

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI  **aktuell**

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

Nr. 3 • März 2010

Inhalt

Kooperationen zwischen Ärzten und Krankenhaus

Die neue Welt der Konsiliarärzte und Honorarärzte

Ärzte in Konsiliarverhältnissen werden oft als Honorarärzte bezeichnet. Aber was unterscheidet Konsiliarärzte von Honorarärzten – und was sind „unechte Konsiliarverhältnisse“?

Seite 4

Qualitätsmanagement – Teil 2

Mühsam nährt sich das Eichhörnchen

Im zweiten Teil der Artikelserie werden Dokumentationsanforderungen und das Qualitätsmanagementhandbuch thematisiert – und Qualitätsmanagements-Skeptiker Dr. Müller kommt langsam auf den Geschmack ...

Seite 8

Ein unterschätztes Krankheitsbild

Lipidpneumonie

Bei ungeklärtem chronischen Husten sollte auch an eine Lipidpneumonie gedacht werden. Die Diagnose wird meist bronchoskopisch gestellt.

Seite 10

Fieber und Rückenschmerz

Spinale Gichtarthritis

Das klinische Erscheinungsbild der spinalen Gicht ist vielgestaltig. In dem präsentierten Fall kam differenzialdiagnostisch auch eine septische Komplikation einer Spinalanästhesie in Betracht.

Seite 12

Impressum

Seite 15

Sawicki und das IQWiG

Ein Bauernopfer?

Prof. Dr. Peter Sawicki hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seit 2004 geleitet und ihm seinen Stempel aufgedrückt. Sein Name ist nahezu synonym mit dieser Institution. Sein Vertrag wird nicht mehr verlängert, sodass man wohl in Zukunft eine neue Ära bei dieser Behörde erwarten darf.

Die Vorwürfe bei der Spesenabrechnung von Sawicki sind bei genauer Betrachtung nur ein Vorwand für seine Ablösung. Die Entscheidung ist sicher aus anderen, das heißt politischen Gründen, gefallen. Die Träger und Finanziere des Institutes sind Verbände und Körperschaften. Insbesondere die Deutsche Krankenhausgesellschaft war mit Sawickis Arbeit nicht einverstanden und lehnt deshalb eine Vertragsverlängerung grundsätzlich ab. Unterstützt wird sie durch die Arzneimittel-Industrie, die von den Entscheidungen des Instituts in der Vergangenheit empfindlich getroffen wurde.

● Zu hohe Messlatte

Sawicki hat versucht, neue Methoden und Arzneimittel nur dann in die GKV einzuführen, wenn dies nach den Vorgaben der evidenzbasierten Medizin begründet werden konnte. Er wollte den Leistungskatalog damit nachvollziehbar und auch rechtlich überprüfbar gestalten.

Soweit, so richtig. Er hat dabei aber die Messlatte mit Einführung neuer Leistungen so hoch gelegt, dass sich viele beteiligte Ärzte, Krankenhäuser und vor allem die Pharmabranche und die Patientenvertreter zu Recht oder zu Unrecht überfordert gefühlt haben. Sein Anspruch, möglichst alles Neue im Gesundheitswesen über sogenannte RCT-Studien mit höchstem Anspruch abzusichern, war in der Praxis nicht durchzusetzen. Diese Studien lagen entweder nicht vor oder sie konnten auch aus technischen Gründen nur schwer auf den Weg gebracht werden, insbesondere wenn es um die Behandlung seltener Krankheiten ging. Der Streit darüber ging bis in die oberste Gerichtsebene und endete mit dem so genannten Nikolaus-Beschluss.



Foto: IQWiG

Prof. Dr. Peter Sawickis Vertrag beim IQWiG wird nicht verlängert.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Gesundheitsreform

Erwartungen an die Gesundheitspolitik 2010

Viele Erwartungen der Ärzteschaft an die Gesundheitspolitik finden sich allgemein formuliert im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP wieder: Schaffung einer Vertrauenskultur, Absage an ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem, Anpassung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte an die wirtschaftliche Entwicklung u. v. m. Der Gesundheitssektor wird im Koalitionspapier als einer der wenigen verbliebenen Wachstums- und Arbeitsmärkte gewürdigt und soll gefördert werden. Die Realität sieht derweil noch anders aus. Der Widerspruch zwischen der Aufbruchstimmung in der Gesundheitswirtschaft und der Unterfinanzierung im GKV-System könnte nicht größer sein. Um die Mangelverwaltung im GKV-System herum entwickelt sich ein prosperierender Gesundheitsmanagement-Markt, bis dato ohne erkennbaren Mehrwert für die Versicherten – trotz

Zusatzbeiträgen, die ab 2010 wohl regelmäßig zu erwarten sein werden.

Die Ursachen dieses undankbaren Erbes, das der neue Bundesgesundheitsminister anzutreten hat, sind nicht nur im ständigen Aufschieben der überfälligen Sanierung der Einnahmenseite im GKV-System zu suchen, sondern auch in der Strukturreformpolitik der vergangenen Jahre. Diese setzte sich zusammen aus einem großversuchsartigen Mix aus zahlreichen, mehr oder weniger gut untereinander abgestimmten marktorientierten Elementen bei gleichzeitiger Implementierung von ausgesprochen wettbewerbsfeindlichen Maßnahmen. Zu den ersteren, marktorientierten Maßnahmen sei beispielhaft auf die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems, die Einführung von Vertragswettbewerb in der ambulanten Versorgung, Rabattverträge für die Arzneimittelversorgung etc. hingewiesen.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Rationierung im Gesundheitswesen

Eine dringliche gesellschaftspolitische Diskussion

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der Präsident der Bundesärztekammer, ist nicht nur als geschliffener Redner bekannt. Er packt auch heiße Eisen in der Gesundheitspolitik an und leitet damit auch unangenehm empfundene Diskussionen in der Öffentlichkeit ein. Es zeichnet ihn aus, dass er trotz heftigem politischem Gegenwind dabei nicht aufgibt. Folgerichtig hat er das Thema Rationierung im Gesundheitswesen, das er im letzten Deutschen Ärztetag aufgegriffen hat, rechtzeitig im neuen Jahr erneut eingebracht.

Festgemacht hat er dies an der Behandlung von Krebskranken mit der Behauptung, dass diese in Deutschland nicht immer die modernste Therapie bekommen, und dies aus reinen Kostengründen.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Die Gesundheitswirtschaft

Ein Fels in der Brandung der Finanzkrise

Die dramatischen Einbrüche der Realwirtschaft, verbunden mit der Finanzkrise haben in den letzten zwei Jahren die Volkswirtschaften weltweit erschüttert. Hiervon zeigt sich die deutsche Gesundheitswirtschaft jedoch nahezu unbeeindruckt – wie das Ranking der 100 größten Arbeitgeber dieser Branche beweist. Zum zweiten Mal hat das Rheinisch-Westfälische-Institut (RWI) eine solche Rangfolge erstellt. Hierbei wurde die Zahl der Vollzeitstellen der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland jeweils zum Jahresende 2007 und 2008 gemessen. Das RWI zog nur Unternehmen aus dem engeren Kreis der Gesundheitswirtschaft in die Untersuchung ein.

Die deutsche Gesundheitswirtschaft als zentraler Wirtschaftsfaktor weist erhebliche Wachstums-, Produktivitäts- und Beschäftigungspotenziale auf. Über 4 Mio. bzw. ca. 11% aller Erwerbstätigen sind direkt oder indirekt in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt. Zu Unrecht wird der Gesundheitssektor oftmals lediglich als Kostenfaktor und über die Lohnnebenkosten als Standortnachteil wahrgenommen. Die Anzahl der in der Gesundheitswirtschaft Tätigen steigt seit vielen Jahren konstant an.

Lesen Sie weiter auf Seite 6

Editorial

Die ersten 100 Tage der neuen schwarzgelben Regierungskoalition sind vorbei – leider hat sie einen klassischen Fehlstart hingelegt. Es zeigt sich, dass der Koalitionsvertrag mit zu heißer Nadel gestrickt und in vielen Bereichen zu ungenau formuliert worden ist. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik.

Hier gibt es gut klingende Absichtserklärungen und Allgemeinplätze wie „Kultur des Vertrauens“, „Stärkung der Selbstverwaltung“, „Bürokratieabbau“ etc. Es fehlen aber konkrete Aussagen. Nur so ist es zu verstehen, dass jeder der Koalitionspartner darunter etwas anderes meinen kann.

Im BMG hat es lange gedauert, bis die neue Mannschaft komplettiert wurde. Von der Regierungskommission weiß man nur, dass sie im März ihre Arbeit beginnen wird. Zusammensetzung oder gar eine endgültige Namensliste sind nicht bekannt. Thematisch soll sie sich mit der künftigen Finanzierung des GKV-Systems beschäftigen; dringend notwendige Gesetzesänderungen zur Lösung struktureller Probleme, die sich aus dem vorhersehbaren Ärztemangel im ambulanten und stationären Bereich ergeben, werden auf später verschoben.

Schon längst hätten Probleme wie z.B. die Novellierung der GOÄ auf der Basis des BÄK-Modells, Änderungen der §§ 73b und 116 SGB V, Änderun-

gen der MVZ-Eigentümerstruktur, Reorganisation des IQWiG, Abschaffung der Praxisgebühr, Beginn einer Versorgungsforschung etc. angepackt werden können.

Nichtstun und das Schieben auf die Zeit nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen ist aber kein Ersatz für Gestaltung in der Politik. Im Gegenteil! Nicht nur Bürger, Versicherte und Patienten, auch wir Ärzte als wesentliche Leistungsträger in unserem Gesundheitssystem erwarten Antworten für die drängenden Probleme in der GKV.

Der Sympathieträger Dr. Rösler und seine Mannschaft haben das Spielfeld mit einem Vertrauensvorschuss betreten. Sie dürfen aber den Anpfiff



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

nicht verschlafen und müssen zeigen, was sie können.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Gesundheitsreform (Fortsetzung von Seite 1)

Erwartungen an die Gesundheitspolitik 2010

Ebenfalls nur punktuell-beispielhaft seien im Hinblick auf die Wettbewerbshindernisse die Willkür der Mindestmengenregelungen, die Abschaffung der Beitragsautonomie für die gesetzlichen Krankenkassen im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds oder die Schaffung neuer Monopole im Zusammenhang mit Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in Erinnerung gebracht. In der Versorgungsrealität hat dieses Wettbewerbs-Potpouri aus Hü und Hott beträchtliche ökonomische Fehlanreize entfaltet: Konzentrationsprozesse mit Fokus auf wirtschaftliche attraktive Risiken und in wirtschaftlich attraktiven Ballungsgebieten wurden hierdurch gefördert, Versorgungsengpässe in der Fläche verschärft.

