Entgeltsysteme überleben zu können. Pauschalierung bedeutet aber Leistungsentzug am Patienten und eine ungerechte Verteilung der erbrachten Leistungen unter den Ärzten, wobei die Ärzte mit einem hohen Leistungsan-

spruch in der Regel benachteiligt werden. Eine Wettbewerbsaufsicht ist erforderlich, um den Verteilungskampf zwischen den Versorgungsebenen zu beenden.

Hier muss die duale Finanzierung der Krankenhäuser abgeschafft werden, um die dadurch entstehenden Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Zur flächendeckenden Versorgung benötigen auch Arztpraxen Investitionszuschüsse. Die Länder müssen die staatliche Krankenhausplanung zu Gunsten einer Rahmenplanung aufgeben, um Versorgungsdefizite und Überversorgung mit einem ruinösen Wettbewerb zu verhindern. Die Unzufriedenheit und Verunsicherung der Patienten, der Ärzte und der Krankenhäuser wird durch das planwirtschaftliche, undurchschaubare und überregulierte Gesundheitswesen verursacht. Wie erwähnt haben wir als Ärzte und Körperschaften dabei mitgeholfen.

Das Problem der Leistungsausweitung kann leistungsorientiert über eine Einbeziehung der Versicherten z. B. mit einer prozentualen Eigenbeteiligung verhindert werden. Hierzu braucht man keine Honorarverteilungsmaßstäbe. Die Versicherten werden bereits heute mit Zuzahlungen von bis zu 8 Milliarden Euro belastet, ohne dass eine steuernde Wirkung beobachtet wird. Der Übergang von notwendiger Krankenbehandlung, Prävention, Wünschen des Patienten und Wellness ist inzwischen fließend und kann staatlich nicht mehr reguliert werden. Auch die versicherungsfremden Leistungen sind weiterhin ein Ärgernis. Sie müssen vom Staat übernommen werden.

Zusammenfassend haben wir Ärzte in der Vergangenheit oft nach staatlicher Regulierung gerufen und haben dadurch mitgeholfen, eine undurchschaubare, planwirtschaftliche Überregulierung herbeizuführen, die schrittweise unsere Freiheit der Berufsausübung eingeschränkt hat. Sie ist nahezu gänzlich verlorengegangen. Statt Streitigkeiten in der Öffentlichkeit auszutragen, sollten wir die Regeln der sozialen Marktwirtschaft anerkennen. Dies bedeutet, dass eine Einzelleistungsvergütung zu fordern ist, sonst kommen wir in die Staatsmedizin, bei der der Arzt zum Krankenkassenangestellten degradiert wird, der auch die medizinischen Vorgaben der Krankenkasse auszufüllen hat. Ein typisches Beispiel ist hier der bayerische Hausarztvertrag mit der AOK.

Prof. Dr. med. Jürgen Zehner

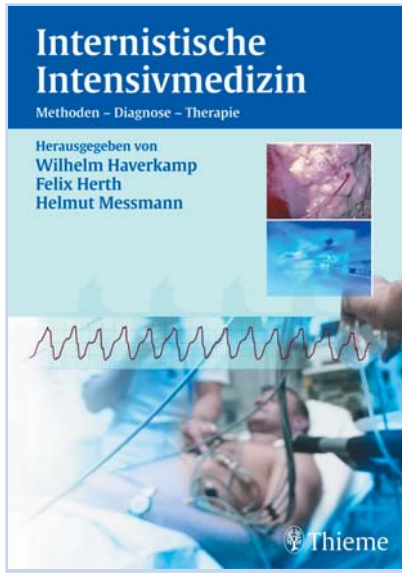
Wirtschaftskrise

Gut angelegtes Geld

Die Wirtschaftskrise macht auch vor der gesetzlichen Krankenversicherung nicht halt. Bei den veranschlagten 167 Milliarden Euro des Gesundheitsfonds wird es bleiben, obwohl die Einnahmen nach letzten Schätzungen um 2,9 Milliarden Euro auf der Seite der Beiträge sinken werden.

Auch hier muss der Staat und damit der Steuerzahler einspringen. Das Geld ist mit Sicherheit gut angelegt, fließt es doch in einen Wirtschaftszweig, der in Deutschland mit am meisten zur Beschäftigung beiträgt, zumindest mehr als die gehätschelte Automobilindustrie.

HFS



Internistische Intensivmedizin
Methoden – Diagnose – Therapie
Herausgegeben von
Wilhelm Haverkamp
Felix Herth
Helmut Messmann
Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2008
924 S., 385 Abb., 204 Tab., 129,95 €

Keine weiteren Fragen

An (Lehr-)Büchern der Intensivmedizin herrscht kein Mangel. Allerdings gab es bisher nur ein aktuelles Werk über internistische Intensivmedizin, erschienen 2006, von eher kompaktem Umfang, gegen das es anzutreten galt. Haverkamp et al. haben ein dickes Multiautorenbuch mit internationaler Beteiligung konzipiert, das zunächst schon durch Format, Gewicht, hohe Qualität von Einband, Papier und Druck beeindruckt.

Die fünf Hauptkapitel sind farblich am oberen Seitenrand kodiert, die „Synopsen“ der zugehörigen Unterkapitel, etwa wie Abstracts zu den jeweiligen Themen mit den selben Farben hinterlegt, ebenso wie die Piktogramme, unter denen wichtige Facts und Hintergründe stichpunktartig zusammengefasst werden. Was welchen Piktogrammen zugeordnet wird, bleibt allerdings teilweise etwas unklar und wird auch nirgendwo erklärt, soll also offensichtlich vom Leser intuitiv erfasst werden, was zumindest mir nicht gänzlich gelang. Hilfreich ist jedoch, dass Fehlermöglichkeiten, Fallstricke und „Cave“ mit durchgehend mit rotem Seitenbalken unübersehbar markiert sind. Die übersichtlichen Tabellen sind durchgängig blau markiert, Abbildungen finden sich ausreichend und in guter Qualität, die Schemazeichnungen sind klar und leicht zu erfassen. Wie man also sieht, ein sehr buntes Buch. Diese Tatsache trägt aber, ebenso wie die ausreichende Gliederung und gute Lektorierung der Texte, die trotz vieler Autoren einen einheitlichen und gut verständlichen Sprachduktus aufweisen, zur guten Lesbarkeit des Buches bei. Jeden, der an diesem Thema nur einigermaßen interessiert ist, wird es wie ein illustrierter Roman fesseln. Man legt dieses Buch, obwohl es wegen seines Umfangs von rund 900 Seiten eher ein Nachschlagewerk ist, ungern aus der Hand. Die Gliederung in fünf große Hauptkapitel: „Grundlagen der

Arbeit auf einer Intensivstation“, „Arbeitstechniken und invasive Maßnahmen“, „spezielle Intensivtherapie internistischer Erkrankungen“, „Pharmakologische Grundlagen“ und „Anhang“ (wo zusammengewürfelt wird, was vorher nicht richtig dazu gepasst hat), mag zum Teil etwas willkürlich erscheinen, erweist sich aber dann beim Lesen doch als logisch und weitgehend stringent. Es ist auch schwer, diese eher inhomogene Materie noch besser in Schubladen zu ordnen. Am Ende jedes Kapitels finden sich Literaturhinweise, die die Konformität des Dargelegten mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft belegen. Die internistische Intensivmedizin wird dabei vollständig dargestellt, die Inhalte befinden sich auf der Höhe der Zeit, der Preis ist Umfang und Qualität angemessen.

Fazit: Ein professionell gestaltetes Lehrbuch der internistischen Intensivmedizin, das alle Informationen bietet die der durchschnittliche ärztliche „User“ braucht ohne ihn vor Rätsel zu stellen. Die Gefahr von Langeweile geht dabei gegen Null.

Dr. med. Peter Pommer



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



Labor quick
Laborwerte und Befunde A-Z, Differenzialdiagnose, Labormedizin
Philippe Furger
Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2009
2. Aufl., 464 S., 133 Abb., 34,95 €

Kompakt, übersichtlich – toll!

Mit dem Buch „Labor Quick“ von Philippe Furger ist ein weiteres Buch über Laborwerte und deren Interpretation in Kitteltaschenformat erschienen. Dieses Buch richtet sich an alle klinisch tätigen Kollegen und Kolleginnen sowohl im niedergelassenen als auch in den stationär tätigen Bereichen oder stationären Einrichtungen.

Das alphabetisch geordnete Buch fällt beim ersten Lesen vor allem durch die Übersichtlichkeit auf. Dadurch ist ein schnelles Auffinden gewünschter Informationen einfach möglich. Beim genaueren Lesen besticht es durch eine klare Gliederung, die mit tabellarischen Darstellungen und Übersichten gespickt ist. Für den klinisch tätigen Arzt gibt es in diesem Buch ausführliche Erklärungen zu den einzelnen Blutparametern, welche routinemäßig bei einem stationären Aufenthalt oder als Kontrolle in der Praxis bestimmt werden. Bei Pathologien einzelner Werte, gegebenenfalls auch ohne klinisches Korrelat, werden hier Differenzialdiagnosen und Wege des weiteren Vorgehens erläutert. So wird auch nicht davor zurückschrecken, klar über Halbwertszeiten zu sprechen, um Laborkontrollen in zu kurzen Abständen oder ein „Wegkontrollieren“ zu vermeiden.

Hervorheben möchte ich vor allem das weite Feld der Autoantikörper und den damit verbundenen Erkrankungen. Die entsprechend erhöhten Laborparameter zu den einzelnen Erkrankungen aus dem rheumatischen und immunologischen Formenkreis finden sich zwar in vielen Lehrbüchern, jedoch schafft es der Autor auf vier Seiten klar herauszustellen, welche Parameter bei welcher Erkrankung erhöht sein können und anhand klinischer Veränderungen Hinweise zu geben, welche Autoantikörper am sinnvollsten zu bestimmen sind. Dies bedeutet nicht Vollständigkeit, zumal es unendlich viele Variationen gibt, jedoch kann dadurch ein wildes Bestimmen aller Autoantikörper vermieden werden. Ausführlich wird auch das Thema Elektrolytstörungen angegangen. Neben sinnvollen allgemeinen Erläuterungen und praxisnahen Tipps zu den einzelnen Elektrolyten werden in diesem Buch neben naheliegenden Ursachen auch spezielle Differenzialdiagnosen beschrieben und gleich mit klinischer Symptomatik und Therapieempfehlungen abgerundet. Dies scheint mir, neben dem ebenfalls kurzen, aber prägnant dargestellten Thema „Säure-Basen-Haushalt“ vor allem für Notfallmediziner oder intensivmedizinisch tätige Kollegen und Kolleginnen spannend zu sein. Abgerundet wird das Buch mit Normwerttabellen und zwei zusätzliche Kapitel über Wirkungsorte von Antibiotika samt Resistenztabellen und oraler Antikoagulation.

Fazit: Insgesamt ein tolles, „kurzes“, handliches Buch für den klinisch tätigen Mediziner, der Laborbefunde schnell interpretieren und sich kompakt und übersichtlich über das weitere Vorgehen und Therapien informieren möchte.

Dr. Tom Oberheiden



Dr. Tom Oberheiden ist Assistenzarzt an der I. Medizinischen Klinik der Universität Mannheim und wird demnächst die Facharztprüfung für Innere Medizin ablegen.



Homocystein-assoziierte Erkrankungen – Prävention und Therapie
Prof. Dr. Uwe Till
UNI-MED Verlag AG, Bremen 2008
76 S., 42 Abb., 39,80 €

Kompetente Information

Das Buch ist für Ärzte geschrieben, die die Möglichkeiten der modernen Medizin ausschöpfen wollen. Es werden die Zusammenhänge zwischen einer Erhöhung des Homocysteins und den folgenden häufigen Erkrankungen beschrieben: Arteriosklerose, venöse Thrombose und Embolie, kognitive Einbußen und depressive Verstimmungen im Alter, Demenz, Depression, erhöhte Frakturrate sowie gesteigerte Abortrate und Neuralrohrdefekte. Eine Erhöhung des Homocysteins liegt also einigen sehr häufigen Krankheiten zugrunde. Viele dieser Zusammenhänge

ge sind in der Praxis nicht bekannt. In sehr kurzer und prägnanter Form werden die biochemischen Grundlagen der Bildung und des Abbaus von Homocystein dargestellt. Neben relativ seltenen genetischen Defekten oder Varianten ist ein erworbener Mangel an einem oder mehreren der Vitamine Folsäure, B₁₂ und B₆ für etwa zwei Drittel aller moderaten Hyperhomocysteinämien verantwortlich. Die Rolle dieser Vitamine im Stoffwechsel von Homocystein wird ausführlich und klar beschrieben.

Der Autor nennt eine Homocystein-konzentration von 10 µmol/l als Toleranzgrenze für Risikopatienten. Bei Verwendung dieses Grenzwertes weisen in den Industrieländern bis zur Hälfte der erwachsenen Bevölkerung höhere Werte auf. Die Zusammenhänge zwischen einer Hyperhomocysteinämie und den eingangs genannten Krankheiten werden bezüglich Pathomechanismen, Epidemiologie sowie Prävention und Therapie vorgestellt. Besonders wertvoll sind die Ausführungen zu den prospektiven Interventionsstudien, mit denen die Wirkung einer Vitamin-vermittelten Senkung der Homocystein-konzentration im Plasma auf die Atherosklerose untersucht wurde. Der Autor setzt sich kritisch mit den vorhandenen Studien auseinander und beschreibt detailliert die methodischen Mängel einiger Studien. Die Prävention und Therapie der moderaten Hyperhomocysteinämie erfolgt durch die Gabe von Folsäure,

Vitamin B₁₂ und B₆. Dabei hat die Folsäure den stärksten Effekt, gefolgt von B₁₂ und B₆. Eine rein diätetische Senkung erhöhter Homocysteinspiegel ist nur schwer erreichbar. Es werden ausführlich die erforderlichen Dosen und der Applikationsweg der oralen Supplementierung der drei Vitamine dargestellt. Ein zusammenfassendes Therapieschema erläutert das praktische Vorgehen. Die orale Therapie sollte längere Zeit erfolgen – eventuell lebenslang. Die parenterale Gabe kann ggf. bei einem Anstieg von Homocystein über den Grenzwert wiederholt werden. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn in dem hier besprochenen Buch eine Stellungnahme zur Kostenerstattung der Vitamintherapie durch die Krankenkassen eingefügt worden wäre.

Fazit: Insgesamt kann resümiert werden, dass das vorliegende Buch sehr lesenswert ist, sich durch eine hohe Kompetenz des Autors und einen guten, kurz gefassten Schreibstil auszeichnet. Dem Buch ist eine weite Verbreitung insbesondere bei hausärztlich tätigen Kollegen zu wünschen.

Prof. Dr. med. Ulrich Julius



Prof. Dr. Julius ist Professor für Innere Medizin/Stoffwechselkrankheiten an der Medizinische Klinik und Poliklinik III der Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden.



Aktuelle Aspekte der Altershypertonie – Epidemiologie, Pathophysiologie und Klinik

Mit dem Lebensalter steigt der systolische Blutdruck kontinuierlich an. Parallel dazu steigt auch der diastolische Blutdruck bis etwa zum 50. Lebensjahr an und nimmt ab dem 60. Lebensjahr wieder ab. Pathophysiologisch liegt diesem Verhalten ein mit dem Alter einhergehender Elastizitätsverlust der proximalen Aorta zugrunde. Während bei jüngeren Patienten am häufigsten eine isolierte diastolische Hypertonie (IDH) und im mittleren Alter hauptsächlich eine kombiniert systolische und diastolische Hypertonie (SDH) auftritt, ist im Alter fast ausschließlich eine isolierte systolische Hypertonie (ISH) zu beobachten. Die Überlegung, generell nur noch den systolischen Blutdruck zu erfassen (systolic pressure is all that matters), vergisst in ihrer Überzeichnung aber die vielen Patienten mit isoliert diastolischen Blutdrucksteigerungen, deren Diagnose und konsekutive Therapie bedeutsam bleibt. Die Senkung insbesondere des systolischen Blutdrucks kann schwierig sein. So zeigen die Hypertonie-Interventionsstudien, dass eine diastolische Blutdrucknormalisierung (< 90 mmHg) fast immer erreicht wurde. Im Gegensatz dazu wurden die systolischen Blutdruckwerte durch die Intervention zwar gesenkt, in der Mehrzahl der Studien jedoch nicht normalisiert (< 140 mmHg).

Epidemiologische Untersuchungen belegen, dass der systolische Blutdruck mit dem Lebensalter kontinuierlich ansteigt. Auch der diastolische Blutdruck steigt bis etwa zum 50. Lebensjahr an, bleibt dann bis etwa zum Ende des 60. Lebensjahres unverändert (Plateau) und nimmt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich wieder ab [1–3] [Abb. 1]. Pathophy-

sdruckamplitude (systolischer-diastolischer Blutdruck). Aktuelle Definitionen legen als Grenzwert für die Hypertonie altersunabhängig einen Blutdruckwert von 140/90 mmHg fest [6]. Dies bedeutet, dass die Prävalenz der Hypertonie über die Lebensdekaden kontinuierlich zunimmt. Ab etwa dem 60.

Bedeutung der isolierten systolischen Hypertonie als Risikofaktor

Auch für die Risikoprädiktion z. B. eines koronaren Ereignisses ist altersabhängig zwischen diastolischem und systolischem Blutdruck zu differenzieren [9, 10]. Eine Analyse verschiedener Altersgruppen der Framingham Studie zeigt, dass bis zu einem Alter von < 50 Jahren dem diastolischen Blutdruck die größte Bedeutung bei der Prädiktion der koronaren Herzkrankheit zukommt. In der Altersgruppe 50–59 Jahre waren systolischer und diastolischer Blutdruck vergleichbar zuverlässige Prädiktoren einer koronaren Herzkrankheit. Im Gegensatz dazu war ab dem 60. Lebensjahr der systolische Blutdruck mit der Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit positiv und der diastolische Blutdruck sogar negativ korreliert [9]. Ein vergleichbarer Trend bezüglich der altersabhängigen Bedeutung von diastolischem und systolischem Blutdruck ist z. B. im „Multiple Risk Factor Intervention Trial“ (MRFIT) dokumentiert. In dieser Studie war der diastolische Blutdruck der bessere Prädiktor einer koronaren Herzkrankheit bei Männern der Altersgruppe von 35–39 Jahren, während der systolische Blutdruck in der Altersgruppe zwischen 40–57 Jahren ein koronares Ereignis besser vorhersagte [10]. Da die Hypertonie-Prävalenz mit dem Alter insbesondere aufgrund der Überschreitung des systolischen Grenzwertes ansteigt – und bei älteren Menschen der systolische Blutdruck der dominierende Risikoprädiktor darstellt, ist überlegt worden, nur noch den systolischen Blutdruck zu erfassen [11]. Die These „systolic pressure is all that matters“ stellt jedoch eine provokative Überzeichnung der Datenlage dar [11]. Sie ist zwar geeignet, die herausragende Bedeutung des systolischen Blutdrucks zu proklamieren, vergisst in ihrer Überzeichnung aber die vielen Patienten mit isoliert diastolischen Blutdrucksteigerungen, deren Diagnose und konsekutive Therapie bedeutsam bleibt.

Genese der isolierten systolischen Hypertonie

Eine ISH kann sich aus einer vorbestehenden IDH oder SDH entwickeln. In einer weiteren post-hoc Analyse der Framingham Studie konnte jedoch

gezeigt werden, dass sich eine ISH überwiegend aus normalen Blutdruckwerten entwickelt. Die ISH stellt damit häufig eine „de novo“-Entwicklung dar und ist nicht generell Endzustand einer hypertensiven Vorgeschichte mit vorausgegangenem diastolischen und kombiniert systolisch-diastolischen Blutdrucksteigerungen [12].

Eigenständigkeit der isolierten systolischen Hypertonie

Bezüglich der systolischen Blutdrucksteigerung älterer Patienten und der diastolischen Erhöhung des Blutdrucks jüngerer Menschen bestehen somit grundsätzliche Unterschiede. Während der ISH pathophysiologisch eine Elastizitätseinschränkung der zentralen Aorta zugrunde liegt [4, 5], ist die diastolische Blutdrucksteigerung auf eine Steigerung des hämodynamisch wirksamen Zirkulationswiderstandes zurückzuführen, der in die Mikrozirkulation lokalisiert werden kann [13–15]. Diese Widerstandserhöhung ist sowohl funktionell, durch Tonussteigerung der glatten Gefäßmuskulatur, als auch strukturell, durch „Remodelling“ der präkapillären Arteriolen und eine Rarefizierung der kapillären Mikrozirkulation, bedingt [15]. Die systolische Blutdrucksteigerung des älteren Menschen ist also pathophysiologisch der thorakalen Aorta, die diastolische Blutdrucksteigerung jüngerer Menschen der Mikrozirkulation zuzuordnen.

Die zitierten epidemiologischen Daten zeigen darüber hinaus, dass sich eine ISH überwiegend ohne vorbestehende diastolische Blutdrucksteigerung entwickelt [12]. Damit ist die ISH nicht nur pathophysiologisch, sondern auch epidemiologisch eine distinkte Krankheitsentität [Tab. 1]. Die Leitlinien der Europäischen Gesellschaften für Hypertensiologie (ESH) und Kardiologie (ESC) sowie der Deutschen Hochdruckliga räumen der ISH damit zu Recht eine separate Bewertung ein [6, 16].

Therapie

Von großer klinischer Bedeutung ist die kritische Bewertung der therapeutischen Optionen. Aus historischer Sicht ist bedeutsam, dass bis zur Veröffentlichung der SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program)-Studie Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsnotwendigkeit der ISH bestanden. In dieser placebokontrollierten Studie an insgesamt 4736 Patienten (≥ 60 Jahre) mit systolischen

Blutdruckwerten > 160 mmHg und diastolischen Blutdruckwerten von < 90 mmHg führte eine antihypertensive Therapie mit Chlortalidon (± Atenolol) über 4,5 Jahre zu einer 36 % und 27 % relativen Risikoreduktion des Auftretens eines Schlaganfalls bzw. eines Myokardinfarkts [17]. Aus pathophysiologischer Sicht wären Behandlungsstrategien angezeigt, welche gezielt die Dehnbarkeit des aortalen Windkessels verbessern bzw. normalisieren. Diese sind derzeit jedoch nicht verfügbar. Daher stehen zur Behandlung der ISH die Optionen zur Verfügung, die bei Hypertonie generell zum Einsatz kommen.

● **Initiale Monotherapie:**
Differenzialtherapeutische Aspekte
 Positive Morbiditäts- und teilweise auch Mortalitätsdaten aus placebokontrollierten Interventionsstudien belegen die Wirksamkeit des Diuretikums Chlortalidon in der SHEP-Studie [17] sowie des Kalziumantagonisten Nitrendipin in der SYST-EUR (Systolic Hypertension in Europe)-Studie [18] und der SYST-CHINA (Systolic Hypertension in China)-Studie [19]. Dieser Studienhintergrund begründet eine Präferenz für Thiaziddiuretika und Kalziumantagonisten in einer Reihe nationaler und internationaler Leitlinien. Weiterhin liegen Daten aus einer prädefinierten Subgruppenanalyse der LIFE (Losartan Intervention For Endpoint Reduction in Hypertension)-Studie vor, in welcher der AT₁-Antagonist Losartan im Vergleich zum Betablocker (Atenolol) im aktiven Kontrollarm bei vergleichbarer Blutdrucksenkung deutliche Vorteile in Bezug auf verschiedene Morbiditäts-Endpunkte sowie Gesamt mortalität und kardiovaskuläre Mortalität aufwies [20]. In einer Subgruppe von Patienten mit ISH der SCOPE (Study on Cognition and Prognosis in the Elderly)-Studie ging die Gabe des AT₁-Antagonisten Candesartan bei geringen Unterschieden in der Blutdruckeinstellung mit einer 42 % relativen Risikoreduktion für einen Schlaganfall einher [21]. AT₁-Antagonisten werden daher ebenfalls als evidenzbasierte Option zur First-line-Therapie der ISH festgelegt [6]. Neuere Studien und eine Metaanalyse haben gezeigt, dass Betablocker, insbesondere Atenolol, das Schlaganfallrisiko weniger gut reduzieren als andere Antihypertensiva [22]. Derzeit ist noch unklar, ob die Absenkung der Herzfrequenz und/oder eine unzureichende Senkung des Blutdrucks in der zentralen Aorta für diesen Effekt verantwortlich ist [23, 24]. Außerdem sind insbe-

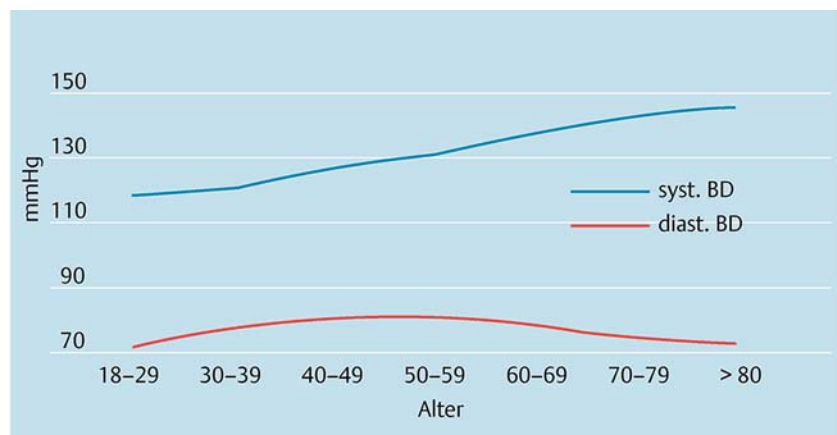


Abb. 1 Entwicklung des systolischen und diastolischen Blutdrucks über die Lebensdekaden. Daten der „Third National Health and Nutrition Examination Survey“ (NHANES), 1988–1991 (nach 1).