Um diesen strukturellen Fehlentwicklungen entgegenzusteuern, werden punktuelle Kurskorrekturen, wie zum Beispiel bei der derzeitigen Fassung des § 116b SGB V, die Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte gegeneinander aufhetzt, nicht ausreichend sein. Bereits im Jahr 2001 hat der Deutsche Ärztetag die Frage nach einer Wettbewerbsordnung für ein stärker marktorientiertes Gesundheitswesen gestellt. Mit dem Vorschlag im Koalitionsvertrag, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden muss, ist diese Frage noch nicht beantwortet. Was wir bäuchten, ist so etwas wie der Entwurf einer „sozialen Gesundheitswirtschaft“, der das übergeordnete Ziel der Daseinsvorsorge für die Bevölkerung nicht aus den Augen verliert und einen ordnungspolitischen Rahmen, d. h. das Zusammenspiel von

Staat, Markt und Selbstverwaltung, aber auch das Zusammenwirken von Bundes- und Landesebene neu auslotet. Die Ankündigungen im Koalitionsvertrag, die Selbstverwaltung modernisieren und stärkere fachliche Einwirkungsmöglichkeiten durch die Länder prüfen zu wollen, sind da noch sehr interpretationsfähig. Die Ärzteschaft erwartet wieder mehr echte Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung und einen Rückbau der Überbürokratisierung durch eine deutliche Entschlackung des SGB V. Die Ärzteschaft erwartet außerdem die Schaffung sektorenübergreifend ausgewogener Rahmenbedingungen, die den niedergelassenen Ärzten – im Sinne der im Koalitionsvertrag angekündigten Stärkung freiberuflicher Strukturen – faire Marktchancen gegenüber kapitalgesellschaftsbasierten Unternehmen im Gesundheitswesen einräumt. Die demographischen und ökonomischen Herausforderungen, vor denen die medizinische Versorgung steht, werden sich nur durch mehr transsektorale Kooperation in Gestalt einer lokalen oder regionalen patientenzentrierten Vernetzung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und der anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen meistern lassen. Durch eine bessere Vernetzung dürften mehr Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotentiale zu mobilisieren sein, als dies zurzeit für datengetriggerte Pay-for-Performance-Konzepte oder von Krankenkassengesteuerten Managed-Care-Modellen prognostiziert wird.

Pünktlich zur Amtseinführung des neuen, liberalen und deshalb vermeintlich a priori den Kräften des frei-

en Marktes wohlwollend zugewandten Gesundheitsministers wurden die Hoffnungen der Gesundheitsbranche von großen Finanz- und Unternehmensberatern auf das Expansionspotenzial im zweiten Gesundheitsmarkt gelenkt – verkennend, dass es vielleicht einem Tankstellenbesitzer egal sein mag, ob er mehr Gewinne aus dem Verkauf von Bierdosen und Zigaretten als aus dem Verkauf von Benzin erzielt. Die Ärztinnen und Ärzte aber, vor allen Dingen auch die nachwachsende Ärztesgeneration, verbinden mit der Wahl des Arztberufs die Erwar-

tung, ihr Einkommen primär aus der Erbringung ihrer Kernleistungen, d. h. durch medizinisch notwendige Diagnostik und Therapie generieren zu können, anstatt durch Wellness- oder Beauty-Medizin. Ein stabiler erster Gesundheitsmarkt, der die medizinisch notwendige Versorgung abdeckt, ist und bleibt die wichtigste Säule und der treibende Motor für die Innovations- und Wirtschaftskraft in einem sozial ausgeglichenen Gesundheitssektor. Aus diesem Grund und nicht nur, weil dies vielleicht die Sollbruchstelle der neuen Regierungskoalition sein

könnte, stellt die Entwicklung eines nachhaltigen, generationengerechten Finanzierungsmodells für den Krankenversicherungsschutz die größte Herausforderung der nächsten Gesundheitsreform dar, speziell für einen liberalen Gesundheitsminister.

Dr. Regina Klakow-Franck,
stellv. Hauptgeschäftsführerin
Bundesärztekammer

Dieser Artikel ist erstmals in der Publikation „Der Gelbe Dienst“ erschienen (Ausgabe 1/2010).

Sawicki und das IQWiG (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Bauernopfer?

● **Versorgungsrealität zu wenig berücksichtigt**
Hinzu kam, dass der derzeitige Katalog medizinischer Leistungen einer Überprüfung nach den hochgesteckten Vorgaben des IQWiG nicht standgehalten hätte. Zahlreiche Leistungen wären so unter die Räder gekommen, wenn man sie nach den gleichen Regeln überprüft hätte, wie man dies für neue Leistungen vom IQWiG eingefordert hat. Dies hat zu einer generellen Verunsicherung im Medizinbetrieb geführt. Sawicki hat bei seiner Argumentation die Versorgungsrealität zu wenig berücksichtigt. Dies ist der eigentliche Grund für sein Scheitern. Eine Synthese zwischen dieser Versorgungsrealität und dem Anspruch evidenzbasierter Medizin zu finden, wird die Aufgabe seines Nachfolgers sein, wahrlich kein leichter Job.

● **Doppelgleisigkeit bei Entscheidungsprozessen**
Die Personalie Sawicki sollte aber

Anlass sein, über das IQWiG grundsätzlich neu nachzudenken. Dabei geht es vor allem um das Verhältnis des Institutes zum Gemeinsamen Bundesausschuss, dem eigentlichen Entscheidungsgremium über den Leistungskatalog. Die Abläufe bei der Bewertung neuer Leistungen haben in der Öffentlichkeit den Eindruck erweckt, dass das IQWiG entscheidet und nicht der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss.

An diesem Fehler sind die politischen Vorgaben für die Gremienarbeit nicht unschuldig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Vergangenheit das IQWiG mit der Begutachtung zahlreicher Fragen beauftragt und beauftragen müssen und konnte formal danach zwar frei entscheiden – zumindest nach der Rechtslage. Die gesetzlichen Vorgaben haben dem Institut aber erlaubt, ohne Abstimmung mit dem Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss seine Bewertung schon vorab öffentlich zu

machen. Damit wurde es dem Gemeinsamen Bundesausschuss sehr schwer, wenn nicht sogar unmöglich gemacht, eine andere Meinung als das IQWiG zu vertreten. Hier sollte man zu der üblichen Praxis bei Auftragsgutachten zurückkehren. Gutachten dürfen landläufig nur nach Absprache mit dem Auftraggeber, in diesem Fall dem Gemeinsamen Bundesausschuss, veröffentlicht werden. So gehört es sich in diesem Geschäft. Hinzu kam, dass die Doppelgleisigkeit der Entscheidungsprozesse bei IQWiG und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu einer teils grotesken Verzögerung der Entscheidungsabläufe geführt hat, die man Patienten und Ärzten in Deutschland nicht mehr zumuten kann. Eine deutlich höhere Flexibilität und Entrümpelung der bürokratischen Vorgaben musste deshalb von den politisch Verantwortlichen eingefordert werden. Das Problem IQWiG aber löst sich durch den Personalwechsel an der Spitze nicht.

Rationierung im Gesundheitswesen (Fortsetzung von Seite 1)

Eine dringliche gesellschaftspolitische Diskussion

Jeder Krebskranke in Deutschland geht davon aus, dass er optimal in unserem System behandelt wird und deshalb auch von Innovationen des Arzneimittelmarktes profitiert. Jeder onkologisch tätige Arzt weiß, dass darüber hinaus vom Patienten umso mehr auch medizinisch nicht abgesicherte Therapien eingefordert werden, je bedrohlicher sich die Tumorerkrankung entwickelt. In dieser Situation sind sogar die Krankenkassen bereit, auch nicht gesicherte Behandlungen finanziell zu übernehmen.

● **Was will die Solidargemeinschaft in Zukunft finanzieren?**

Dennoch hat Prof. Hoppe mit seiner Feststellung recht, dass auch besonders teure Standardbehandlungen oft nicht mehr zur Verfügung stehen, reicht doch der finanzielle Rahmen bei der ambulanten und stationären Versorgung nicht mehr aus.

Die Pharmaindustrie bietet zudem in so schneller Folge Innovationen an, dass die medizinischen Leitlinien nicht mehr zeitgerecht angepasst werden können. Patienten werden oft nur noch mit den neuen Präparaten behandelt, wenn Sie sich an Arzneimittelstudien beteiligen. Die Onkologie eignet sich somit für die Diskussion über die Rationierung besonders, wird doch sichtbar, dass neben dem Finanzierungsproblem auch ordnungspolitischer Handlungsbedarf besteht.

Die Gretchen-Frage lautet: Was kann und will die Solidargemeinschaft der Versicherten in Zukunft noch finanzieren?

Rationierung findet aber nicht nur in der Onkologie sondern inzwischen auch in der übrigen Versorgung statt. Sie wird statistisch nicht erfasst, da sie heimlich zwischen Arzt und Patient umgesetzt wird. Ärzte und Krankenhäuser müssen im Einzelfall immer mehr ökonomi-

sche Zwänge mit medizinischen Argumenten gegenüber dem Patienten kaschieren.

Rationierung sollte zu allererst aus der Sicht des Patienten und dessen Versorgungsanspruch gesehen werden. Jede Reduktion von Leistungen – ob medizinisch gerechtfertigt oder nicht – empfindet der Versicherte nämlich als Rationierung.

● **Beispiele zur Rationierung**

Dazu zwei Beispiele. Das erste Beispiel: Die finanziellen Vorgaben bei der Arzneimitteltherapie führen zu grotesken Verwerfungen. Chronisch Kranke mit einem oft endlos langen Therapieplan erhalten immer neue Medikamente – meist mit den gleichen Inhaltsstoffen aber mit neuen Namen und Verpackungen – und das je nach Rabattverträgen der jeweiligen Krankenkassen in immer kürzeren Zeitabständen. Besonders ältere Menschen kommen damit immer weniger zurecht. Sie werden miss-



Foto: Bundesärztekammer

Auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz stieß BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe das Thema Rationierung im Gesundheitswesen an. „Manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszusprechen“, meinte Hoppe.

trausch, ob sie noch die „richtigen“ Medikamente erhalten und hinterfragen den sich ständig ändernden Therapieplan. Manche setzen wichtige Behandlungen einfach ab. Die Compliance bei der medikamentösen Versorgung bleibt auf der Strecke. Viel, ja zu viel Zeit wird im Arzt-Patienten-Gespräch vergeudet, nur um die wirtschaftliche Verordnungsweise gegenüber dem Patienten zu erläutern.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass aus der Sicht des Patienten dies eine der Formen von Rationierung ist, die nicht nur Tumorkranken in Deutschland betrifft.

Das zweite Beispiel: In Deutschland wird der Arzt deutlich häufiger aufgesucht als in anderen Ländern. Dies ist nicht nur Verschwendung, sondern auch Versorgungsqualität aus der Sicht des Patienten, der über den ärztlichen Kontakt Behandlungssicherheit sucht.

Werden diese Kontakte reduziert, ist dies ebenfalls Rationierung. Die finanziellen Vorgaben beim Arzthonorar gehen heute im Zeitalter der Pauschalierung meist nur noch von einem Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal aus. Wie soll der Arzt dies umsetzen? Soll und darf er den Patienten an der Praxistür nach Hause schicken? Jeder weiß, dass dies weder aus der Sicht des Patienten noch der des Arztes umsetzbar ist. Also werden Sprechzeiten gekürzt und Termine ins nächste Quartal verschoben. Wie viele Patienten dadurch Schaden genommen haben, wird statistisch bei dieser Form der Rationierung nicht erfasst.

Kommt es zu Versorgungsdefiziten sind natürlich nicht die Kostenträger oder die politisch Verantwortlichen gefragt, der Arzt bekommt die gesamte Verantwortung für die Defizite aufgebürdet.

Dies sind zwei Beispiele von Rationierung aus Patientensicht, jeder kann aufgrund täglicher Erfahrung die Liste noch verlängern.

● **Die Folgen trägt der Arzt!**

Wie reagieren die Kostenträger und die politisch Verantwortlichen auf solche Vorwürfe? Schon seit Jahren werden tatsächliche und vermeintliche Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen als Lösungsansatz bemüht. Diese müssten nur gehoben

werden, bevor man eine Debatte anstößt, wie dies Prof. Hoppe getan hat, so die Krankenkassen. Folgt man der Argumentation der Kostenträger, so könnte man glauben, dass sie bereit sind, Rationalisierungsgewinne weiter im System also bei den Leistungserbringern zu belassen. Die Erfahrung der Vergangenheit hat aber gelehrt, dass diese Gewinne von den Kassen zur Beitragsstabilisierung abgeschöpft werden, sodass eine Querfinanzierung neuer Leistungen nicht ernsthaft stattgefunden hat. Wollen die Krankenkassen glaubwürdig sein, so müssen sie ihre Strategie ändern. Dieses Vorgehen würde für den Patienten aber Verzicht auf Leistung bedeuten, die gerade der deutsche Patient an seinem Gesundheitswesen schätzt. In der Tat: Die finanziellen Ressourcen sind nicht unendlich, damit lassen sich medizinische Leistungen und der dazu gehörende Fortschritt auf Dauer nicht mehr abbilden. Diese einfache Wahrheit wird in unserem Gesundheitswesen wie ein Tabu gehandelt. Zurzeit zwingt man den Arzt, die Folgen beim Patienten allein umzusetzen, die Kostenträger und die politisch Verantwortlichen – meist handelt es sich dabei um Ökonomen und Juristen – halten sich vornehm im Hintergrund. Sie fürchten den Zorn ihrer Versicherten und des Bürgers, der das jahrelange Versprechen einer „Vollversorgung“ vom System einfordert.