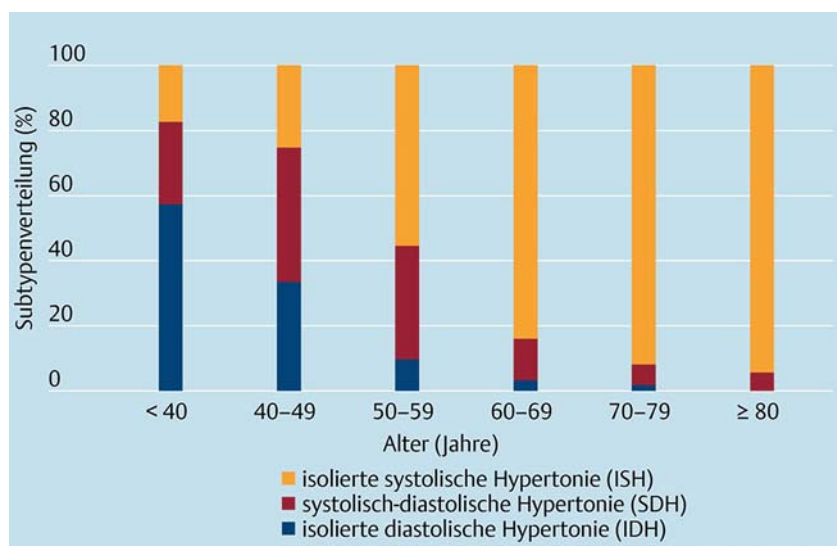


Abb. 2 Verteilung von isolierter diastolischer Hypertonie, systolisch-diastolischer Hypertonie und isolierter systolischer Hypertonie bei hypertensiven Patienten in Abhängigkeit vom Lebensalter [8].

logisch liegt diesem Verhalten von systolischem und diastolischem Blutdruck ein mit dem Alter einhergehender Elastizitätsverlust der proximalen Aorta zugrunde [4, 5]. So wird normalerweise ein Teil des linksventrikulären Schlagvolumens durch eine elastische Erweiterung der proximalen Aorta aufgenommen und während der Diastole, also bei geschlossener Aortenklappe, in die Peripherie abgegeben. Diese „Windkesselfunktion“ der proximalen Aorta dient der Abschwächung des durch die Herzaktion entstandenen pulsatischen Blutflusses mit Senkung des systolischen Blutdrucks bei gleichzeitiger Steigerung des Blutdrucks während der Diastole und daraus folgender Abnahme der Blut-

Lebensjahr steigt die Hypertonieprävalenz auf > 50 % an [7]. Dabei handelt es sich in der Altersgruppe ab 60 Jahre bei etwa 90 % um eine isolierte Überschreitung des systolischen Grenzwertes [7, 8]. So nimmt über die Lebensdekaden nicht nur die Prävalenz der arteriellen Hypertonie zu, auch die Präsentation der Hypertonie verändert sich. Während bei jüngeren Patienten am häufigsten eine isolierte diastolische Hypertonie (IDH) und im mittleren Alter hauptsächlich eine kombiniert systolische und diastolische Hypertonie (SDH) auftritt, ist im Alter fast ausschließlich eine isolierte systolische Hypertonie (ISH) zu beobachten [8] [Abb. 2].

	Diastolische Blutdrucksteigerung	Systolische Blutdrucksteigerung
Pathophysiologie	Erhöhung des Gefäßwiderstands in der Mikrozirkulation	Verminderung der Dehnbarkeit (Compliance) der proximalen Aorta
Vorstadium	normaler bzw. hochnormaler Blutdruck	überwiegend normaler und hochnormaler Blutdruck, seltener vorbestehende IDH oder SDH
Klinische Besonderheit	gut einstellbar	häufig „therapieresistent“

Tab. 1 Eigenständigkeit der isolierten systolischen Hypertonie (ISH). In Abgrenzung von der diastolischen Blutdrucksteigerung handelt es sich bei der ISH um ein pathophysiologisch eigenständiges Krankheitsbild. Diastolische und systolische Blutdrucksteigerung können sich unabhängig voneinander ausbilden und stellen unterschiedliche klinische Herausforderungen dar.

	Aktive Behandlung n = 1933 (n; %)	Placebo n = 1912 (n; %)	Signifikanz p-Wert
Tödlicher und nicht-tödlicher Schlaganfall*	51 (2,6)	69 (3,6)	0,06
Tödlicher Schlaganfall	27 (1,4)	42 (2,2)	0,046
Gesamtmortalität	196 (10,1)	235 (12,3)	0,02
Kardiovaskuläre Mortalität	99 (5,1)	121 (6,3)	0,06
Myokardinfarkt	9 (0,5)	12 (0,6)	0,45
Herzinsuffizienz	22 (1,1)	57 (3,0)	< 0,001

*Primärer Endpunkt

Tab. 2 Ergebnisse der HYVET-Studie bei Patienten ≥ 80 Jahre [29].

sondere ältere Betablocker durch eine hohe Rate metabolischer Nebenwirkungen belastet [25]. Betablocker werden als Folge dieser Datenlage damit zunehmend reserviert für Hypertoniepatienten mit sogenannten zwingenden Indikationen, wie z. B. Patienten mit koronarer Herzkrankheit und insbesondere solche mit durchgemachtem Myokardinfarkt oder Herzinsuffizienz [6]. Für die generelle Behandlung einer ISH, unabhängig von diesen Begleitkonstellationen, erscheinen sie nicht geeignet. Unabhängig von der Diskussion um die geeignete initiale Monotherapie sollte allerdings berücksichtigt werden, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit ISH eine Kombinationstherapie mit 2 und mehr Antihypertensiva benötigt.

● Schwierigkeiten und mögliche Gefahren bei der Therapie der ISH

Systolische Blutdrucksteigerungen sind generell schwieriger in den Normbereich abzusinken als diastolisch erhöhte Blutdruckwerte [8]. Eine Übersicht über verschiedene Hypertonie-Interventionsstudien konnte ebenfalls zeigen, dass eine diastolische Blutdrucknormalisierung (< 90 mmHg, Mittelwerte) immer erreicht wurde. Im Gegensatz dazu wurden die systolischen Blutdruckwerte durch die Intervention zwar gesenkt, in der Mehrzahl der Studien jedoch nicht normalisiert (<140 mmHg) [26] [Abb. 3]. Bei ISH werden durch aggressive Behandlungsstrategien die häufig bereits initial niedrigen diastolischen Blutdruckwerte weiter abgesenkt. Bei Patienten mit Hypertonie und etablierter koronarer Herzkrankheit, die in der INVEST-Studie eingeschlossen waren, konnte eine post-hoc-Analyse aufzeigen, dass eine diastolische Blutdrucksenkung ab Werten von <70-80 mmHg mit einer Steigerung der Inzidenz von Myokardinfarkten einhergeht. Dies ist in anderen Studien so nicht beobachtet worden, sollte aber bei Patienten mit ISH und KHK in die therapeutischen Überlegungen eingehen [27].

● Besonderheiten bei Patienten ≥ 80 Jahre

Hypertoniepatienten ≥ 80 Jahre sind in vorliegenden Hypertonie-Interventionsstudien nur sehr spärlich repräsentiert. Insofern war der Nutzen einer antihypertensiven Therapie in dieser Altersgruppe bis dato nicht belegt. Eine Metaanalyse der wenigen vorliegenden Daten aus randomisierten Studien hatte sogar nahegelegt, dass Blutdrucksenkung in dieser Altersgruppe zwar die Schlaganfallinzidenz absenkt, jedoch mit einer gesteigerten Mortalität einhergeht [28]. Weiterhin konnte auch eine Pilot-Studie des „Hypertension in the Very Elderly Trial“ (HYVET) bei 1283 Patienten mit systolischen Blutdruckwerten ≥160 mmHg unter antihypertensiver Therapie im Vergleich zu Placebo eine Reduktion der Schlaganfallinzidenz, jedoch ebenfalls einen Anstieg der Mortalität beobachten [29]. In der HYVET-Studie wurden daher 3845 Patienten ≥ 80 Jahre (mittleres Alter 83,6 Jahre) mit systolischen Blutdruckwerten ≥160 mmHg mit einem Diuretikum (Indapamid) und gegebenenfalls zusätzlich mit einem ACE-Hemmer (Perindopril) behandelt [30]. Ursprünglich war auch ein erhöhter diastolischer Blutdruck zum Einschluss in die Studie gefordert (90-109 mmHg). In einer späteren Änderung des Studiendesigns wurde dies insofern geändert, als die einzuschließenden Patienten einen diastolischen Blutdruck von <109 mmHg aufweisen mussten. Erst nach diesem Amendment wurden dann auch Patienten mit ISH in die Studie eingeschlossen. Als Zielblutdruck waren Werte <150/80 mmHg festgelegt. Die Studie wurde nach einer medianen Observationszeit von 1,8 Jahren vorzeitig abgebrochen, weil Zwischenauswertungen eine deutliche Überlegenheit der behandelten Gruppe, insbesondere eine geringere Gesamtmortalität, aufzeigten. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Behandlung zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass bei vorzeitigem Abbruch der Studie die Behandlung

den primären Endpunkt (tödlicher und nicht-tödlicher Schlaganfall) nicht statistisch signifikant absenkte. Allerdings waren in der aktiv behandelten Patientengruppe die Inzidenz eines tödlichen Schlaganfalls, die Gesamtmortalität, und insbesondere das Auftreten einer Herzinsuffizienz statistisch signifikant reduziert. Die HYVET-Studie belegt daher den Nutzen einer medikamentösen Therapie hochbetagter Patienten ab systolischen Blutdruckwerten von 160 mmHg. Die in der Studie gewählte Therapie wurde gut vertragen. HYVET zeigt, dass in dieser Patientenpopulation die Reduktion des Neuauftretens einer Herzinsuffizienz den hauptsächlichsten Nutzen einer antihypertensiven Behandlung darstellt. Inwieweit dieser Effekt auf einen Blutdruck-unabhängigen Nutzen der eingesetzten Therapie (Diuretikum + ACE-Hemmer) zurückzuführen ist, bleibt unklar. Insbesondere kann die HYVET-Studie Bedenken bezüglich einer Mortalitätssteigerung durch eine antihypertensive Therapie ausräumen. Sie lässt jedoch offen, wie mit hochbetagten Patienten mit ISH und entsprechend niedrigen diastolischen Blutdruckwerten verfahren werden sollte. Außerdem bestätigt sie nicht den in vielen Leitlinien vorgegebenen Zielblutdruck von <140 mmHg.

● Literatur

- Burt VL, Whelton P, Rocella EJ. et al.. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25: 305-313
- Sagie A, Larson MG, Levy D. The natural history of borderline isolated systolic hypertension. *N Engl J Med* 1993; 329: 1912-1917
- Neaton JD, Wentworth D. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group.. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease: overall findings and differences by age for 316,099 white men. *Arch Intern Med* 1992; 152: 56-64
- O'Rourke M. Arterial stiffness, systolic blood pressure, and logical treatment of arterial hypertension. *Hypertension* 1990; 15: 339-347
- Kaplan NM, Opie LH. Controversies in hypertension. *Lancet* 2006; 367: 168-176
- The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension* 2007; 25: 1105-1187
- National High Blood Pressure Education Program Working Group.. National High Blood Pressure Education Program Working Group report on hypertension in the elderly. *Hypertension* 1993; 23: 275-285
- Franklin SS, Milagros JJ, Wong ND. et al.. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Hypertension* 2001; 37: 869-874
- Franklin SS, Larson MG, Khan SA. et al.. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. *Circulation* 2001; 103: 1245-1249
- Neaton JD, Kuller L, Stamler J. et al.. Impact of systolic and diastolic blood pressure on cardiovascular mortality. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. 2nd ed. New York: Raven Press Ltd 1995; 127-144
- Williams B, Lindholm LH, Sever P. Systolic pressure is all that matters. *Lancet* 2008; 371: 2219-2221
- Franklin SS, Pio JR, Wong ND. et al.. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension. The Framingham Heart Study. *Circulation* 2005; 111: 1121-1127
- Lund-Johanson P. Haemodynamics in early essential hypertension: still an area of controversy. *J Hypertens* 1983; 1: 209-213
- Bohlen HG. Localization of vascular resistance changes during hypertension. *Hypertension* 1986; 8: 181-183
- Schiffrin EL. Remodeling of resistance arteries in essential hypertension and effects of antihypertensive treatment. *Am J Hypertens* 2004; 17: 1192-1200
- Deutsche Hochdruckliga, Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie, Stand 1.6.2008. www.paritaet.org/RR-Liga/guideline.htm
- SHEP Cooperative Research Group.. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-3264
- Staessen JA, Fagard R, Thijs L. et al.. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997; 350: 757-764
- Liu L, Wang JG, Gong L. et al.. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. Systolic Hypertension in China (Syst-China) Collaborative Group. *J Hypertens* 1998; 16: 1823-1829
- Kjeldsen SE, Dahlof B, Devereux RB. et al.. Effects of losartan on cardiovascular morbidity and mortality in patients with isolated systolic hypertension and left ventricular hypertrophy: a Losartan Intervention For Endpoint Reduction (LIFE) substudy. *JAMA* 2002; 288: 1175-1180
- Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O.. Should β -blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005; 366: 1545-1553
- Williams B, Lacy PS, Thom SM. et al.. Differential impact of blood pressure-lowering drugs on central aortic pressure and clinical outcomes: principal results of the Conduit Artery Function Evaluation (CAFE) study. *Circulation* 2006; 113: 1213-1225
- Bangalore S, Sawhney S, Messerli FH.. Relation of beta-blocker-induced heart rate lowering and cardioprotection in hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 1482-1489
- Düsing R.. Neuentstehung eines Diabetes unter antihypertensiver Therapie. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 689-695
- Mancia G, Grassi G. Systolic and diastolic blood pressure control in antihypertensive drug trials. *Journal of Hypertension* 2002; 20: 1461-1464
- Messerli FH, Mancia G, Conti R. et al.. Dogma disputed: Can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary disease be dangerous? *Ann Int Med* 2006; 144: 884-893
- Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP. et al.. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 1999; 353: 793-796
- Bulpitt CJ, Beckett NS, Cooke J. et al.. Results of the pilot study for the hypertension in the very elderly trial. *J Hypertens* 2003; 21: 2409-2417
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE. et al.. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887-1898

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Rainer Düsing
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Wilhelmstr. 35-37
53111 Bonn
Fax: 0228/287 22593
e-Mail: duesing@uni-bonn.de

Der Beitrag ist erstmals erschienen in „Der Klinikarzt“ (Klinikarzt 2009; 38 (3): 120-124). Alle Rechte vorbehalten.