● **Den Bürgern reinen Wein einschenken!**

Es ist Zeit, dass sich auch die politisch und finanziell Verantwortlichen zu ihrer Verantwortung im Gesundheitswesen bekennen und dem Bürger endlich reinen Wein einschenken. Sie müssen in Zukunft bereit sein, eine medizinische Basisversorgung zu definieren, die sich die Bevölkerung und der Deutsche Staat mit seinen Ressourcen noch leisten können.

Die Ärzte sind bereit, bei dieser Diskussion ihren Sachverstand einzubringen, aber sie werden in Zukunft dafür nicht mehr alleine die Verantwortung tragen wollen und können. Insofern kann man Prof. Hoppe nur ermuntern, die Diskussion über eine Rationierung im Gesundheitswesen weiter voran zu treiben.

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 11. April 2010, 13:30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 2c

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille und der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2009
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Satzungsänderung
6. Ergänzung Entschädigungsordnung des Berufsverbandes Deutscher Internisten
7. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Kooperation zwischen Ärzten und Krankenhäusern

Die neue Welt der Konsiliarärzte und Honorarärzte

Unter dem Begriff „Honorararzt“ verbirgt sich Vielfältiges. Oft werden Ärzte in einfachen Vertretungsverträgen so genannt, meist werden – sogar auf Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft – Ärzte in Konsiliarverhältnissen als „Honorarärzte“ bezeichnet. Aber was unterscheidet Konsiliarärzte von Honorarärzten – und was sind „unechte Konsiliarverhältnisse“? Und wie sollen Belegärzte mit den neuen Vertragsverhältnissen umgehen?

Nach Inkrafttreten der Änderung des § 121 SGB V durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im März 2009 sollten die Begriffsbestimmungen **Belegarzt**, **Honorararzt** und **Konsiliararzt** streng auseinander gehalten werden.

● Drei Begriffe, drei Bedeutungen

Ein **Belegarzt** ist ein nicht im Krankenhaus angestellter, zugelassener Vertragsarzt, der die stationären ärztlichen Leistungen aufgrund einer Belegarztzulassung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet. Das Krankenhaus rechnet die B-DRG ab.

Durch die Änderung des § 121 SGB V (neu: Abs. 5) können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen. Das heißt, die stationären belegärztlichen Leistungen werden nicht mehr mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, sondern durch das Krankenhaus mit den Krankenkassen direkt, und der **Honorararzt** wird im Innenverhältnis vergütet. Einhergehend mit der Änderung des § 121 SGB V durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde auch § 18 Krankenhausentgeltgesetz dahingehend geändert, dass bei Abschluss eines Honorar-

arztvertrages die Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen nur 80 % der A-DRG gegenüber den Krankenkassen abrechnen dürfen. Die Begründung des Gesetzgebers für diesen Abschlag war die angeblich günstigere Kostenstruktur in B-Häusern und die weniger schweren Krankheitsfälle.

Diese Begründung stimmt genauso wenig wie die Kalkulation: In vielen Fällen erreichen 80 % der Hauptabteilungs-DRG nicht mal die B-DRG; obgleich dann aus den 80 % noch die ärztlichen Leistungen vergütet werden müssen! Diese Regelung ist immer noch in der Diskussion – solange die Begrenzung auf 80 % gesetzlich nicht korrigiert wird, ist diese Regelung für die Häuser finanziell uninteressant.

Der Begriff Honorararzt ist also nunmehr gesetzlich definiert, das heißt, es handelt sich um einen Belegarzt auf einer B-Abteilung, für dessen Leistungserbringung das Haus die oben genannte Möglichkeit der Direktabrechnung mit den Krankenkassen in Höhe von derzeit 80 % der A-DRG gewählt hat.

Der **Konsiliararzt** ist ein ebenfalls nicht am Krankenhaus angestellter externer Arzt (unerheblich ist, ob es sich um einen zugelassenen Vertragsarzt, einen reinen Privatarzt oder

einen angestellten Arzt im MVZ handelt), der auf der Grundlage von § 2 Abs. 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz Leistungen, die das Krankenhaus auf seinen A-Abteilungen mittels eigener sachlicher oder personeller Mittel nicht zu erbringen vermag, anbietet. Konsiliarärztliche Leistungen können – entgegen ihrem strengen Wortlaut – auch die Untersuchung und die Mitbehandlung von Patienten umfassen. Dies gilt in der Regel für Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, die in ärztliche Fachgebiete fallen, die im Krankenhaus selbst nicht vertreten sind oder für besondere Subspezialitäten. Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn zwar eine chirurgische Hauptabteilung vorhanden ist, handchirurgische Leistungen jedoch durch einen Konsiliararzt erbracht werden.

● Unechte Konsiliarverhältnisse

Ergänzend dazu hat sich der sogenannte unechte Konsiliararzt eingebürgert, der die am Haus vorhandenen und in den Hauptabteilungen angebotenen Leistungen rein quantitativ ergänzt. Diese Situation besteht beispielsweise, wenn ein niedergelassener Orthopäde ohne Subspezialisierung in einer orthopädischen Hauptabteilung eingesetzt wird.

Diese sogenannten unechten Konsiliarverhältnisse sind insbesondere durch das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 30. April 2008 (Aktenzeichen: L 1 KR 103/07) unter Beschuss geraten, weil das Landessozialgericht Sachsen ganz klar festgestellt hat, dass Hauptleistungen des Krankenhauses nur durch angestellte Ärzte erbracht werden dürfen. Die Entscheidung erging im Bereich des ambulanten Operierens, muss wohl aber – erst recht – auf Hauptabteilungen im stationären Bereich übertragen werden.

Zwischenzeitlich hat sich die Besonderheit ergeben, dass kurz vor der Entscheidung des Bundessozialgerichts über die Revision in diesem Verfahren die Klage zurückgenommen wurde, sodass das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen rechtlich nicht mehr in der Welt ist. Die Rechtsmeinung als solche steht aber weiter im Raum; sie war und ist nach wie vor sehr umstritten. Gewichtige Stimmen, wie insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft, halten auch unechte Konsiliararztverhältnisse für zulässig; die Krankenkassen berufen sich aber auf die Rechtsmeinung des LSG Sachsen und verweigern häufig die Zahlung der A-DRG an die Krankenhäuser, die Leistungen durch so genannte unechte Konsiliarärzte erbracht haben.

● Teilanstellung als rechtssichere Alternative

Soweit sich Krankenhäuser darauf einließen, könnte man im Interesse der Konsiliarärzte diesem Risiko damit begegnen, dass im Vertrag die Verpflichtung der Krankenhäuser aufgenommen wird, die konsiliarärztliche Vergütung zu zahlen, unabhängig von der Tatsache, ob die entsprechende DRG vergütet wird. Damit ist die Gefahr jedoch nicht gebannt! Da in unserem Land von den Strafgerichten (formeller) Abrechnungsbetrug auch dann angenommen wird, wenn die Leistung – zwar sachlich ordnungsgemäß – aber in der Kenntnis erbracht wird, dass kein Abrechnungsanspruch im System der GKV besteht, sind staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren bei diesen Fallkonstellationen nicht auszuschließen. Bis zur höchstgerichtlichen Klärung – es sind wieder vergleichbare Fälle vor der Sozialgerichtsbarkeit anhängig – können daher „unechte Konsiliarverhältnisse“ nicht angeraten werden. Als rechtssichere Alternative für den Abschluss von unechten Konsiliararztverhältnissen kommt nach wie vor die Teilanstellung z. B. des niedergelassenen Orthopäden ohne Subspezialisierung auf der orthopädischen Hauptabteilung in einem Umfang von bis zu 13 Stunden (bzw. 26 Stunden bei hälftigem Versorgungsauftrag) in Betracht.

● Umwandlung von Beleghäusern in A-Häuser?

Um der 80 %-Prozent-Folge zu entgehen, werden nunmehr von einigen

Beleghäusern Überlegungen dahingehend angestellt, sich in ein A-Haus umzuwandeln – die Begrenzung auf 80 % der Hauptabteilungs-DRG gilt ja nur in Beleghäusern bzw. Belegabteilungen. A-Häuser rechnen selbstverständlich 100 % der Hauptabteilungs-DRG ab.

Was aber sind die Mindestvoraussetzungen für eine A-Abteilung? Reicht es für die Führung einer A-Abteilung aus, diese ausschließlich mit den früheren Belegärzten als Konsiliarärzte (nicht Honorarärzte, diese sind ja nur auf einer B-Abteilung möglich!) zu führen?

Hier ist aus Kreisen der für die stationäre Versorgung zuständige „Aufsichtsbeamte“ der Länder zu hören, dass Bestrebungen im Gange seien, diese Frage durch eine gesetzliche Neuregelung zu Beginn des Jahres 2011 zu klären. Die Überlegungen gingen dahin, als notwendige Voraussetzung für eine A-Abteilung einen angestellten Arzt vorzusehen. Die Frage, ob dies ein Vollzeitangestellter sein müsse ist – wie so vieles mehr – noch offen.

● Konsiliarärztliche Vergütung kann pauschaliert vereinbart werden

Eine erfreuliche Entwicklung darf jedoch zum Schluss in diesem Zusammenhang noch berichtet werden: Die Vergütung des Konsiliararztes durch das Krankenhaus konnte bislang nur auf der Grundlage der GOÄ rechtssicher vereinbart werden – obgleich sich häufig pauschalierte Vergütungen eingebürgert hatten. Komplizierte Umrechnungen, um über einen bestimmten Faktor aus der GOÄ-Vergütung auf den ärztlichen Teil der DRG zu gelangen, können aber zukünftig entfallen: Nach einem jüngsten Urteil des Bundesgerichtshof vom 12. November 2009 (Az: III ZR 110) findet die GOÄ im Verhältnis zwischen Konsiliararzt und Krankenhaus keine zwingende Anwendung, sodass nunmehr höchststrichlerklargestellt wurde, dass konsiliarärztliche Vergütungen pauschaliert vereinbart werden können, das heißt z. B. auch auf der Basis des ärztlichen Anteils der DRG. Was landauf, landab gelebt wird, steht nicht immer auf rechtssicheren Füßen. Die Rechtsprechung hinkt häufig den Zielvorstellungen des Gesetzgebers zur besseren Verzahnung ambulant/stationär hinterher, was leider durch unklare oder lückenhafte gesetzliche Formulierungen noch verschärft wird. Bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber hier Klarheit schafft und/oder die Rechtsprechung die vorhandenen Regelungen so interpretiert, dass sinnvolle Kooperationsstrukturen erhalten und ermöglicht werden.