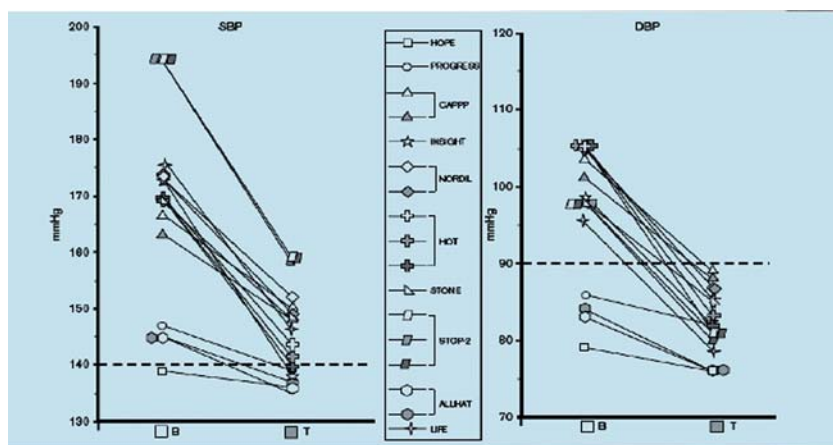


Abb. 3 Wirkung einer medikamentösen antihypertensiven Therapie auf systolischen und diastolischen Blutdruck in Interventionsstudien. Dargestellt sind die mittleren Blutdruckwerte zu Beginn (B) und am Ende der therapeutischen Intervention (T) [26].

Anzeige 109x165

Obstipation – Bewährtes und Neues in der Diagnostik

Obstipation beschreibt den subjektiven Eindruck, den Darminhalt nicht in adäquater Häufigkeit, nicht in ausreichender Menge oder nur unter Beschwerden ausscheiden zu können [7]. Sie ist eine häufig auftretende Funktionsstörung des Gastrointestinaltrakts. Differenzialdiagnostisch müssen kongenitale, mechanische, medikamentöse, degenerative, metabolische, endokrinologische, neurologische und psychiatrische Ursachen ausgeschlossen werden, bevor von funktionellen Beschwerden gesprochen werden kann.

Die akute Obstipation entwickelt sich innerhalb von Stunden oder Tagen. Auslöser ist häufig eine kurzfristige Änderung der Lebensumstände verursacht (Reisen, Ernährungsumstellung, reduzierte körperliche Aktivität). Nach Rückkehr zu der gewohnten Lebensweise normalisiert sich der Stuhlgang häufig auch ohne spezifische Behandlung. Von einer chronischen Obstipation spricht man, wenn die Beschwerden länger als 6 Monate anhalten. Die chronische Obstipation wird eingeteilt in Beckenbodendysfunktion (outlet constipation), idiopathische Darmträgheit (slow transit constipation) und Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp (normal transit constipation) [23].

Basisdiagnostik

● Anamnese

Angesichts der zahlreichen ätiologischen Aspekte einer Obstipation ist eine ausführliche Anamnese bei der Diagnosefindung von großer Bedeutung. Besonders wichtig ist, Angaben über die Dauer und die Charakteristika der Beschwerden sorgfältig zu erfassen. Eine erst kurzzeitig aufgetretene Modifikation des Defäkationsverhaltens, ein ungewollter Gewichtsverlust oder Blut im Stuhl sollte immer an eine obstruktive, organische Ursache denken lassen. Eine baldige endoskopische Abklärung bzw. eine weiterführende Bildgebung sind dann angezeigt [6]. Bei Obstipation in der Neugeborenenperiode oder frühen Kindheit ist ein Morbus Hirschsprung differenzialdiagnostisch zu erwägen. Die klinische Symptomatik dieser kongenitalen Erkrankung muss sich nicht immer bereits in den frühen Lebensjahren manifestieren. Während der strukturierten Anamneserhebung sollten die Frequenz der Stuhlgänge, Veränderungen der Stuhlkonsistenz und etwaige Blutbeimengungen erfragt werden [25]. Zur exakten Evaluation der Symptome hat sich die Anwendung von Obstipationsscores wie der modifizierte

Score nach Herold (Tab. 1) bewährt. Vorbestehende ernsthafte Allgemeinerkrankungen sollten ebenso wie vorangegangene abdominelle Operationen erfragt werden. Bei Frauen können die geburtshilfliche Vorgeschichte (Anzahl und Art vorangegangener Entbindungen, geburtshilfliche Traumata wie höhergradige Dammrisse) sowie gynäkologische Voroperationen (Hysterektomien oder Deszensusoperationen) bedeutsam sein. Die Ernährungsgewohnheiten und die Lebensweise des Patienten sollten exploriert und eine sorgfältige Nahrungsanalyse erhoben werden. Häufig führt die alleinige Ernährungsumstellung zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik. Z. B. mehr Ballaststoffe (Getreideprodukte, Obst, Gemüse) und die Optimierung der Nahrungszusammensetzung (Vermeiden obstipationsfördernder Nahrungsmittel wie Schokolade, Bananen, schwarzer Tee). Weiterführende diagnostische Schritte können dann ggf. entfallen oder sind in geringerem Umfang notwendig. Bei abdominellen Schmerzen oder Blähungen kommt ein Reizdarmsyndrom als Differenzialdiagnose in Betracht. Beim Reizdarmsyndrom treten auch andere funktionelle gastrointestinale oder extraintestinale Beschwerden auf, nach denen entsprechend gefragt werden muss [1]. Die in jedem Fall zu empfehlende Erhebung der aktuellen Medikamentenanamnese muss insbesondere Antidepressiva, Anticholinergika, Antikonvulsiva sowie Opiaten berücksichtigen. Die Frage nach dem Einsatz von Laxantien ist von großer Bedeutung, da ein Missbrauch eine verminderte Kolonmotilität verursachen kann. Es existieren zahlreiche Hinweise darauf, dass gerade die idiopathische Obstipation mit psychopathologischen Veränderungen verbunden sein kann. Deswegen sollte nach Faktoren wie emotionaler Belastung oder psychischen Erkrankungen gefragt werden [19, 25].

● Klinische Untersuchung

Die proktologische Basisdiagnostik mit Inspektion, bidigitaler Palpation,

Prokto-, Rekto- und Sigmoidoskopie lässt viele pathologische Veränderungen bereits zweifelsfrei erkennen. In diesem Zusammenhang wird nicht nur nach der Obstipationsursache gesucht, sondern auch eine standardisierte Klärung unter Einschluss aller pathologischen Veränderungen angestrebt. Die proktologische Untersuchung erfolgt in der Regel in Steinschnittlage. Einige Untersucher bevorzugen die Seitenlagerung oder die Knie-Ellenbeuge-Lage des Patienten. Dennoch ist die körperliche Untersuchung häufig noch nicht richtungsweisend, so dass eine weiterführende apparative Diagnostik unerlässlich ist.

Die einfache Beckenbodeninspektion beginnt mit der Kontrolle der Unterwäsche oder Vorlage auf Stuhlschmierer. Das Augenmerk sollte auf folgende pathologische Veränderungen gerichtet sein: Feuchtigkeit, Analkekzem, Fissuren, Analprolaps, Mukosaprolaps, manifester Rektumprolaps, Position des Beckenbodens in Relation zu den Sitzbeinhöckern. Anschließend wird der Patient aufgefordert, den Beckenboden nach unten zu pressen. Dadurch ist die Beurteilung eines Deszensus perinei, einer ventralen Rektozele, eines Genitalprolaps, einer Zystozele oder eines Rektumprolaps unterschiedlichen Ausmaßes möglich. Spannt der Patient anschließend die gesamte Beckenbodenmuskulatur an, kann schon klinisch beurteilt werden, in welchem Ausmaß eine aktive Kompensation des Deszensus perinei möglich ist. Die Umgebung des Anus einschließlich des Steißbeins, Perineums und der Sitzbeinhöcker wird palpatorisch untersucht. Mit einem Tupfer kann die perineale Sensibilität und der anokutane Reflex überprüft werden. Bei der Palpation des Analkanals werden der Tonus in Ruhe und bei Kontraktion, die Länge des Sphinkterapparats sowie Veränderungen des Anoderms und der Linea dentata, der distalen Rektummukosa und der Darmwand evaluiert. Gelegentlich gelingt es, eine auffällige Fältelung, eine distale Gewebeerweiterung im Sinne einer



Abb. 1 Transitzeit bei „slow transit constipation“ mit Markeransammlung im Gesamtkolon (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. A. Herold, End- und Dickdarmzentrum Mannheim).



Abb. 2 Transitzeit bei „outlet constipation“ mit Markeransammlung im Linkskolon (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. A. Herold, End- und Dickdarmzentrum Mannheim).

Schlängelung des distalen Rektums zu tasten.

Bei tief reichendem Douglas'schem Raum kann in manchen Fällen durch die ventrale Rektumwand eine Enterozele getastet werden. Mittels bimanueller – transrektal-transvaginaler – Palpation kann diese Verdachtsdiagnose erhärtet werden. Eine Schwäche im Bereich des Spatium rektovaginale zeigt sich meist in einer Rektozele, bei deren Vorliegen der Untersuchungsfinger die Rektumwand soweit in die Vagina hinein disloziert, dass die vaginalhinterwand im Introitus sichtbar wird. Dorsal kann, ausgehend von der Steißbeinspitze, die Muskelschlinge des M. puborectalis in Ruhe und unter Kontraktion getastet werden [25]. Prokto-, Rekto- und Sigmoidoskopie können sichtbare Veränderungen wie Fissuren, Fisteln, Hämorrhoiden, Fibrome, Tumore, Melanosis coli und entzündliche Erkrankungen darstellen [7]. Bei der Klärung einer Obstipation hat die funktionelle Proktoskopie einen höheren Stellenwert. Dabei drückt der Patient während der Untersuchung den Beckenboden unter Einsatz der Bauchpresse nach unten. Neben einem Descensus perinei wird auf die verschiedenen Formen eines Prolaps geachtet, die wie folgt eingeteilt werden [10]:

- ▶ Prolaps I: Einstülpung der Rektumwand bis an den oberen Analkanal
- ▶ Prolaps II: Einstülpung bis in den Analkanal hinein
- ▶ Prolaps III: Vorfal bis vor den Analkanal

kurzgefasst

In der Basisdiagnostik ist eine sorgfältige und strukturierte Anamneserhebung wichtig. Mittels Beckenbodeninspektion und bidigitaler Palpation können viele pathologische Veränderungen bereits zweifelsfrei diagnostiziert werden. Prokto-, Rekto- oder Sigmoidoskopie ergänzen dies.

Weiterführende Diagnostik

Bei einer neu aufgetretenen, akuten oder rasch progredienten Obstipation sollte mittels einer Röntgenaufnahme in konventioneller Technik ein Ileus oder Subileus ausgeschlossen werden. Eine Indikation zur Koloskopie sind die Alarmsignale Blut im Stuhl, Anä-

mie und Gewichtsabnahme [25]. Entsprechend den Richtlinien zur Krebsfrüherkennung sollte eine großzügige Indikation für eine Vorsorgekoloskopie gestellt werden. Dies gilt auch für Patienten, bei denen die Abklärung einer chronischen Obstipation im Vordergrund steht [15, 21, 24]. Für die weiterführende Funktionsdiagnostik stehen die folgenden Untersuchungstechniken zur Verfügung [25].