Dr. iur. Karin Hahne
Fachwältin für Medizinrecht,
Frankfurt am Main

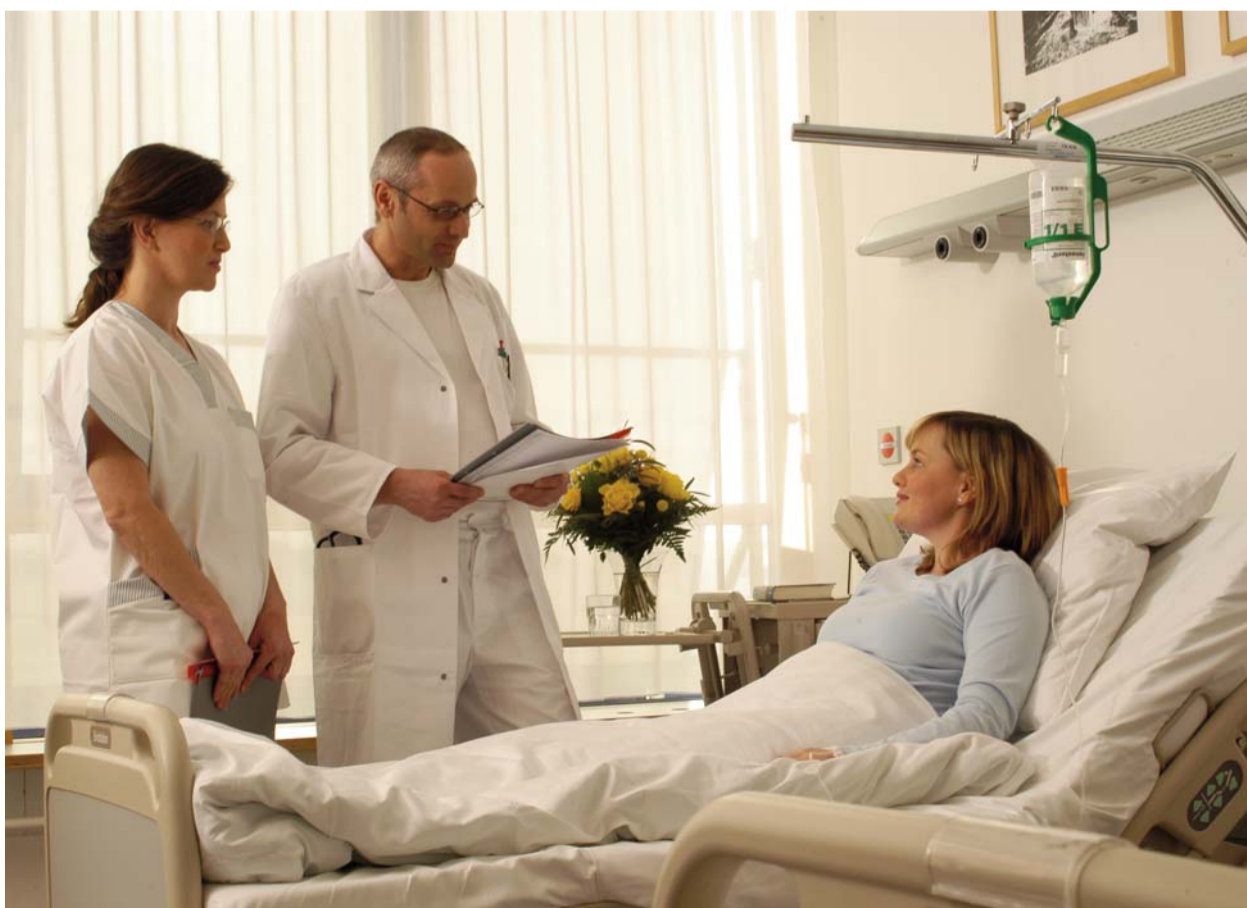


Foto: Thieme Verlagsgruppe

Sind „unechte“ Konsiliarverhältnisse zulässig? Als rechtssichere Alternative kommt nach wie vor eine Teilanstellung in Frage.

Regelversorgung für die GKV

Eine Herkulesaufgabe?

Schon Ende 2008 hatte Jannsen Cilag mit Prof. Dr. Jürgen Wasem drei Szenarien für eine zukünftige Gesundheitsversorgung ausgearbeitet. Nun stellt sich in der Diskussion dieser Szenarien heraus, dass es auf die Dauer notwendig sein wird, das Missverhältnis von Finanzierung und Leistungsinhalt aufzulösen.

Dabei wird in irgendeiner Form immer die Definition einer Regelversorgung erforderlich sein, will man nicht die soziale Komponente einer gesetzlichen Krankenversicherung in Frage stellen. Zur Rechtsicherheit gehört eine klare Vorgabe, was in der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet wird. So einfach die Forderung nach einer Regelversorgung klingt, umso schwieriger ist ihre Umsetzung. Es müssen medizinische und ökonomische aber auch gesellschaftspolitische Aspekte berücksichtigt werden. Hinzu kommt ein sehr hoher Anpassungsbedarf, weil sich neben den medizinischen Vorgaben auch die Morbidität der Bevölkerung permanent ändert. Der einfache Vorschlag, den derzeitigen Leistungskatalog festzuschreiben, wird dem Problem nicht gerecht: Eine unter Umständen relevante Innovation für die Versorgung der Bevölkerung kann man im Interesse der Menschen nicht einfach außen vor lassen. Auch aufwendige Behandlungsverfahren lebensbedrohlicher Erkrankungen wird man nicht einfach streichen können, nur weil sie teuer sind. Genauso wenig darf eine angemessene Lebensqualität außer acht bleiben. Man wird die Behandlung mit einer Totalendoprothese eines arthrotischen Gelenkes nicht streichen können, etwa mit der Anmerkung, ein Krückstock sei billiger.

● **Ansätze für eine Leistungseinschränkung**

Es gibt genügend Ansätze für eine Leistungseinschränkung, die man vorher ausdiskutieren muss:

- Gehört die Prävention in die GKV oder kann man diese Aufgabe der Eigeninitiative des Bürgers überlassen?
- Ist der Zahnersatz Bestandteil der Versorgung, wo doch in anderen zivilisierten Ländern dies nicht unter den üblichen Versicherungsschutz fällt?
- Gehören banale Erkältungskrankheiten zur Regelversorgung? Die finanziellen Belastungen durch solche Krankheiten sind für den einzelnen überschaubar und könnten deshalb ebenfalls zur Diskussion gestellt werden.
- Wie viel versicherungsfremde Leistungen will die GKV in Zukunft finanzieren, die entweder vom Einzelnen oder vom Staat übernommen werden müssen?
- Müssen all diese Kosten für die stationären Rehabilitationsmaßnahmen Gegenstand der Sozialversicherung sein?
- Was gehört zum normalen Krankheitsrisiko? Was muss ggf. der Bürger aus der eigenen Tasche gesondert versichern?

Dies sind nur einzelne wertfrei vorgetragene Fragen, die sich bei der Aufgabe der Definition einer Regelversorgung stellen.

● **Wer definiert die Regelversorgung?**

Damit ist das Problem aber noch lange nicht gelöst. Die Frage ist offen, wer die Regelversorgung definiert und wer die Überarbeitung des Leistungskataloges vornimmt. Hier kommt der Gemeinsame Bundesausschuss als Regulierungsinstrument in die Diskussion. Dabei sind Zweifel angebracht, ob er mit seiner derzeitigen Arbeitsweise dieser Aufgabe gerecht werden kann. Er ist zurzeit ein Instrument, das neue Leistungen eher ausbremst und sich dabei weniger medizinischer Argumente bedient. Umso mehr wird seine Ent-

scheidungspraxis formalistisch und juristisch via Verfahrensordnung geprägt – mit einem unangemessen hohen bürokratischen Aufwand, der zu sehr langen Entscheidungsprozessen führt, die der medizinischen Versorgung nicht mehr gerecht werden. Flexibilität sieht anders aus. Kein Wunder, dass in der Öffentlichkeit der Eindruck entsteht, dass ökonomische und nicht medizinische Zwänge die Entscheidungen des G-BA bestimmen. Für die Regelversorgung benötigt man ein Gremium, das schneller und flexibler entscheiden kann. Auch sollten durchaus neben Kostenträgern und

Körperschaften wie z. B. die KVen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch so genannte politisch relevante Gruppen mit einbezogen werden. Dieser Gedanke sollte geprüft werden, wird der Leistungskatalog doch zur zentralen gesundheitspolitischen Frage. Gesundheitspolitik ist auch Gesellschaftspolitik.

Man sieht, dass bei wertfreier Betrachtung die Definition einer Regelversorgung schon zu einer Herkulesaufgabe wird – die aber bei einem guten Willen aller Beteiligten gelöst werden könnte.

HFS

Anzeige 224 x 297

Die Gesundheitswirtschaft (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Fels in der Brandung der Finanzkrise

Damit ist die Gesundheitswirtschaft einer der Wachstumsmotoren der deutschen Volkswirtschaft. Die in diesem Bereich geschaffenen Arbeitsplätze gilt es dauerhaft zu sichern. Wie die nachfolgenden Zahlen darstellen, wird auch in der Krise im Gesundheitsmarkt investiert.

● Klinikketten führen TOP-100-Unternehmen an

Das Gesundheitswesen selbst ist sowohl als Voraussetzung der Produktivität, als auch als Wachstumsmarkt für Kapital, Arbeit, Produkte und Dienstleistungen zu einer bedeutenden ökonomischen Triebkraft geworden, die auf neue Weise in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingeht und als Teil der aktiven Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik gefasst werden muss. Die TOP-100-Unternehmen der Gesundheitsbranche stellten im Jahr 2008 ca. 606.000 Arbeitsplätze in Vollstellen. Zum Vergleich mit 2007 ergibt sich hieraus eine Steigerung um 0,2%.

Die Rangliste wird von Fresenius SE mit geschätzten 29.990 Vollzeitzellen in Deutschland angeführt. Auf den folgenden Platzierungen finden sich die Rhön-Klinikum AG (ca. 27.108 Vollzeitzellen) und die Asklepios Klinik GmbH mit ca. 25.700 Vollzeitzellen. Aufgrund der Tatsache, dass Medizin und Pflege im

Krankenhaus weiterhin sehr personalintensiv sind, ist zu erklären, dass die großen Klinikketten als größte Arbeitgeber in diesem Segment in Erscheinung treten. Den Spitzenplatz erhält Fresenius vor allem aufgrund der Helios Kliniken, die zum Konzern gehören.

Die Krankenkassen wachsen vor allem durch Fusionen und Integration. Beispielsweise baute die AOK Plus, zu der die Ortskrankenkassen in Sachsen und Thüringen im Jahr 2008 fusionierten, die Zahl ihrer Vollzeitzellen um 566 auf 6.530 aus. Die Kaufmännische Krankenkasse erhöhte die Zahl ihrer Vollzeitzellen um 329 auf nunmehr 3.626. Nach dem Zusammenschluss der BKK Allianz im April 2009 firmiert diese Kasse heute unter dem Namen KKH – Allianz. Ebenfalls zusammengeschlossen haben sich zum 1. Januar 2009 die Techniker Krankenkasse und die IKK direkt sowie zum Januar 2010 die Barmer Ersatzkasse und die GEK.

● Sorgenkind Pharmaindustrie

Grund zur Besorgnis gibt der Bereich der Pharmabranche in Deutschland. 2008 gab es über 7% weniger Vollzeitzellen als in 2007 – ein Indiz dafür, dass sich die Pharmaindustrie weiter aus Deutschland zurückzieht. Beispielsweise reduzierte Pfizer seine Stellenzahl im Jahr 2008 um ca. 830



Wie ein Fels in der Brandung: Von den dramatischen Einbrüchen in der Realwirtschaft durch die Finanzkrise zeigt sich die Gesundheitswirtschaft nahezu unbeeindruckt.

Foto: PhotoDisc

Vollzeitzellen auf nunmehr 3.320. Bayer Schering reduzierte die Zahl der Vollzeitzellen um 3.370 auf 8.907. Obwohl es in 2008 keine Privatisierungswelle gab, ist im Klinikmarkt offenkundig viel Bewegung. Vor allem Universitätskliniken sind unter den Top 100 der deutschen Gesundheitswirtschaft in großer Zahl vertreten.

● **Politik räumt Gesundheitswirtschaft hohen Stellenwert ein**
Die Regierungskoalition CDU/CSU und FDP räumen jedenfalls der Gesundheitswirtschaft einen hohen Stellenwert ein. Beispielsweise wird sie im Koalitionsvertrag als Zukunftsbranche dargestellt, als Wirtschaftsbereich mit der höchsten Innovationsrate. Die Schwarz-Gelbe-Regierung spricht auch von der großen oft unterschätzten Bedeutung der

Gesundheitswirtschaft für die Volkswirtschaft.

Dipl.-Betw. Tilo Radau

Literatur:
Klaus-Peter Müller von der Grün, „Die Gesundheitswirtschaft als Hort der Stabilität“ aus „Die Gesundheitswirtschaft“, 3. Jahrgang 6/09

4. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen

Fortbildung mit Herz

Inzwischen ist es Tradition dass am dritten Januarsamstag der Internistische Fortbildungstag Niedersachsen stattfindet. So fanden sich am am 16. Januar zahlreiche Interessierte zum 4. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen in Hannover ein. Grußworte von den Ehrengästen – der Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker, und des Präsidenten des Berufsverband Deutscher Internisten, Dr. Wolfgang Wesiack – leiteten diesen Tag ein.

Der Ehrenvorsitzende und Fortbildungsbeauftragte des Landesverband Niedersachsen des BDI, Dr. Wolf-Dieter Kirsten, hatte als Initiator und Organisator diese Fortbildung unter dem Leitthema Kardiologie mit dem Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Angiologie der Medizinischen Hochschule Hannover, Prof. Dr. Helmut Drexler, geplant. Schicksalhaft akut aus dem Leben gerissen, wurde an diesem Tag in einer Schweigeminute des national und international geschätzten Kliniklers, Hochschullehrers und Wissenschaftlers gedacht. Besonderer Dank wurde dem jetzigen Kommissarischen Leiter der Klinik,

Prof. Dr. Bernhard Schieffer, zuteil, der spontan und mit großem Engagement die wissenschaftliche Leitung übernommen hatte und das Einführungsreferat mit einem Überblick über den aktuellen Stand der Kardiologie hielt.

● Zwischen Kardiologie und Berufspolitik

PD Dr. Schaefer beleuchtete den Stellenwert der invasiven Kardiologie, Dr. Kempf setzte sich mit bewährten und neuen Aspekten der Therapie der kardialen Insuffizienz auseinander, während Prof. Klein die aktuellen Behandlungsmethoden der kardialen

Rhythmusstörungen kritisch bewertete.

Dr. Wolfgang Wesiack bestritt den zwischenzeitlichen gesundheits- und berufspolitischen Part, wobei er in Bezug auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Wesentlichen auf die Chancen und Risiken unter der neuen Bundesregierung einging.

● Nächster Fortbildungstag zum Thema Rheumatologie

Das Auditorium bewies mit zahlreichen und inhaltlich intensiven Nachfragen das starke Interesse an den fachlichen Aktualitäten als auch an



Dr. Wolf-Dieter Kirsten, Ehrenvorsitzender und Fortbildungsbeauftragter des Landesverbandes Niedersachsen des BDI, Dr. Martina Wenker, Präsidentin der ÄKN und BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (von links).

Foto: Kirsten

den politischen Rahmenbedingungen, die heute in hohem Maße ärztliches Handeln beeinflussen.

Dr. Kirsten dankte abschließend den Ehrengästen und den Referenten für ihre Beiträge und den engagierten Teilnehmern, die den Erfolg dieser Veranstaltung ausmachten.

Als Termin für den Fortbildungstag im nächsten Jahr, das heißt den 5. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen, gab Dr. Kirsten Samstag, den 15. Januar 2011, bekannt. Dieser soll sich – nach bisheriger Planung – mit dem Leitthema Rheumatologie befassen.

Dr. Wolf-Dieter Kirsten

Krankenhaus-Report 2010

Fallpauschalen fördern die Produktivität

Der Ende letzten Jahres erschienene Krankenhaus-Report 2010 zeigt die Wirkung der DRG-Einführung seit dem Jahr 2003: Die Krankenhäuser haben Kapazitäten abgebaut und ihre Produktivität gesteigert. Die Zahl der Betten ist von 2003 bis 2007 um 7,1% zurückgegangen, die Verweildauer parallel um 8,3% gesunken. Gleichzeitig erhöhte sich die Fallzahl um 1,3%.

Der jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) herausgegebene Report hat sich diesmal das Schwerpunktthema „Krankenhausversorgung in der Krise?“ gesetzt. Die Analysen zeigen, so WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber, dass die Chancen von Krankenhäusern überwiegend genutzt und die Herausforderungen bewältigt wurden. Aus Kassensicht aber weist er darauf hin, dass weiterhin Effizienzreserven in Milliardenhöhe bestehen. Politischen Handlungsbedarf sieht er insbesondere bei der Sicherstellung der Investitionsfinanzierung. Das Fallpauschalen-System nach dem Prinzip, gleiche Leistungen gleich zu vergüten, zeigt Wirkung. Auf der einen Seite haben vor allem private Klinikketten ihre Gewinne in den letzten Jahren ausgebaut, auf der anderen Seite arbeiten etliche Krankenhäuser aber auch mit Verlust. Im Regelfall reagieren sie darauf mit Maßnahmen zur Produktivitätssteigerung wie der Optimierung von Betriebsabläufen. Faktische Insolvenzen und Schließungen sind daher, anders als Fusionen, die große Ausnahme.

● **Stationäre Versorgung in Deutschland häufig**

Klauber weist auf überdurchschnittliche Kapazitäten in der stationären Versorgung hin: Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit 5,7 Betten je 1000 Einwohner auf dem dritten Rang im OECD-Vergleich hinter Japan und Österreich. Effizienzanalysen weisen darauf hin, dass gegenwärtig von 2 bis 4 Mrd. Euro Effizienzreserven auszugehen ist. Weitere Effekte werden dadurch erwartet, dass die bestehende sektorale Trennung der Krankenversorgung weiter gelockert und Möglichkeiten für Selektivverträge geschaffen werden. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt nach Ansicht der Krankenhausespezialisten Prof. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik in München, und Andreas Beivers, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts, dass die Optimierung der Krankenhausversorgung in Deutschland nur relativ ist. In den Nachbarländern werden wesentlich weniger Patienten vollstationär – und mit einer kürzeren Verweildauer – behandelt. Das hängt vor allem damit zusammen, dass viele Leistungen stationärsersetzend erbracht werden. Um diese Effizienzvorteile auch in Deutschland zu generieren, müssten jedoch die schwierigen Rahmen-

bedingungen, wie die Investitions- und Kapazitätsplanung der Bundes-

länder, aber auch die strikte Trennung des stationären und ambulanten Vergütungssystems, angepasst und reformiert werden.

● **Flexibilisierung des Vertragsrechts erforderlich**

Kritik äußern Neubauer und Beivers an der Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors. Mit der Vorgabe eines Einheitspreises verliere der Preis seine Funktion, das Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und –angebot herzustellen. Das führe zwangsläufig zu Über-, Unter- und Fehlversorgung

und keineswegs zu mehr Wettbewerb. Anstelle einer staatlichen Preisvorgabe sei vielmehr eine Flexibilisierung des Vertragsrechts notwendig. Kassen und Krankenhäuser sollten mehr Möglichkeiten erhalten, Leistungen und Preise individuell zu vereinbaren.

Neben dem Schwerpunktthema bietet der Krankenhaus-Report Raum für eine Reihe aktueller Einzelthemen, etwa zum Potenzial der ambulanten onkologischen Versorgung im Krankenhaus, zur Situation des Pflegepersonals, zu Hygienefehlern im Krankenhaus oder zum Einfluss von

Strukturmerkmalen der Krankenhäuser auf die Qualität der Versorgung. Im Statistikteil finden sich die aktuellen Krankenhausdaten, darunter Ergebnisse der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz, sowie zentrale Budget- und Leistungsinformationen für ca. 1600 Krankenhäuser.

KS

Klauber/Geraedts/Friedrich (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Schattauer Verlag, Stuttgart 2010 54,95 €

Innere Medizin

aktuell



Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und der DGE

Maximale Qualität – sensationeller Preis!

Ernährungsmedizin
Biesalski/Bischoff/Puchstein (Hrsg.)
Ca. 1. Halbjahr 2010.
4., vollst. überarb. u. erw. A.
Ca. 1084 S., ca. 250 Abb., geb.,
ISBN 978 3 13 100294 5
Ca. 89,95 € [D]
Ca. 92,50 € [A]/Ca. 149,- CHF

- Klinische Ausrichtung**
- Alle ernährungsabhängigen Krankheiten von Arthrose bis Zöliakie
 - Prävention, Diagnostik und ernährungsmedizinische Therapie
 - Übergewicht auch im Kindesalter, Immunologische Faktoren
 - Lebensmittelsicherheit, Qualitätssicherung in Großküchen
 - Künstliche Ernährung (ambulant und stationär)
 - Ernährungsempfehlungen der DGE, Curriculum der Bundesärztekammer und der DGE
 - Konkrete Ernährungsempfehlungen zu jedem Krankheitsbild

In der 4. Auflage alles auf dem neuesten Stand, erweitert um neue ernährungsrelevante Themen: Functional Food, Lebensmittelzusätze, Probiotika, ...



Für die tägliche Praxis: aktuell und kompetent

Gastroenterologie für die Praxis
Köppen
Ca. 1. Halbjahr 2010.
Ca. 400 S., ca. 350 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 146761 4
Ca. 59,95 € [D]
Ca. 61,70 € [A]/ca. 99,50 CHF

Kurz und prägnant mit vielen Bildern: die gesamte Gastroenterologie für den Alltag in Praxis und auf Station

- Darstellung aller typischen gastroenterologischen Beschwerdebilder
- Gastroenterologische Diagnostik und Differenzialdiagnostik mit konkreten Tipps für die praktische Umsetzung
- Klare Empfehlungen: welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es und welche haben sich in der Praxis bewährt?
- Vom Symptom über charakteristische Befunde zur richtigen Diagnose und erfolgreichen Therapie
- Der übersichtliche, klare Aufbau führt rasch zur gesuchten Information
- Über 300 brillante Abbildungen eignen sich hervorragend als Referenzbilder



Vorbestellpreis! Sie sparen 50,- €uro!

Der aktuelle Standard

Tropenmedizin in Klinik und Praxis mit Reise- und Migrationsmedizin
Löschner/Burchard (Hrsg.)
Ca. 2. Quartal 2010.
4., kompl. überarb. u. erw. A.
Ca. 848 S., ca. 350 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 785804 1

Vorbestellpreis: Ca. 199,95 € [D]
Ca. 205,60 € [A]/ca. 332,- CHF
gültig bis 3 Monate nach Erscheinen
Danach Normalpreis:
Ca. 249,95 € [D]
Ca. 257,- € [A]/ca. 415,- CHF

- Patienten effektiv beraten und fundiert behandeln**
- Alle Tropenkrankheiten detailliert und praxisnah dargestellt
 - Alle Infektionskrankheiten von reisemedizinischer Relevanz
 - Tropentauglichkeits- und Tropenrückkehreruntersuchung
 - Reisemedizinische Beratung, Impfprophylaxe
 - Zusätzliche Abbildungen und instruktive Filme auf der Homepage

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] sind die Versandkosten in der Preisangabe enthalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung: 07 11 / 89 31-900

☎ Faxbestellung: 07 11 / 89 31-901

@ Kundenservice @thieme.de

🌐 www.thieme.de



Qualitätsmanagement in der Praxis – Teil 2

Mühsam nährt sich das Eichhörnchen

Was bisher geschah: Der Internist Dr. Müller erhält Post von der Kassenärztlichen Vereinigung, die ihn auffordert, eine Selbstbeurteilung zum Stand des Qualitätsmanagementsystems in seiner Praxis auszufüllen. Darauf ist er nicht besonders gut vorbereitet. Glücklicherweise bietet ihm sein Kollege Dr. Wohlgemuth Hilfe an, die er zunächst nur widerstrebend annimmt. Bei einem ersten Treffen erkennt er jedoch die Vorteile der Zusammenarbeit und verabredet mit ihm regelmäßige Arbeitstreffen ...