● Messung der Kolontransitzeit

Die oroanale Transitzeitmessung dient zur Objektivierung einer verlangsamten Stuhlpassage. Die gängigste Methode ist der modifizierte Hinton-Test. Die Patienten bekommen von Tag 1–Tag 6 täglich jeweils zur gleichen Uhrzeit oral 20 röntgendichte Pellets mit einer Kantenlänge von ca. 3 mm in einer Hartgelatine-kapsel. Am 7. Tag wird zum Zeitpunkt der an den Vortagen üblichen Markereinnahme eine Leeaufnahme des Abdomens gemacht. Anschließend werden die im Abdomen verbliebenen Marker quantifiziert, wodurch sich die intestinale Passagezeit ermitteln lässt. Durch die Unterteilung der Aufnahme ist es möglich, getrennte Passagezeiten für die unterschiedlichen Kolonabschnitte und die Gesamtpassagezeit anzugeben (Abb. 1, Abb. 2). Entscheidend für die Aussagekraft der Untersuchung ist es, dass der Patient während der gesamten Untersuchungswoche keine Laxantien einnimmt, und auch keine Einläufe oder sonstigen Maßnahmen zur Induktion von Stuhlgang erfolgt sind. Die mittleren Werte für die Passagezeit liegen zwischen 30 und 40 h. Eine oroanale Passagezeit von mehr als 72 h gilt als pathologisch [5, 9, 16].

kurzgefasst

Die Kolontransitzeitmessung ermöglicht die Differenzierung zwischen einer „slow transit constipation“ und einer Entleerungsstörung (outlet constipation).

● Anorektale Manometrie

Die anorektale Manometrie erlaubt die Beurteilung des Ruhedruckes im Analkanal sowie der Kraft der querstreifigen Beckenbodenmuskulatur bei willkürlicher Betätigung. Dabei wird etwa 80 % des gesamten Ruhetonus durch die Funktion des glatten muskulären M. sphincter ani internus

Tab. 1 Modifizierter Score für „outlet constipation“ nach Herold (geringe Punktzahl entspricht der Normalbevölkerung – hohe Punktzahl spricht für eine chronische Obstipation) maximal 40 Punkte [10].

Punkte	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie pro Tag Stuhlgang?	höchstens 1x	2x	3–5x	5–10x	noch häufiger
Wie oft gehen Sie pro Tag ohne Erfolg zur Toilette?	nie	1–3x	3–6x	6–9x	> 9x
Wieviel Zeit brauchen Sie auf der Toilette?	< 5 min	5–10 min	10–20 min	20–30 min	> 30 min
Wieviel Zeit liegt zwischen den einzelnen Entleerungen?	> 5 Std	2–5 Std	1–2 Std	30–60 min	wenige min
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?	nie	Selten	manchmal	häufig	immer
Haben Sie ein Druckgefühl im Beckenboden?	nie	Selten	manchmal	häufig	immer
Müssen Sie zur Stuhllentleerung kräftig pressen?	nie	Selten	manchmal	häufig	immer
Haben Sie ein Gefühl der unvollständigen Entleerung?	nie	Selten	manchmal	häufig	immer
Müssen Sie Ihre Stuhllentleerung unterstützen?	nein	Laxantien	Klistier, Einlauf o. ä.	heftiges Pressen	Finger
Wie lange leiden Sie an Stuhllentleerungsstörungen?	< 1 Jahr	1–5 Jahre	5–10 Jahre	10–12 Jahre	> 20 Jahre

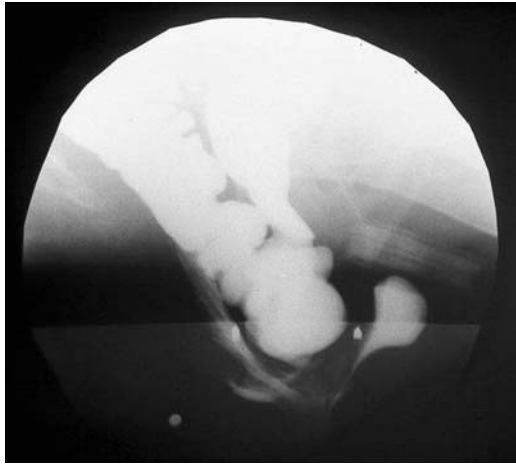


Abb. 3 Konventionelle Defäkografie mit Darstellung einer Rekto- und Sigmoidozele (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. A. Herold, End- und Dickdarmzentrum Mannheim).

verursacht. Der Ruhedruck zeigt physiologischerweise unterschiedlich ausgeprägte Tonusschwankungen. Es bestehen alters- und geschlechtsspezifische Normwerte. Für die Perfusionmanometrie liegen die Mittelwerte der Normalbefunde bei 40-70 mm Hg. Eine exakte Diskriminierung zwischen noch normalen und bereits pathologischen Befunden ist nicht immer zuverlässig möglich. Der M. sphincter ani externus ist als quergesteifter Muskel Teil der Beckenbodenmuskulatur. Seine Funktion kann durch Bestimmung der Druckamplitude im Analkanal beim willkürlichen Anspannen des Beckenbodens quantifiziert werden. Die mittlere Kontraktionsamplitude im Analkanal bei Willkürkontraktion liegt abhängig vom Alter und Geschlecht bei 100-200 mm Hg. Diese Werte unterliegen einer hohen Variabilität und sind zurückhaltend zu interpretieren. Wichtiger als absolute Druckwerte sind relative Druckveränderungen und die Beurteilung des reflektorischen Zusammenspiels der einzelnen Komponenten des Sphinkterapparats. Dabei erfolgt eine qualitative Analyse der Reflexantworten beim Versuch zu pressen sowie beim Dehnen eines intrarektal gelegenen Ballons. Dies sollte physiologischerweise zu einer reflektorischen Relaxation des internen Analsphinkters führen. Eine fehlende Relaxation oder ein Anstieg des Druckes im Bereich der Beckenbodenmuskulatur beim Pressversuch kann als Hinweis auf ein Syndrom des spastischen Beckenbodens interpretiert werden. Problematisch sind die vielen unterschiedlichen Untersuchungsmethoden, die oft nicht reproduzierbare Werte liefern und somit für eine Verlaufsbeurteilung ungeeignet sind [2, 8, 16].

kurzgefasst

Die anorektale Manometrie stellt die Gesamtfunktion des analen Schließmuskelsystems dar. Sie dient zusätzlich dem Ausschluss eines M. Hirschsprungs oder einer Rektumperzeptionsstörung. Problematisch sind die vielen unterschiedlichen Untersuchungsverfahren, die keine einheitlichen Messwerte liefern.

Defäkografie

Die Defäkografie erlaubt eine radiologische Darstellung des dynamischen Defäkationsvorgangs. Die konventionelle Defäkografie mittels Röntgentechnik erfolgt unter sequenzieller Durchleuchtung im seitlichen Strahlengang. Nach Füllung des Rektums mit ca. 200-300 ml bariumhaltigem Kontrastmittel wird der Patient angeleitet, in sitzender Position nach einer Ruhephase den Beckenboden durch Kneifen zu kontrahieren und durch Pressen zu relaxieren sowie abschließend zu versuchen, das Rektum zu entleeren (Abb. 3). Die Position des anorektalen Übergangs wird in Bezug auf den unteren Punkt der Tuberositas ischiadica in Ruhe und kurz vor Öffnung des Analkanals unter Defäkation gemessen. Unter den gleichen Bedingungen wird die Änderung des anorektalen Winkels als Übergang von der Rektumachse auf die Analachse erfasst [2, 4].

Die dynamische MR-Defäkografie ist eine Weiterentwicklung der konventionellen Defäkografie. Sie wird in der Regel in einem geschlossenen Ganzkörper-Tomografen durchgeführt. Nach Füllung des zuvor entleerten Rektums und ggf. auch der Vagina mit Ultraschallgel erfolgt die Untersuchung liegend unter Verwendung einer Body-Array-Oberflächenspule. Es werden die Veränderung des anorektalen Winkels, die Absenkung des anorektalen Übergangs unter Defäkation in Bezug auf die untere Pubococygeal-Linie und die maximale Größe der vorderen Rektozele in Bezug auf

die Vorderachse des Rektums ermittelt (Abb. 4). Große Vorteile der MR-Defäkografie sind die synchrone Darstellung aller Beckenorgane und die fehlende Strahlenbelastung. Diese rein metrisch ermittelten Werte sind für die Routineabklärung der Obstipation von untergeordneter Bedeutung. Pathologisch-morphologische Veränderungen wie Rektozele, Intussuszeption, Rektumprolaps und die rektale Entleerung werden dynamisch analysiert. Da diese Methodik eine funktionelle und eine morphologische Beurteilung des muskulären Beckenbodens einschließlich des Rektosigmoids ermöglicht, ist die „outlet constipation“ die ideale Indikation zur Durchführung dieser Untersuchung. Auf dem primär statischen Bild lassen sich bereits mehrere pathologische Veränderungen darstellen, wie Rektozele, ventraler Rektumwandprolaps, Intussuszeption, manifester Rektumprolaps, Sigmoidozele oder Enterozele. Der entscheidende Informationsgewinn liegt aber in der dynamischen Visualisierung. Dabei können eine deutliche Vergrößerung der Rektozele beim Pressen, unvollständige Entleerung bei der Defäkation, Verlagerung des inneren zum äußeren manifesten Prolaps, eine Kompression des distalen Rektums durch eine Sigmoidozele im Sinne eines Cul-de-sac-Syndroms oder einer Enterozele mit kompletter Obstruktion dargestellt werden. Einige der genannten Befunde lassen sich auch mit Hilfe sorgfältiger klinischer Untersuchung bereits nachweisen. Mit der Defäkografie werden diese Veränderungen dann objektiv gesichert, zusätzlich diagnostiziert oder auch erst in ihrer vollen Ausprägung korrekt dargestellt [14, 17, 18, 20].

kurzgefasst

Die Defäkografie erlaubt eine radiologische Darstellung des dynamischen Defäkationsvorgangs. Der Nachteil der konventionellen Röntgendefäkografie liegt in der unzureichenden Darstellung des mittleren und vorderen Beckenbodenkompartiments. Die Entwicklung der MR-Defäkografie ist eine vielversprechende Weiterentwicklung.

Anale Endosonografie

Ein weiteres Untersuchungsverfahren zur morphologischen Evaluation des Analkanals ist die transanale Endosonografie. Üblicherweise wird die Endosonografie mit einer 360° Rektalsonde mit 10 MHz durchgeführt. Bei optimaler Bildeinstellung können der innere und äußere Schließmuskel sowie die Strukturen des muskulären Beckenbodens differenziert werden. Der geübte Untersucher kann die Rektumwand und die umgebenden Strukturen einschließlich ihres dynamischen Verhaltens zueinander beurteilen. So lassen sich eine Rektozele, Intussuszeption oder auch eine Enterozele im bewegten Bild in unterschiedlichen Funktionszuständen des Beckenbodens darstellen. Die fehlende Strahlenbelastung ist von Vorteil. Nicht unbeachtet bleiben darf, dass

die anale Endosonografie wie die bildgebende Diagnostik der Enddarmfunktion insgesamt in besonderer Weise der Erfahrung und dem persönlichen Engagement des Untersuchers unterliegt. Für eine korrekte Bildinterpretation ist trotz der leichten Erlernbarkeit eine ausreichende Erfahrung Voraussetzung [2, 5, 22].

kurzgefasst

Die anale Endosonografie ermöglicht die morphologische Beurteilung der analen Sphinktermuskulatur ohne Strahlenbelastung.

Neurophysiologische Untersuchungen

Mit Hilfe neurophysiologischer Untersuchungen ist es möglich, zwischen muskulär und neurogenen, zentralen und peripheren sowie zwischen akuten und chronischen Läsionen zu unterscheiden. Da eindeutig neurologische Erkrankungen wie z. B. M. Parkinson, muskuläre Dystrophien, Multiple Sklerose, zerebraler Insult primär oder meistens sekundär eine schwere chronische Obstipation hervorrufen können, ist die qualifizierte neurologische Diagnostik äußerst hilfreich. Diese sollte immer eine neurologische Basisuntersuchung, ggf. gefolgt von einer Elektromyografie des Beckenbodens und evtl. eine Pudendusdiagnostik [3] beinhalten. Der Schwerpunkt der apparativen Diagnostik liegt dabei auf der Differenzierung der „outlet constipation“ [13].

Elektromyografie (EMG) Die Elektromyografie des M. sphincter ani externus und des M. puborectalis dient der Messung der elektrischen Aktivität und damit der Darstellung von Denervationsveränderungen sowie der Identifikation von Narben bei Fehlen jeglicher elektrischer Aktivität. Diese morphologischen Veränderungen können jedoch mittels analer Endosonografie direkt visualisiert werden. Oberflächenelektroden sind zwar mit einem hohen Patientenkomfort verbunden, ermöglichen jedoch nur eine globale Beurteilung und reichen daher für die Klärung differenzierte Fragestellungen nicht aus. Durch ein Nadel-EMG kann jedoch eine gute Beurteilung der nervalmuskulären Aktion erfolgen [9].

kurzgefasst

Eine Beckenboden-EMG dient dem Nachweis einer neurogenen Schädigung des Beckenbodens. Zur qualitativen Funktionsprüfung ist ein Oberflächen-EMG ausreichend. Zur Abklärung quantitativer Veränderungen sollte ein Feinnadel-EMG veranlasst werden.

N.-pudendus-Latenzzeitmessung (PNMTL) Bei der Latenzmessung des N. pudendus (PNMTL) werden verschiedene Laufzeiten zwischen Stimulationsort und Reizantwort in Relation zur durchlaufenen Strecke gemessen. Untersuchungen werden an beiden Nn. pudendi vorgenommen, da traumatische Läsionen asymmetrisch nur eine Beckenseite

betreffen können. Zur Verfügung stehen die konventionelle Pudendusleitgeschwindigkeitsmessung mit Hilfe der St.-Marks-Fingerelektrode, die Bestimmung von Reflexlatenzzeit sowie die Messung evozierter Potentiale. Die beiden letzten Techniken können zwischen der Richtung der Reizleitung (afferent – efferent) unterscheiden. Die klinische Wertigkeit dieser Messungen zeigt sich am deutlichsten beim tiefen Descensus perinei. Im Vergleich zur normalen Latenz findet sich oft eine pathologische Verlängerung auf mehr als das Doppelte der Norm [3, 11, 12].

kurzgefasst

Die N.-pudendus-Latenzzeitmessung ist eine sehr spezialisierte Untersuchungstechnik, deren Durchführung bei einem pathologischen EMG und Verdacht auf eine Pudendusschädigung im peripheren Verlauf indiziert sein kann.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die Diagnostik der Obstipation orientiert sich an Ausmaß und Dauer der Symptome.
- ▶ Eine genaue Anamnese bestimmt die diagnostische Strategie der weiteren Abklärung.
- ▶ Nach körperlicher Untersuchung kann mit Hilfe unterschiedlicher weiterführender diagnostischer Verfahren wie Kolontransitzeitmessung, anorektaler Manometrie, konventioneller oder MR-Defäkografie, analer Endosonografie oder elektrophysiologischen Untersuchungen wie EMG oder Pudendus-Latenzzeitmessung eine ätiologische Klärung angestrebt werden, um ein individualisiertes und differenziertes Therapiekonzept zu entwickeln.

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

D. Bussen¹, S. Bussen²

¹End- und Dickdarmzentrum Mannheim

²Konsiliarärztin der Universitätsfrauenklinik Mannheim

Korrespondenz

PD Dr. Dieter Bussen

Bismarckplatz 1

68165 Mannheim

Telefon: 0621/1237570

Fax: 0621/12347575

e-Mail: d.bussen@enddarm-zentrum.de

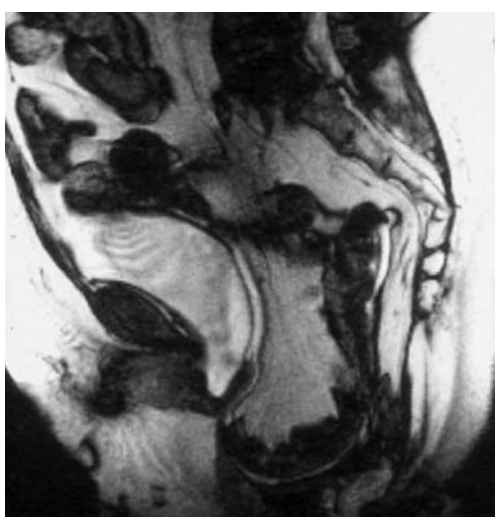


Abb. 4 MR-Defäkografie mit Darstellung einer Enterozele (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. A. Herold, End- und Dickdarmzentrum Mannheim).

Die Literatur zum Beitrag finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDI aktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 887-891).

Endokrinologie – Intensivmedizin

Erhöht intensive Blutzuckersenkung die Mortalitätsrate?

Patienten, die intensivmedizinisch betreut werden, haben häufig einen (zu) hohen Blutzuckerspiegel, was Morbidität und Mortalität noch weiter erhöht. Welche Blutzuckerwerte für Intensivpatienten optimal wären, ist bisher nicht bekannt. Dies sollte die NICE-SUGAR-Studie klären.

N Engl J Med 2009; 360: 1283–1297

An der „Normoglycemia in Intensive Care Evaluation-Survival Using Glucose Algorithm Regulation“-Studie (NICE-SUGAR), einer von Dezember 2004 bis November 2008 durchgeführten internationalen Parallelgruppenstudie, nahmen mehr als 6000 Patienten (Durchschnittsalter 60 Jahre) aus 42 Kliniken teil. Voraussetzung für die Teilnahme war eine mindestens dreitägige intensivmedizinische Therapie. Nach dem Randomisierungsprinzip wurden die Patienten 2 Behandlungsgruppen zugeteilt: Einer mit dem Ziel maximaler Blutzuckersenkung (auf Werte zwischen 81 und 108 mg/dl; Gruppe 1) und einer weiteren mit der allgemein üblichen, konventionellen Therapie, d.h. einem Blutzucker-Zielwert von 144 bis 180 mg/dl (Gruppe 2). Zur Blutzuckersenkung wurde in beiden Gruppen Insulin intravenös appliziert.

Primärer Endpunkt war der Tod des Patienten innerhalb von 90 Tagen nach erfolgter Randomisierung, sekundäre Endpunkte die Überlebenszeit während der ersten 90 Behandlungstage, die Dauer von künstlicher Beatmung und/oder Dialysebehandlung und die Dauer des Aufenthalts auf der Intensiv- bzw. Allgemeinstation der jeweiligen Klinik.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 4,2 (Gruppe 1) bzw. 4,3 Tage (Gruppe 2). Dabei wurde in Gruppe 1 ein signifikant niedrigerer durchschnittlicher Blutzuckerwert (115 mg/dl) erreicht als in Gruppe 2 (144 mg/dl).

Innerhalb der ersten 90 Behandlungstage starben 829 der 3010 Patienten (27,5 %) in Gruppe 1 gegenüber nur 751 von 3012 Patienten (24,9 %) in der Parallelgruppe. Dieser Unterschied war signifikant. Bei Patienten mit maximal gesenkten Blutzuckerwerten (Gruppe 1) waren kardiovaskuläre Todesursachen häufiger als bei denen mit moderater Senkung des Blutzuckerspiegels. Neben der höheren Mortalität wurde in Gruppe 1 auch eine geringere mittlere Überlebenszeit gegenüber der Vergleichsgruppe festgestellt.

Beide Ergebnisse waren bei chirurgischen und internistischen Patienten gleich und blieben auch nach Korrektur um individuelle Risikofaktoren unverändert.

Lebensbedrohliche Hypoglykämien (Blutzuckerwert < 40 mg/dl) traten nach intensiver blutzuckersenkender Therapie signifikant häufiger auf als nach konventioneller Therapie (6,8 % gegenüber 0,5 %). Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer auf Intensiv- oder Allgemeinstation und Behandlungsmodalitäten (künstliche Beatmung u.a.) unterschieden sich beide Gruppen dagegen nicht voneinander.

● **Fazit**

Eine größtmögliche Senkung des Blutzuckerspiegels auf Werte zwischen 81 und 108 mg/dl ging bei den intensivmedizinisch behandelten Patienten mit einer höheren Mortalität einher als eine moderate Blutzuckereinstellung auf Werte unter 180 mg/dl, so die Autoren.

● **Kommentar zur Studie**

Ob die erhöhte Mortalität bei den Patienten aus Gruppe 1 ausschließlich auf die bei ihnen häufigere Hypoglykämie zurückzuführen ist oder auf anderen Ursachen beruht, müssen jetzt detaillierte Nachanalysen der vorliegenden Studie sowie weitere Untersuchungen zeigen, so S. Inzucchi und M. Siegel. Dabei ist auch zu klären, ob bzw. welche Patienten(unter)gruppen von einer stringenteren Blutzuckersenkung profitieren. Auf keinen Fall dürfen die Ergebnisse der NICE-SUGAR-Studie Kliniker zu einer nachlässigen Blutzuckereinstellung bei Intensivpatienten verleiten.

N Engl J Med 2009; 360: 1346–1349

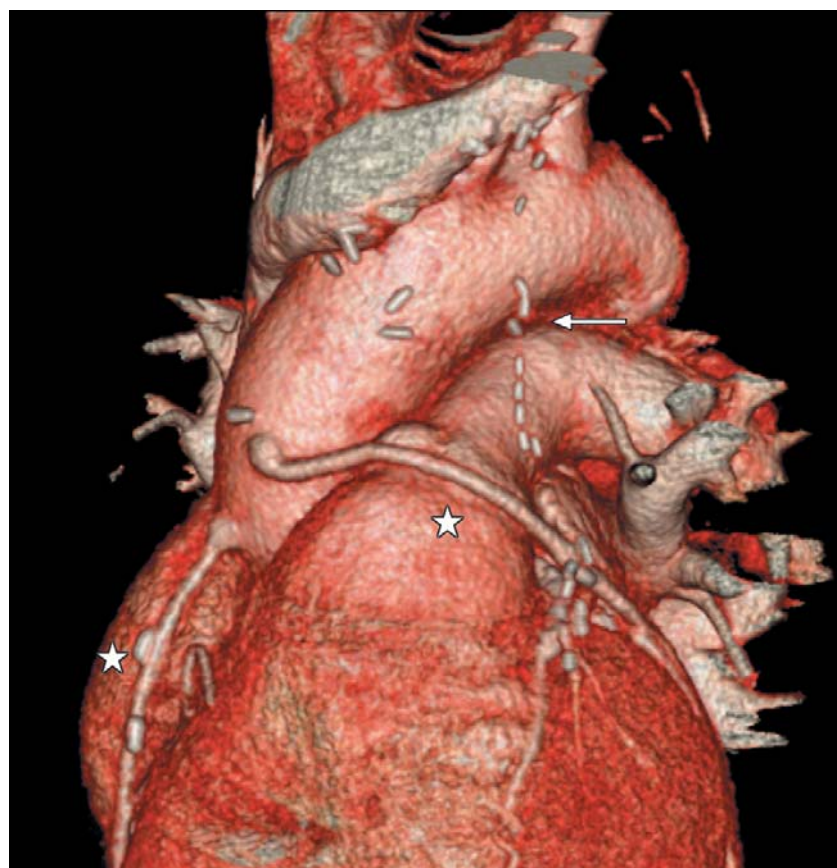
Dr. med. Barbara Weitz

Kardiologie

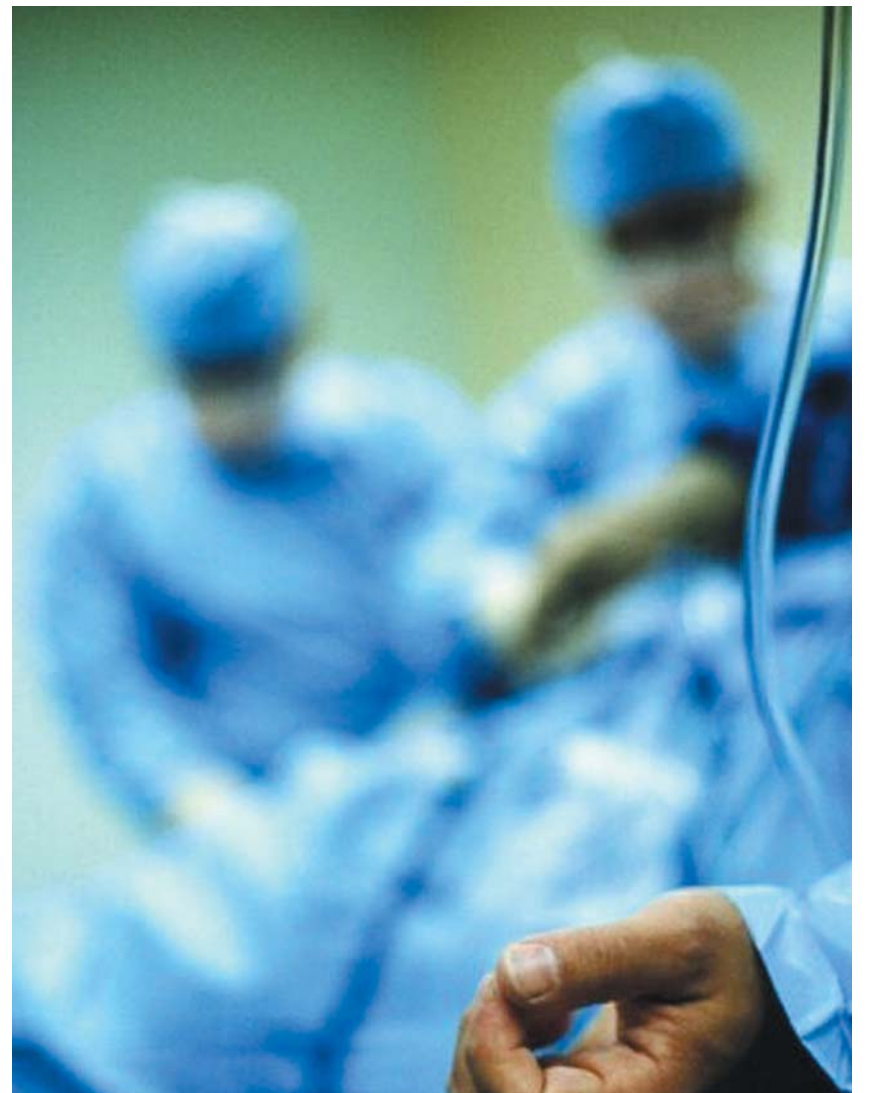
Sind Medikamenten-freisetzende Stents der Bypassoperation ebenbürtig?