Donnerstag gegen Mittag im Arztzimmer von Dr. Müller. Dr. Müller übergibt die letzte Patientenakte für diesen Morgen an Anneliese Schmidt, seine Sprechstundenhilfe.

„War wieder ein belebter Vormittag, oder?“

„Da haben Sie Recht, Herr Doktor. In einer guten Stunde geht es weiter. Übrigens, wie war es denn gestern bei Dr. Wohlgemuth?“

„Oh, ja, eigentlich ganz vielversprechend. Er kommt am nächsten Mittwoch mit seiner Praxismanagerin zu uns, um gemeinsam an Themen des Qualitätsmanagements zu arbeiten.“

„Nanu, Herr Doktor, auf einmal bekehrt? Bislang haben Sie das doch immer kategorisch abgelehnt!“

„Bekehrt wäre übertrieben. Aber die KV übt Druck aus und Dr. Wohlgemuth kennt sich wirklich gut im Thema aus.“

„Ach“, ereifert sich die Sprechstundenhilfe. „Wie oft habe ich Ihnen denn in den letzten Monaten in den Ohren gelegen? Und was haben Sie gemacht? Nichts! „Das hat noch Zeit Anneliese“, haben Sie immer wieder gesagt!“

„Liebe Anneliese, so war das doch gar nicht gemeint. Ich weiß doch, wie tüchtig Sie sind. Bitte halten Sie sich bis auf weiteres den Mittwochnachmittag frei.“

„Wie Sie wünschen, Herr Doktor, Mahlzeit!“

„Das hat mir grade noch gefehlt“, sinnt Dr. Müller beim Mittagsimbiss...

Am folgenden Mittwoch um 15.50 Uhr. Dr. Wohlgemuth und Frau Pfiffig treffen in der Praxis von Dr. Müller ein.

„Ach, Frau Pfiffig, Kollege Wohlgemuth! Schön, dass Sie da sind“, begrüßt Dr. Müller die Ankömmlinge. Auf dem Weg in das Arztzimmer lässt Dr. Wohlgemuth den Blick ein wenig schweifen. „Das Mobiliar hat auch schon bessere Tage gesehen“, denkt er sich und nimmt auf dem Stuhl neben Frau Pfiffig Platz.

„Na, Herr Kollege, die Zeit am letzten Wochenende bereits genutzt, um die Zukunftsplanung Ihrer Praxis aufs Papier zu bringen?“

„Nein, dazu war wirklich keine Zeit. Samstag saß ich bis mittags in der Praxis und Sonntag war ich bei einem Ehemaligentreffen meiner Alma Mater. Frau Schmidt hat den 80. Geburtstag ihrer Mutter ausgerichtet. Übrigens eine langjährige, zufriedene Patientin von mir. Geistig noch voll auf der Höhe.“

„Nun“, beginnt Dr. Wohlgemuth.

„Lassen Sie uns systematisch an die Sache heran gehen. Mein Vorschlag ist, sich zunächst gemeinsam einen Überblick über die Anforderungen verschaffen und im zweiten Schritt an die Umsetzung und Dokumentation zu gehen. Dann sollten wir uns gemeinsam die Mutter aller Qualitätsnormen zu Gemüte führen – die DIN ISO 9001.“

„Halten Sie das für eine gute Idee? Wenn ich mich recht erinnere, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein eigenes QM-System entwickelt, das viel besser auf die Belange der Arztpraxen ausgerichtet ist“, gibt Dr. Müller zu bedenken.

„Das stimmt zwar“, erwidert Dr. Wohlgemuth, „aber auch dieses Verfahren basiert letztendlich auf der DIN ISO 9001...“ „... und kann bei Bedarf deren Anforderungen ergänzen“, vollendet Frau Pfiffig den Satz ihres Chefs.

„Also gut, wie sieht dies nun im Detail aus?“

„Wir lesen gemeinsam die Norm, gliedern dabei die Anforderungen und übertragen sie auf unsere Terminologie. Dann wird auch klar, was tatsächlich gemeint ist, und wie wir sie auf die Belange unsere Praxen adaptieren können.“

„Für mich klingt das alles viel zu theoretisch. Ich hoffe, Sie zitieren hier nicht nur aus Ihrem Abendkurs. Können wir uns nicht einfach an das Aus-

füllen der Formblätter der Bezirksärztekammer machen? Das würde uns eine Menge Arbeit ersparen.“ Bereits leicht entnervt geht Dr. Wohlgemuth auf die Provokation seines Kollegen ein: „Das könnten wir natürlich tun, wenn wir kein wirklich substantielles QM-System entwickeln wollten. Wir machen das aus der Überzeugung heraus, dass eine analytische Vorgehensweise mögliche Schwächen unseres Systems aufdeckt, und wir unsere Dienstleistung im Sinne des Patienten bei höchstmöglicher Qualität mit geringstem Aufwand erbringen.“

„Also gut, lassen Sie uns beginnen.“

Die Damen haben bereits ihre Ausgabe der DIN ISO 9001 herausgeholt und aufgeschlagen. Paarweise beginnen die Parteien nun mit dem Studium.

„Warum ist diese Norm denn dreisprachig?“, fragt Dr. Müller vorsichtig. „Das ist doch unnötige Geldverschwendung.“

„Die DIN ISO 9001 ist eine weltweit gültige, internationale Norm“, erwidert Dr. Wohlgemuth. „Mehr als eine Million Unternehmen, Behörden und Einrichtungen im Gesundheitswesen wurden bereits nach dieser Norm zertifiziert. Es gibt keine QM-Norm, die weiter verbreitet ist.“

„Was ist denn nur im Kapitel 4 - Allgemeine Anforderungen gemeint? Hier ist immer von Prozessen die Rede“, fragt sich Dr. Müller.

„Ersetzen Sie die Wortpaare“, schätzt Dr. Wohlgemuth vor. „Prozesse = Abläufe, lenken = steuern, Organisation = Praxis. Frau Schmidt, wären Sie so gut, die dann resultierende Formulierung zu bilden?“

„Ja, gerne: Die Praxis muss qualitätsrelevante Abläufe, deren Abfolge und Wechselwirkungen identifizieren, Kriterien und Methoden zur wirksamen Durchführung und Steuerung festlegen, die Verfügbarkeit von Ressourcen und Informationen sicherstellen sowie Informationen erfassen, messen und analysieren.“

„Sehr gut! Wenn wir dann noch Produktrealisierung durch „Erbringung der Dienstleistung“ ersetzen, haben wir fast schon die Gliederung für die weitere Arbeit. Wie heißt es dann, Frau Pfiffig?“

„Die Abläufe sollten Leitungstätigkeiten, Bereitstellung von Ressourcen, Erbringung der Dienstleistung und Messung der Wirksamkeit beinhalten.“

„Perfekt. Damit sollte klar sein, was gemeint ist. Oder haben Sie noch weitere Fragen, Kollege Müller?“ Dr. Müller muss zugeben, dass die Anforderungen damit tatsächlich verständlich wurden. „Nein, bis auf weiteres nicht“, sagte er zögerlich. „Allerdings wäre mir sehr daran gelegen, diese Abläufe noch mehr zu konkretisieren. Es ist immer noch reichlich abstrakt.“

„Dazu kommen wir noch, Kollege Müller“, sagte Dr. Wohlgemuth. Endlich spürte er so etwas wie leichte Anerkennung oder gar Bewunderung in den Worten von Dr. Müller. Sollte er tatsächlich ein Mittel gefunden haben, die Selbstzufriedenheit seines älteren Kollegen zu überwinden? Das wäre ja zu schön um wahr zu sein.

„Bevor wir gemeinsam zum wohlverdienten Abendessen gehen möchte ich noch kurz einen Blick auf die Dokumentationsanforderungen werfen“, schlägt Wohlgemuth vor. Wieder beugen sich alle über die Norm. „Nun Kollege Müller, was muss nach Ihrem Verständnis die Dokumentation enthalten?“

„Ja also, zunächst einmal das Qualitätsmanagementhandbuch...“

„Richtig!“

„Eine dokumentierte Qualitätspolitik und Qualitätsziele...“

„Genau, was noch?“

„Dokumente, die die Praxis zur Sicherstellung einer wirksamen Planung, Durchführung und Steuerung der Abläufe benötigt...“

„Absolut richtig, und nicht zuletzt – Frau Schmidt, wissen Sie es?“

„Von dieser Norm geforderte dokumentierte Verfahren und Aufzeich-

nungen“, ergänzt Frau Schmidt freudig.

„Ihr scheint diese Gruppenarbeit richtig Spaß zu machen“ denkt Dr. Müller. „Vielleicht hätte ich mir doch Zeit nehmen sollen, diese Arbeit mit ihr in Ruhe zu erledigen. Sie hatte es ja oft genug versucht.“

„Was sagt die Norm über den Inhalt des Qualitätsmanagementhandbuchs, Frau Pfiffig?“

„Die Praxis muss ein Qualitätsmanagementhandbuch einführen und bei Bedarf aktualisieren. Dieses muss die eingeführten dokumentierten Verfahren, Verweise darauf sowie eine Beschreibung der Wechselwirkung der Abläufe enthalten und die Struktur der Dokumentation im Überblick darstellen.“

„Sehr gut zusammen gefasst. Weiterhin ist beschrieben, dass Dokumente bewertet und erneut zu genehmigen sind, sowie eine vollständige Änderungshistorie und einen eindeutigen Revisionsstand aufweisen müssen. Dazu muss ein dokumentiertes Verfahren zur Festlegung der erforderlichen Kontrollmaßnahmen eingeführt werden. Aufzeichnungen sind dagegen Dokumente, die erstellt und aufbewahrt werden, um einen Konformitätsnachweis zu erbringen. Auch dafür ist ein dokumentiertes Verfahren zur Kontrolle, Identifizierung, Aufbewahrung, Schutz, Wiederauffindbarkeit, Aufbewahrungsfrist einzuführen.“

„Puuh, jetzt wird es aber doch kompliziert“, kommentiert Frau Pfiffig die Ausführungen ihres Chefs.

„Wir sollten für heute Schluss machen!“

„Machen wir auch gleich. Übrigens, ich lade Sie alle zum Abendessen in die Traube ein“, erklärt Dr. Wohlgemuth gut gelaunt.

„Na gut, aber in der nächsten Woche bin ich dann dran.“

„Ehrensache, Herr Kollege.“

Fortsetzung folgt...

Michael Bothe, VDE-Institut, Offenbach/Main



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit



Machen Sie mit!