Die heutige Standardtherapie der koronaren Dreifäßerkrankung oder einer Stenose des linken Hauptstamms ist die aortokoronare Bypassoperation. Sie ist der reinen Ballondilatation, aber auch Bare-metal-Stents überlegen, wie Studien zeigen konnten. Sind aber neue Medikamenten-freisetzende Stents der Bypasschirurgie ebenbürtig? Serruys et al. untersuchten dies in einer randomisierten prospektiven Multizenterstudie.

N Engl J Med 2009; 360: 961–972



Bei 3-Gefäßerkrankungen oder Stenosen des linken Hauptstamms ist die aortokoronare Bypassoperation weiterhin Standard, wie die Untersuchung von Serruys et al. belegt. Die Abbildung zeigt das Herz eines 62-jährigen Patienten mit offenen venösen Bypässen (Sterne) sowie einem verschlossenen IMA-Graft (Pfeil) (Bild: K-F Kreitner und G. Horstick in Bildgebende Kardiagnostik. Hrsg. M. Thelen et al. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, 2007)



Eine starke Senkung des Blutglukosespiegels führt bei Patienten der Intensivstation zu einer erhöhten Mortalität. (Bild: PhotoDisc)

Auch die PTCA (perkutane transluminale koronare Angioplastie) mit Medikamenten-freisetzenden Stents ist der Bypassoperation der Dreifäßerkrankung mit oder ohne Hauptstammteilnahme unterlegen: Es kommt häufiger zu kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen.

1800 Patienten wurden in die SYNTAX-Studie aufgenommen (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) und für 12 Monate beobachtet. Sie hatten entweder eine Stenose des linken Hauptstamms, eine Dreifäßerkrankung oder beides. Ein lokales Team aus Herzchirurg und interventionellem Kardiologen entschied, ob der jeweilige Patient für beide Behandlungsmöglichkeiten in Frage kam. Wenn ja, wurde er zu einer der beiden Therapien randomisiert. Primärer Endpunkt war eine Kombination kardialer oder zerebrovaskulärer Ereignisse, nämlich Tod, Schlaganfall, Myokardinfarkt oder erneute Revaskularisierung. Nach 12 Monaten trat der Endpunkt in der PTCA-Gruppe signifikant häufiger auf mit 17,8 % gegenüber 12,4 %. Dieser Unterschied wurde bedingt durch eine häufigere Revaskularisierung nach PTCA: 13,5 % vs. 5,9 %. Tod und Myokardinfarkte traten in keine Gruppe häufiger auf. Zu Schlaganfällen kam es häufiger nach Bypass-OP: 2,2 % vs. 0,3 %.

Diese Unterschiede waren nicht in allen Gruppen gleich. Im Rahmen der Studie wurde der SYNTAX-Score eingesetzt, in dem Punkte nach Anatomie der Stenosen und ihrer Komplexität vergeben wurden. Teilte man die Patienten entsprechend dieses Scores in 3 Gruppen auf, war die Inzidenz des primären Endpunktes nur in der Gruppe mit dem höchsten Score unterschiedlich.

● **Fazit**

Die aortokoronare Bypassoperation bleibe Standard als Therapie der koronaren Dreifäßerkrankung oder Stenose des linken Hauptstamms, so die Autoren, da die Kombination aus kardialen und zerebrovaskulären Ereignissen nach einem Jahr seltener aufträte.

● **Kommentar zur Studie**

R.A. Lange und L.D. Hillis begrüßen die Studie, da alte Studien nur reine Ballondilatationen oder Bare-metal-Stents mit Bypassoperation verglichen hätten. Die SYNTAX-Studie vergleiche nun die modernen Medikamenten-freisetzenden Stents und könne zeigen, dass es zu Tod und Myokardinfarkt in beiden Gruppen gleich häufig komme. Zwar sei die Zahl der Revaskularisierungen nach PTCA höher, es träten aber mehr Schlaganfälle nach Bypass-OP auf. Außerdem hätten mehr Patienten die Operation verweigern. Dies müsse man berücksichtigen, vor allem wenn man bedenke, dass Patienten mit niedrigerem SYNTAX-Score nicht häufiger revaskularisiert worden seien. Möglicherweise sei die Nachbeobachtungszeit von 12 Monaten zu kurz gewesen um Unterschiede zu sehen.

N Engl J Med 2009; 360: 1024–1026

Dr. Christoph Feldmann

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 915 bzw. 865).

– Anzeige –

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

Gastroenterologie

Pankreatitisrisiko bei Rauchern erhöht?

Ob neben den allgemein akzeptierten Risikofaktoren Alkohol und Gallensteinleiden ein Einfluss von Rauchen auf das Risiko für akute und chronische Pankreatitis besteht, haben J. Schurmann Tolstrup et al. aus Kopenhagen in einer großen, bevölkerungsbasierten Kohortenstudie untersucht. *Arch Intern Med 2009; 169; 603–609*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden zwischen 1976 und 1994 erhobene Daten von 9573 Frauen und 8332 Männern zwischen 20 und 95 Jahren aus der Kopenhagener Allgemeinbevölkerung ausgewertet, die der Copenhagen City Heart Study entstammen. Die mittlere Nachbeobachtungsdauer betrug 20,2 Jahre, es ereigneten sich insgesamt 235 Pankreatitisfälle. Die Freiwilligen machten in einem Fragebogen Angaben zu ihren Lebensgewohnheiten und -umständen, unter anderem zu Rauch- und Trinkgewohnheiten. Alle unterzogen sich mindestens einer körperlichen

Untersuchung, zu der auch die Bestimmung von FEV₁ und CO₂ im Exhalat gehörte. Diagnosen und Todesursachen wurden offiziellen dänischen Registern entnommen. Dabei fand sich eine dosisabhängige Erhöhung des Pankreatitisrisikos durch Rauchen: Verglichen mit Nichtrauchern hatten z. B. Raucher mit 45–59 Packungsjahren ein 3,2-fach erhöhtes Risiko (hazard ratio [HR] 3,2), Raucher, die ihren Konsum mit 15–24 Zigaretten bezifferten, ein 2,6-fach erhöhtes Risiko, Frauen ebenso wie Männer. Auch bei Exrauchern trat eine Pankreatitis 2,3 x häufiger auf als bei Nichtrauchern.

Das Pankreatitisrisiko von Trägern bekannter Gallensteine (die hohe Dunkelziffer nicht diagnostizierter Gallensteine ging in diese Berechnung natürlich nicht ein) war dagegen um den Faktor 11 erhöht. Das durch Rauchen bedingte Pankreatitisrisiko erwies sich als unabhängig von Alkoholkonsum oder Gallensteinen. Die Autoren berechnen, dass ungefähr 46 % der Pankreatitisfälle in dieser Kohorte auf Rauchen zurückzuführen sind.

● **Fazit**

Diese Studie weist erstmals an einer großen Bevölkerungsgruppe nach, dass Rauchen zusätzlich zu den bekannten Risikofaktoren Alkohol und Cholezystolithiasis ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung akuter und chronischer Pankreatitiden ist, so die Autoren.

Dr. med. Peter Pommer

Angiologie

Thromboserisiko: Immer auch Familienanamnese erheben!

Viele Thromboserisikofaktoren wie z.B. Immobilisierung, Einnahme oraler Kontrazeptiva oder Krebserkrankungen sowie genetische Faktoren wie eine Faktor-V-Leiden-Mutation sind bekannt. Ob zur Abschätzung des Risikos einer ersten Thrombose auch die Familienanamnese einen unabhängigen Beitrag leistet, untersuchten I. D. Bezemer et al. *Arch Intern Med 2009; 169; 610–615*

Bekannte venöse Thrombosen in der Familie erhöhen das eigene Risiko für die Entwicklung einer ersten Thrombose deutlich und unabhängig von anderen Risikofaktoren. Das ist das Ergebnis einer populationsbasierten Fall-Kontroll-Studie mit 1605 Patienten mit einer erstmals aufgetretenen venösen Thrombose und 2195 Kontrollen. In die Analyse einbezogen wurden Thrombosedetrigger wie z.B. Operation, Unfall, Immobilisierung, Schwangerschaft sowie Stillen 3 Monate vor der Thrombosediagnose oder die Einnahme von oralen Kontrazeptiva oder Hormonpräparaten zum Zeitpunkt des Thromboseereignisses sowie eine Krebsdiagnose 5 Jahre vor bis 6 Monate nach dem Ereignis. 31,5 % der Patienten berichteten von einem Verwandten 1. Grades mit einem thrombotischen Ereignis, aber nur 17,3 % der Kontrollpersonen. Daraus ergibt sich ein um das 2,2-fache erhöhte Thromboserisiko bei einer positiven Familienanamnese mit einem Betroffenen (Odds Ratio [OR]) gegenüber Personen mit keinem

Anhaltspunkt für Thrombosen in der Familienanamnese (95%-Konfidenzintervall [KI] 1,9–2,6). War der betroffene Verwandte bei diesem Ereignis unter 50 Jahren alt, lag die Risikoerhöhung mit einer OR von 2,7 noch höher. Bei mehr als einem betroffenen Verwandten stieg das Risiko fast bis auf das 4-fache (OR 3,9, 95%-KI 2,7–5,7). Dabei erhöhte die positive Familienanamnese unabhängig vom Vorhandensein anderer Faktoren das Thromboserisiko. Wer noch andere Risiken mitbringt, bei dem ist die Gefahr einer ersten Thrombose sogar auf das 64-fache gegenüber denjenigen ohne Risikofaktoren und ohne von Thrombose betroffenen Verwandten erhöht.

● **Fazit**

Die Familienanamnese einer venösen Thrombose stellt einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung einer ersten eigenen Thrombose dar und ist aufgrund der einfachen Erhebung gerade für die Praxis relevant.

Friederike Klein

Schlafmedizin

Melatonin-Agonist lindert durch Zeitverschiebung bedingte Schlafstörungen

Weltweit sind Millionen Menschen von vorübergehenden Störungen ihres zirkadianen Schlafrhythmus betroffen. Der Melatonin-Agonist Tasimelteon könnte die vorübergehende Schlaflosigkeit eindämmen. S. Rajaratnam untersuchten dies nun in einer Phase-II- und Phase-III-Studie. *Lancet 2008;372:482–491*

Ihr Ergebnis: Tasimelteon kann durch Nachtschichtarbeit und Jetlag verur-

sachte vorübergehende Schlaflosigkeit lindern. Die beiden Studien, deren Ergebnisse in einer Publikation veröffentlicht wurden, verglichen das Medikament in 4 unterschiedlichen Dosierungen mit Placebo. In der Phase-II-Studie bekamen 39 Probanden randomisiert entweder 10 mg (n=9), 20 mg (n=8), 50 mg (n=7) oder 100 mg (n=7) Tasimelteon oder Placebo (n=8). Die Teilnehmer wurden 7 Nächte lang beobachtet: 3 Nächte mit normalen Schlafenszeiten, dann 3 mit abrupter

Zeitverschiebung um 5 Stunden mit Tasimelteon vor dem Zubettgehen und schließlich eine Nacht nach der Therapie. In der Phase-III-Studie erhielten 411 Probanden 30 Minuten vor dem Schlafengehen entweder 20 mg (n=100), 50 mg (n=102) oder 100 mg (n=106) Tasimelteon oder Placebo (n=103). Auch hier wurde die vorübergehende Schlaflosigkeit in einer Schlafklinik durch eine abrupte Zeitverschiebung von 5 Stunden provoziert. Die Wissenschaftler überwachten den Schlaf der Probanden per Polysomnographie, um den Anteil des Schlafes gegenüber der im Bett verbrachten Zeit (Schlafeffizienz) und der bis zum Einschlafen benötigte Zeit (Latenz) zu ermitteln. Nach Placebo zeigten die Probanden die erwartete Einschlafstörung und eine verminderte Schlafeffizienz. Probanden nach Tasimelteon näherten sich mit steigender Dosis des Medikaments einem normalen Schlafrhythmus an. Nach der Dosierung von 100 mg zeigte sich sogar eine Latenz bis zum Einschlafen oder zum Tiefschlaf, die kürzer war als die Zeitverschiebung.