Perry J. Pickhardt, Glen M. Arluk
Unter Mitarbeit von P. Rogalla
Atlas der gastrointestinalen Bildgebung
Gegenüberstellung: Radiologie – Endoskopie
Elsevier/Urban & Fischer, München 2009; 475 S., 190,- €

Mit den Augen des Radiologen

Spätestens beim ersten Durchblättern des Atlas, rückt der eher im Hintergrund benannte Untertitel des Werkes in den Vordergrund: Die zahlreichen Abbildungen sind eine Gegenüberstellung radiologischer Bildgebung aus dem gesamten Gastrointestinaltrakt in den typischen Graustufenbildern mit den korrelierenden farbigen endoskopischen Videoprints. Die amerikanischen Herausgeber und Autoren (sowie die für die deutsche Bearbeitung Verantwortlichen) betrachten den Gastrointestinaltrakt eindeutig aus radiologischer Sicht. Etwa 2/3 des Bildmaterials hat einen radiologischen Ursprung. Die Gliederung der Kapitel entspricht einer Reise durch die Hohlgänge des Gastrointestinaltrakts, beginnend mit dem Ösophagus, Magen, Duodenum, Dünndarm, Kolon und Rektum, abschließend mit einem „Kurztrip“ durch das hepatopankreobiliäre System. Die einzelnen Kapitel werden

strikt in Abschnitte zu Tumorerkrankungen, entzündlichen Erkrankungen und sonstigen Erkrankungen der einzelnen Organabschnitte unterteilt. So werden im Kapitel Ösophagus die Themenkomplexe Ösophagustumore, gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD), nicht refluxbedingte Ösophagitis, Motilitätsstörungen und andere Krankheitsbilder des Ösophagus beschrieben. In dieser konsequenten Systematik werden dann radiologische und endoskopische Bildbefunde des Plattenepithelkarzinoms, des Adenokarzinoms sowie mesenchymaler und anderer Ösophagustumoren abgearbeitet. Dabei gelingt es durchaus einzelne Solitärerkrankungen direkt von einem Patienten gegenüberzustellen, häufig werden jedoch auch typische endoskopische Läsionen mit den korrespondierenden radiologischen Veränderungen in mehreren Bildbeispielen geclustert, die von unterschiedlichen Patienten ausgewählt wurden. Zu den einzelnen Krankheitsbildern gibt es eine kurze allgemeine Einführung, gefolgt von einer ebenfalls knapp gehaltenen klinischen Beschreibung zu Ätiologie, Epidemiologie und Prognose.

Vor der Kommentierung einzelner Bildbeispiele, wird eine Einführung zur Bildgebung allgemeiner Charakteristika der radiologischen und endoskopischen Veränderungen gegeben. Die strikte Gegenüberstellung radiologischer Befunde mit endoskopischen Befunden wird im Bedarfsfall durchaus erweitert, und so findet man bei einzelnen speziellen Krankheitsbildern auch ergänzendes Bildmaterial aus der konventionellen Sonographie, teilweise auch Duplexsonographie und, wenn erforderlich, auch Endosonographie sowie Bilder von Operationspräparaten. Selbstverständlich werden auch dreidimensionale Rekonstruktionen (volume rendering) und virtuell endoskopisch-radiologische Techniken mit aufgenommen, wobei dieser Anteil eher gering ist. Führend sind

hier sicherlich die radiologischen Schnittbildverfahren mit CT und MRT, sowie die konventionelle Radiologie mit Bariumkontrastverfahren. Neuere endoskopische Bildgebungsmöglichkeiten wie direkte Färbeverfahren, NBI als optisch-elektronische Alternative zur Chromoendoskopie oder endoskopische In-Vivo-Mikroskopie werden als zukünftige Variationen aus diesem Diagnostikbereich noch nicht erwähnt. Ebenfalls ist bei der Dünndarmdiagnostik, die Kapselendoskopie unterrepräsentiert. Die Vermutung der Autoren, dass die CT-Kolographie (CTC) in Zukunft eine noch größere Rolle in der kolorektalen Krebsvorsorge spielen wird, ist ein amerikanischer Traum und wird sich in Deutschland schon wegen der Strahlenbelastung nicht durchsetzen.

Fazit: Der „Atlas der gastrointestinalen Bildgebung“ ist ein hochwertiger Bildatlas mit sehr guten Bildbeispielen für ein großes Spektrum an gastrointestinalen Erkrankungen. Voraussetzung für das Studium des Atlas ist, dass der interessierte Leser über praktische Grundkenntnisse auf dem Gebiet der abdominalen Radiologie und Gastroenterologie verfügt. Für den gastroenterologisch tätigen Arzt wäre eine Erweiterung der nächsten Ausgabe durch endoskopische Bildverfeinerungsmethoden sowie die stärkere Implementierung der Kapselendoskopie wichtig. Dann würde dieses Werk auch seinem Haupttitel komplett gerecht.

Dr. med. Rainer Behrendt



Dr. med. Rainer Behrendt ist Facharzt für Innere Medizin mit Tätigkeitsschwerpunkt Gastroenterologie und seit 14 Jahren niedergelassen in einer internistischen Gemeinschaftspraxis in Wunstorf bei Hannover.

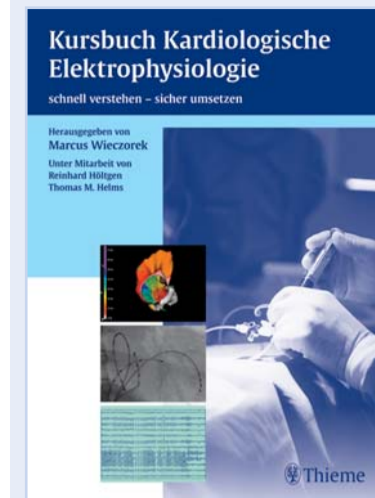


A. Schäffler, L.C. Bollheimer, R. Büttner, C. Girlich
Funktionsdiagnostik in Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel
Springer Verlag, Heidelberg 2009
171 S., 5 Abb., 49,95 €

Schneller Überblick über ein weites Gebiet

Der Titel des Buches lässt aufgrund des großen Themengebietes ein dickes Nachschlagewerk erwarten. Dem ist nicht so. Auf gerade mal 171 Seiten ist es den Herausgebern gelungen, die 75 wichtigsten Funktionstests und Laborbestimmungen auf den Gebieten der Endokrinologie, Diabetologie und der Stoffwechselsysteme darzustellen. Das interdisziplinäre Buch richtet sich an alle Ärzte, die im Rahmen des diagnostischen Vorgehens Laborparameter und Funktionstest anfordern, durchführen und interpretieren möchten. Nach einem einleitenden Kapitel mit allgemeinen Hinweisen zur Proben-gewinnung und möglichen Fehler-

quellen bei der Abnahme werden in 15 Kapiteln die verschiedenen endokrinologischen Systeme abgearbeitet. Angefangen vom Kohlenhydratstoffwechsel über die Nebenschilddrüse und dem Gastrointestinaltrakt bis hin zur Hypophyse werden alle wesentlichen Labortest dargestellt. Dabei wird eine einheitliche Gliederung eingehalten. In knapper und übersichtlicher Form werden Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Testprinzipien und Testdurchführungen dargestellt. Die sich dann anschließenden Rubriken „Interpretation“, „Fallstricke“ und „Praxistipps“ sind ein besonderes Merkmal des Buches: Hier findet der Leser viele nützliche und praxisnahe Informationen aus dem persönlichen Erfahrungsschatz der Autoren. Der Vorteil des Buches liegt in seiner Kürze und seiner Fülle an praktisch



Marcus Wiczorek, Reinhard Höltgen, Thomas H. Helms
Kursbuch Kardiologische Elektrophysiologie
Schnell verstehen – sicher umsetzen
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2009
256 S., 321 Abb., 129,95 €

Exzellentes „Lernwerk“

Die klinische Elektrophysiologie hat mit der Fortentwicklung der Katheterablation im letzten Jahrzehnt einen rasanten Fortschritt erlebt und sich in der invasiven Kardiologie neben der Koronarangiographie und -intervention etabliert. Die Möglichkeit guter Fortbildung ist jedoch noch ausgesprochen limitiert: Bislang gibt es kaum eine Möglichkeit, Erfahrungen anderer in einem Lehrbuch nachzulesen, und praktische Fragen derjenigen, die sich in die invasive Elektrophysiologie einarbeiten, bleiben oft unbeantwortet. Neben den Sachkundekursen, die seit kurzem durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie durchgeführt werden, ist das „Kursbuch“ von Wiczorek et al. daher eine willkommene Bereicherung der kardiologischen Fortbildung. Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass es sich hierbei nicht um ein Lehrbuch im engeren Sinn handelt, sondern um ein „Lernbuch“, mit dem der Anfänger der invasiven Elektrophysiologie sich auf die Prozeduren und die Interpretation komplexer EKGs vorbereiten kann. Auch als Rekapitulation kann das Buch eine wertvolle Hilfe bei der Perfektionierung der eigenen Arbeit darstellen. In diesem Zusammenhang sind die beiden Vorworte von Hein Wellens und Karl-Heinz Kuck, zwei Vorreitern der EKG- und Elektrophysiologie-Didaktik, zu nennen, in denen darauf hingewiesen wird, dass auch im Zeitalter der Ablation die Voraussetzung für den Erfolg das perfekte Verständ-

nis des Arrhythmie-Mechanismus ist: Anstelle des „learning by burning“ sollte das „burning after learning“ stehen.

Das „Kursbuch“ besticht vor allem durch die vielen EKGs, didaktisch wertvollen Schema-Zeichnungen und Röntgenbilder (188 Abbildungen), an denen der Leser beispielhaft verschiedene Arrhythmien und deren differentialtherapeutische Aufarbeitung erlernen kann. Dazu ermöglichen zahlreiche praktische Tipps (z. B. Reihenfolge der Katheterpositionierung, Bewegung der Katheter unter Durchleuchtung) manchen Lernerfolg. Der Kursbuch-Charakter manifestiert sich in einem ansprechenden und übersichtlichen Layout, in den zu Beginn jedes Abschnitts formulierten Lernzielen und in vielen als Fragen formulierten Überschriften. Ein weiterer Pluspunkt ist das Literaturverzeichnis mit zahlreichen Übersichtsarbeiten zur Vertiefung einzelner Themen.

Um Enttäuschungen vorzubeugen: Die Themen Ablation von Vorhofflimmern und Kamertachykardien nach Myokardinfarkt sind bewusst ausgespart, da hierzu umfangreichere Kenntnisse (z. B. dreidimensionaler Mapping-Systeme) erforderlich sind, die weit über die Belange des Anfängers und vertiefend Lernenden hinausgehen. Für Ärzte ohne elektrophysiologische Vorkenntnisse und solche, die nicht selbst invasiv elektrophysiologisch tätig sind, ist das Buch zu komplex. Die nächste Auflage könnte durch Hinzufügen weiterer Tabellen (nur 4 in dieser Auflage), praktische Tipps zur Technik der Signalableitung und ein Kapitel über Punktionsstechniken (inklusive transseptaler Punktion zur Ablation der atrialen Insertion akzessorischer Bahnen) noch attraktiver werden.

Fazit: Das „Kursbuch“ ist ein exzellentes „Lernwerk“ für Kardiologen, die sich in die diagnostische Elektrophysiologie und (rechtskardiale) Katheterablation einarbeiten. Ihm ist eine weite Verbreitung zu wünschen.

PD Dr. med. Carsten W. Israel



Privatdozent Dr. med. Carsten W. Israel ist Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie des Ev. Krankenhauses Bielefeld-Bethel und Dozent der J. W. Goethe-Universität Frankfurt. Er ist Stellvertretender Sprecher der Arbeitsgruppe Herzschrittmacher und Elektrophysiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

relevanten Informationen. Der Druck ist durchgehend schwarzweiß. Einige wenige Abbildungen und Schemazeichnungen helfen, Regelkreise verständlich zu machen. Wichtige Werte, Differenzialdiagnosen und Interpretationen werden in Tabellenform dargestellt. Im übersichtlichen Inhaltsverzeichnis findet sich schnell der gesuchte Test. Das für einen angemessenen Preis erschienene Buch eignet sich somit sowohl als Nachschlagewerk als auch als Lehrbuch zum durcharbeiten.

Fazit: Wer im Arbeitsalltag schnell einen Überblick über einen Funktionsbereich auf dem weiten Gebiet der Endokrinologie, Diabetologie und der Stoffwechselsysteme sucht, dem ist der Griff zu diesem Buch uneingeschränkt zu empfehlen.

Dr. Tobias Rethage



Dr. Tobias Rethage ist im fünften Jahr seiner internistischen Weiterbildung.

Pneumologie

Lipidpneumonie – ein unterschätztes Krankheitsbild?

Klinisches Bild

Anhand von 3 Kasuistiken werden die verschiedenen Krankheitsbilder der Lipidpneumonie kurz dargestellt.

Fallbeispiel 1

Ein 26-jähriger Patient suchte wegen Übelkeit und Erbrechen nach Aspiration von Petroleum die Notaufnahme unseres Klinikums auf. Seit über 20 Jahren war ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ I bekannt, der mit einer Insulinpumpentherapie eingestellt war. In seiner Freizeit trat der Patient bei Feierlichkeiten als Feuerschlucker auf. Bei der letzten Veranstaltung kam es zu einer akzidentellen Aspiration von Petroleum, die zur stationären Aufnahme führte. Das initiale Röntgen-Thorax-Bild unmittelbar nach Aspiration zeigte eine flau rechtsseitige Transparenzminderung im rechten Mittel- und Unterfeld. Die Bronchoskopie ergab makroskopisch keine Auffälligkeiten, in der zytologischen Untersuchung imponierten vereinzelt lipidhaltige Makrophagen, maligne Zellen konnten nicht nachgewiesen werden. Wenige Tage nach dem Unfall zeigte das Röntgen-Thorax-Bild konsolidierte rechts-parakardiale Infiltrate. Die thorakale Computertomographie bestätigte den Befund ausgedehnter Infiltrate in beiden Unterlappen, verstärkt im rechten Unterlappen (Abb. 1). Unter einer Breitbandantibiose wegen erhöhter humoraler Entzündungszeichen besserte sich der Allgemeinzustand, sodass der Patient nach einem 14-tägigen stationären Aufenthalt entlassen werden konnte. Eine radiologische Nachkontrolle (2 Jahre nach dem Unfallereignis) konnte – unter konsequenter Beendigung des Feuerschluckens – keine Residuen mehr nachweisen.

Fallbeispiel 2

Eine 63-jährige Patientin wurde uns zur weiteren Abklärung eines seit 3 Monaten bestehenden trockenen Reizhustens, subfebrilen Temperaturen

und rechtsseitigen Oberbauchbeschwerden zugewiesen. Laborchemisch fiel neben Erhöhungen der gamma-GT von 321 U/l und der alkalischen Phosphatase von 204 IU/l eine erhöhte Cholesterinkonzentration von 7,6 mmol/l auf. Trotz einer ambulanten, 3-wöchigen antibiotischen Vorbehandlung zeigten sich in der thorakalen Computertomographie umschriebene konsolidierte Areale in der Lingula und im Mittellappen. Die Aufarbeitung der bronchoskopisch gewonnenen Biopsien zeigte vorherrschend schaumhaltige Makrophagen mit großen Fettvesikeln, die sich in der Sudan-III-Färbung als Fetttropfchen markieren ließen (Abb. 2). Nachdem keine exogene Zufuhr lipidhaltiger Substanzen vorlag, handelte es sich um eine endogene Lipidpneumonie auf dem Boden einer Hypercholesterinämie. Die Ursache der Hypercholesterinämie konnte anschließend – bei Vorliegen oben erwähnter Cholestase und charakteristischem Magnetresonanzbefund – mittels Leberbiopsie als primär sklerosierende Cholangitis identifiziert werden. Unter einer Therapie mit Ursodeoxycholsäure und CSE-Hemmertherapie besserte sich das klinische Bild und bereits nach einer 6-wöchigen Therapie lösten sich die Infiltrate wieder auf.

Fallbeispiel 3

Ein heute 75-jähriger Patient wurde primär wegen einer seit einem halben Jahr fluktuierend bestehenden Gangunsicherheit und intermittierendem Benommenheitsgefühl in der Neurologischen Klinik behandelt. Zudem beschrieb der Patient rezidivierende Doppelbilder. Bei positivem Simpson-Test und Tensilon-Test sowie stark erhöhten Acetylcholinrezeptor-Antikörpern wurde die Diagnose einer seropositiven okulären Myasthenie gestellt. Zum Ausschluss eines Thyromoms als Ursache der Myasthenie wurde zusätzlich eine thorakale Computertomographie durchgeführt. Hier

waren in der „Milchglastrübungen“ im Mittellappen und im rechten basalen Unterlappen sowie narbig-fibrotische imponierende Verdichtungen im rechten dorsalen Rezessus nachweisbar (Abb. 3). Die anschließend durchgeführte Bronchoskopie zeigte ein gering chronisch entzündlich verändertes Tracheo-Bronchialsystem und in den transbronchial gewonnenen Lungenbiopsien fanden sich fokale in den Alveolen und teilweise interstitiell Ansammlungen von Makrophagen, deren Zytoplasma unterschiedlich große Vakuolen mit teils optisch leerem, teils transparentem, nicht doppelbrechendem Material aufwies. Im Rahmen einer intensiven Anamneseerhebung gab der Patient an, seit Jahren morgendlich mit Sonnenblumenöl zu gurgeln und darüber hinaus mehrfach ein Mundwasser zu verwenden, welches ätherische Öle wie Pfefferminz-, Nelken-, Thymian-, Salbei- und Teebaumöl enthält. Nach Meiden der entsprechenden Noxen und unter systemischer Steroidgabe (wegen vor-diagnostizierter Myasthenie) konnten die „Milchglastrübungen“ beseitigt werden (Abb. 4).

Epidemiologie

Genaue epidemiologische Daten zu diesem Krankheitsbild fehlen; retrospektive Studien seit Mitte der 1950er Jahre lassen erkennen, dass in größeren Zentren 1–2 Fälle pro Jahr gesehen werden. Allerdings dürfte die Zahl deutlich höher liegen, da viele Kliniker mit dieser Erkrankung nicht vertraut sind, Patienten uncharakteristische oder keinerlei Symptome haben und radiologisch andere Lungenerkrankungen imitiert werden.

Pathogenese

Die wesentlichen Ursachen einer endogenen Lipidpneumonie sind in Tab. 1, die einer exogenen Form in Tab. 2 aufgelistet. Unter den endogenen Formen ist die Lipidpneumonie durch eine tumoröse Bronchialobstruktion am besten dokumentiert. Daneben können Tumoren, speziell Lymphome, unter einer Radio- bzw. Chemotherapie zu ausgedehnten Nekrosen und in der Folge zu einer Lipidpneumonie führen [3]. In seltenen Fällen können eine Alveolarproteinoase durch den Surfactantüberschuss, Fettembolien, eine Bronchiolitis obliterans mit zahlreichen Lungenrundherden, Lipidspeicherkrankheiten oder eine pulmonale Wegenersche Granulomatose für eine Lipidpneumonie verantwortlich sein [11, 17, 21]. Die idiopathische Form ähnelt in ihrem pathologischen Muster denen, die durch eine Bronchialobstruktion hervorgerufen werden, ohne dass man bei dieser Form eine Obstruktion nachweisen kann.

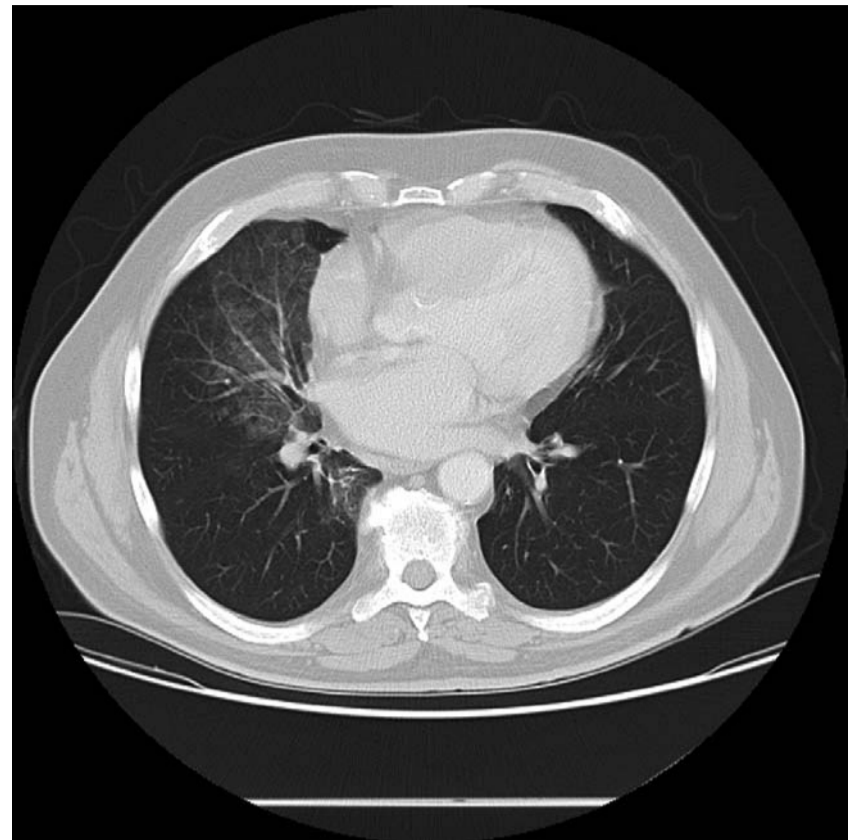


Abb. 1 Fallbeispiel 1: Computertomographie Thorax. Glatt begrenzte hypodense Konsolidierungen im rechten Unter- und Mittellappen mit teils fettäquivalenten Absorptionswerten.

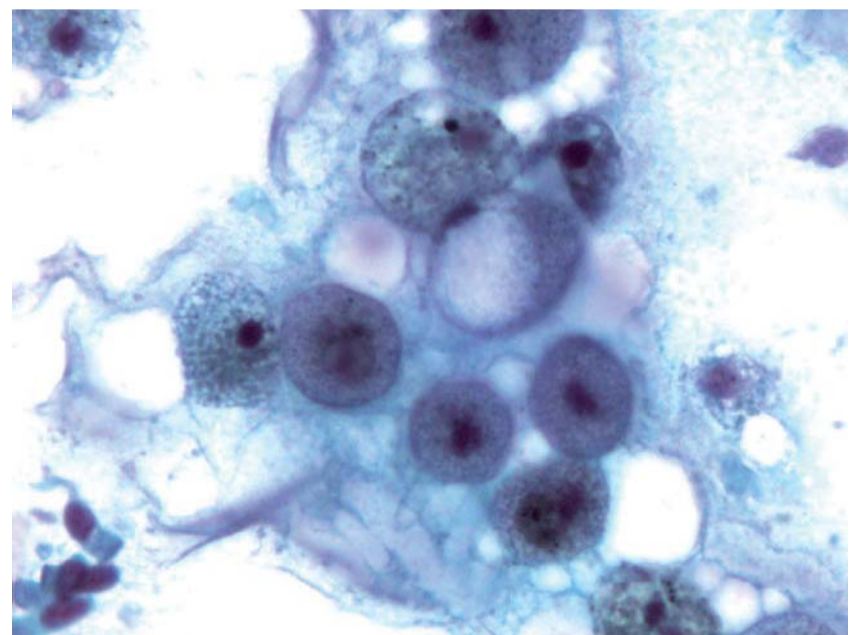


Abb. 2 Fallbeispiel 2: Mittels Bronchoskopie gewonnene Zytologie. Schaumhaltige Makrophagen und Bronchialepithelien (Papanicolaou-Färbung).

Die exogene Form wird durch die Inhalation oder Aspiration fetthaltiger Materialien hervorgerufen. Die meisten exogenen Formen werden inhalativ durch fetthaltige Abfuhrmittel