Fazit: Bei Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus verkürzt Tasimelteon die Zeit bis zum Einschlafen und verlängert den ungestörten Schlaf, so die Autoren.

Kommentar zur Studie: D. Cardinali und D. Golombek weisen darauf hin, dass Tasimelteon nicht als Ersatz für Benzodiazepine dienen könne. Der Melatonin-Agonist sei kein Hypnotikum: Er könne zwar die Umstellung auf einen neuen Tag-Nacht-Rhythmus beschleunigen, dauerhafte Schlafstörungen aber nicht mildern. Gegenüber Benzodiazepinen als Schlafmitteln hätten die Melatonin-Analoga aber den deutlichen Vorteil, dass sie kein Abhängigkeitspotenzial aufwiesen. *Lancet 2009; 373: 439–441*

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 • kommissarischer Geschäftsführer: Tilo Radau

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 109x188

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 916 bzw. 617). Alle Rechte vorbehalten.

Gefängnisärzte: Medizin zwischen Suchtproblem und Infektionskrankheiten

Etwa 80 000 Menschen sitzen in Deutschland eine Haftstrafe ab. Sie werden von den Gefängnisärzten medizinisch betreut. Doch mit deren Tätigkeit verbinden sich viele falsche Vorstellungen. Gefängnisärzte leben weder gefährlich noch müssen sie permanent verschluckte Rasierklingen entfernen. In Gefängnissen gibt es ganz andere medizinische Probleme: Infektionserkrankungen, Sucht und psychiatrische Erkrankungen.

Etwa 300 hauptamtliche Gefängnisärzte gibt es in Deutschland. Sie sind Beamte in der Justizverwaltung. Unterstützt werden sie von ambulant tätigen Ärzten, die nebenberuflich, meist in kleineren Haftanstalten, die Funktion eines Gefängnisarztes übernehmen. Die medizinische Betreuung der Gefangenen wird dabei nicht durch das Sozialgesetzbuch geregelt. Entscheidend während der Haft sind die Strafvollzugsgesetze.

Das hat für die Gefangenen durchaus auch Vorteile. Ihre medizinische Versorgung ist kostenlos. Rezeptzuschläge und Krankenkassenbeiträge entfallen für die Zeit der Haft. Dr. Karlheinz Keppler, Medizinaldirektor im Ärztlichen Dienst der JVA für Frauen in Vechta, sieht allerdings auch Nachteile in dieser Regelung:

„Faktisch besteht für die Gefängnisinsassen keine freie Arztwahl. Sie müssen in der Regel den Arzt akzeptieren, den die Anstalt bereit-

stellt.“ Der ist natürlich auch an die ärztliche Schweigepflicht gebunden und muss eine sachgemäße Behandlung garantieren, „aber im Grunde ist es natürlich schon eine Zwangssituation, die sich leider kaum umgehen lässt“, so Dr. Keppler. Prinzipiell könnte sich zwar ein Gefangener auf eigenen Wunsch auch ambulant von seinem Hausarzt versorgen lassen. Er müsste dann aber die horrenden Kosten, einschließlich der Bewachung durch Justizangestellte, selbst übernehmen. „Das kommt schon aus finanziellen Gründen in der Realität so gut wie nie vor“, berichtet der Gefängnismediziner aus Vechta. Trotzdem ist eine unabhängige medizinische Betreuung sichergestellt. Gefängnisärzte sind, was die medizinische Versorgung angeht, nicht an Weisungen der Gefängnisleitung gebunden und betreuen ihre Patienten eigenverantwortlich.

● Äquivalenzprinzip sichert den Standard

Die medizinische Versorgung von Gefangenen in Deutschland orientiert sich am Äquivalenzprinzip. „Dieses von der WHO definierte Prinzip legt

fest, dass Gefangene grundsätzlich auf dem gleichen medizinischen Niveau zu versorgen sind, wie die normale Bevölkerung“, so Dr. Keppler. Deshalb versorgt in Deutschland ein Gefängnisarzt durchschnittlich 300 Gefängnisinsassen. Das entspricht in etwa dem Arzt-Patienten-Verhältnis, das auch für die Normalbevölkerung vorliegt. Die Fürsorgepflicht der Justiz bedingt auch, dass Insassen im Erkrankungsfall auch extern versorgt werden können, wenn dazu eine Notwendigkeit besteht. Das kann entweder in einer Haftklinik geschehen, in der die Bewachung am besten gewährleistet ist. Aber auch eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus, beispielsweise eine Uniklinik, ist möglich. Dann muss der Betroffene dort rund um die Uhr bewacht werden. Solche Zusatzkosten für die Bewachung sind für Dr. Keppler aber kein Grund „einem Gefangenen die angemessene medizinische Versorgung vorzuenthalten und sei es, wenn er unter Bewachung zum ambulanten Augenarzt gebracht wird, um eine neue Brille anzupassen.“

Gefängnisärzte sind immer Fachärzte, in der Regel Fachärzte für Allgemeinmedizin. Aber auch Internisten und Chirurgen haben eine Chance in diesem Berufsfeld. „Es gibt keine eigene Ausbildung von Gefängnisärzten. Das wäre aufgrund der wenigen Stellen auch nicht sinnvoll. Gefängnisärzte werden ganz normal im Krankenhaus als Facharzt ausgebildet“, erzählt Dr. Keppler. Dabei darf man die Gefängnismedizin nicht mit der forensischen Medizin verwechseln: Diese ist eine Zusatzqualifikation im Bereich Gerichtsmedizin. Mit der Tätigkeit im Gefängnis hat das genauso wenig zu tun wie mit dem Beruf des Polizeiarztes. Dieser ist bei der Polizei angestellt und wird im Rahmen der Strafverfolgung medizinisch tätig. Gefängnisärzte sind in der Regel Beamte der Strafvollzugsbehörden.

● Die Hälfte unserer Gefangenen hat Hepatitis C

Das herausragende medizinische Problem in den Gefängnissen „stellt sicher der intravenöse Drogengebrauch und seine gesundheitlichen Folgen dar“, sagt der Gefängnismediziner. „Wir haben im Frauenvollzug bundesweit bei circa 50 % der Insassen einen Zustand nach intravenöser Drogenabhängigkeit. Dazu kommen dann noch weitere Drogen wie Kokain oder Marihuana“, so Dr.

Kepler. Im Wesentlichen sind es die medizinischen Folgen des Drogenabusus, die den Gefängnisarzt beschäftigen: Von den 250 Insassen, die Dr. Keppler in Vechta betreut, sind regelmäßig zwischen 100 und 120 Frauen mit Hepatitis C infiziert. In der gleichen Dimension liegt auch das HIV-Problem. Für Dr. Keppler ist deshalb klar, „dass man als Gefängnisarzt in Deutschland schnell zum Hepatitisexperten wird.“ Die Interferon- und Medikamentenbehandlungen der Hepatitis leistet in Vechta der Gefängnisarzt. Die HIV-Patientinnen dagegen werden extern betreut.

Einen Schwerpunkt von zunehmender Brisanz in der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen stellen psychiatrische Erkrankungen dar. „In amerikanischen Haftanstalten findet man mittlerweile mehr psychiatrische Patienten, als in den einschlägigen Krankenhäusern. Das deutet auf erhebliche Mängel in der ambulanten psychiatrischen Versorgung hin. Diese Tendenz sehe ich auch für Deutschland“, beobachtet Dr. Keppler.

● Haftkrankenhäuser: ein Auslaufmodell?

Neben den Haftanstalten sind die Haftkliniken das zweite Betätigungsfeld der Gefängnisärzte. Fast jedes Bundesland besitzt eine solche für die stationäre Behandlung von Häftlingen eingerichtete Klinik. Doch das Konzept der eigenständigen Haftklinik wird es nach Meinung von Dr. Keppler künftig nicht mehr geben. Haftkliniken bieten nur eine eingeschränkte Palette an medizinischen Möglichkeiten an, sodass viele Häftlinge trotzdem in öffentliche Kliniken gebracht werden müssen. „Das Modell der Zukunft ist wahrscheinlich die Verzahnung von öffentlicher Klinik und Justizkrankenhaus. Das heißt: In einem normalen Krankenhaus werden ein oder zwei Stationen unter den Bedingungen einer Haftklinik geführt. Die Häftlinge werden dort von den Ärzten der öffentlichen Klinik mitversorgt“, so Dr. Keppler. In Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg beginnt sich dieses Modell bereits zu etablieren.

● Falsche Mythen um die Gefängnismedizin

Um kaum eine andere medizinische Disziplin ranken sich so viele Gerüchte, wie um die Tätigkeit des Arztes im Gefängnis. Dazu gehört etwa der Mythos, dass Gefängnisinsassen

besonders gerne und geschickt Krankheiten simulieren. „Das ist nach meiner Erfahrung ein glattes Vorurteil“, sagt Dr. Keppler. Viel häufiger sieht der sich der Situation gegenüber, dass Patienten unter dem psychischen Druck der Haft und in der Einsamkeit der Zelle vorhandene Krankheitssymptome aggravieren.

Zu den besonders abenteuerlichen Mythen um die Gefängnismedizin zählt die Vermutung, dass Gefängnisinsassen gerne gefährliche Gegenstände verschlucken, um dadurch eine medizinische Behandlung zu erzwingen. „Das war früher einmal der Fall“, berichtet Dr. Keppler, „weil

die Gefangenen damit natürlich erfolgreich die Gefängnisleitung in größte Bedrängnis gebracht haben.“ Mittlerweile hat sich aber herumgesprochen, dass solche Fremdkörper innerhalb kürzester Zeit mit dem Endoskop wieder entfernt werden können. „Deshalb habe ich während meiner langjährigen Tätigkeit noch keinen einzigen solchen Fall erlebt“, berichtet der Gefängnisarzt. Die Tätigkeit als Gefängnismediziner ist im Übrigen auch nicht besonders gefährlich. Angriffe auf den Arzt gibt es höchstens in den einschlägigen Fernsehserien. Völlig realitätsfern ist auch die Vermutung, dass Gefängnisärzte sich häufig mit einem Hungerstreik auseinandersetzen müssen. „In meiner Tätigkeit habe ich keinen einzigen echten Hungerstreik miterlebt“, so Dr. Keppler. „Natürlich gibt es Situationen, in denen Gefangene mit so etwas drohen. Die Ursachen sind meist die konkreten individuellen Haftbedingungen, die sich oftmals korrigieren lassen. Etwa wenn eine inhaftierte Mutter sich Sorgen um die Versorgung ihres Kindes macht.“

● Vorsicht vor falschen Attesten

Echte Probleme gibt es für Dr. Keppler, eher in der Zusammenarbeit mit der ambulant tätigen Medizin. So stellen manche Hausärzte unangemessene Atteste über eine vermeintliche Haftunfähigkeit aus. Dies geschieht meist in Unkenntnis der medizinischen Situation während der Haft. „Mir werden von Amts wegen relativ häufig solche Atteste vorgelegt und in der Regel haben sie keinen Bestand“, sagt Dr. Keppler. Es gibt aufgrund der umfassenden medizinischen Versorgung in den deutschen Haftanstalten praktisch keine valide medizinische Begründung einer Haftunfähigkeit. Natur-



Nicht nur die Haftbedingungen in deutschen Gefängnissen sind besser als auf diesem Bild: Auch die medizinische Versorgung der Gefängnisinsassen ist sehr gut.

Foto: Corel Stock

lich werden Patienten mit Diabetes, Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit oder anderen chronischen Erkrankungen auch im Gefängnis adäquat medizinisch versorgt. Er bemängelt bei seinen Kollegen Unkenntnis: „Was viele ambulante Ärzte nicht wissen ist, dass solche Atteste, bei der Staatsanwaltschaft unter Umständen sogar einen gegenteiligen Effekt bewirken. Man reagiert darauf oft gereizt und der Hausarzt erweist seinem Patienten damit überhaupt keinen Gefallen. Im Grund sind solche Atteste auch schon deshalb überflüssig, weil in Deutschland jeder Gefangene bei Haftantritt vom Gefängnisarzt ausführlich untersucht und seine Haftfähigkeit geprüft wird.“

● **Eine echte berufliche Alternative**
Auch wenn es in Deutschland nur eine begrenzte Stellenzahl für Gefängnisärzte gibt, so kann diese Tätigkeit für ausgebildete Fachärzte eine Alternative zur Karriere in der Klinik oder zur Arztpraxis darstellen. Gefängnisärzte sind sozial gut abgesichert. Schon aufgrund der familienfreundlichen Arbeitszeiten ist für Dr. Keppler der Gefängnisarzt, „eine echte Alternative für Fachärzte, die eine interessante Aufgabe suchen und auf Nacht- und Bereitschaftsdienste gerne verzichten können.“

Dr. med. Horst Gross

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 796-797). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw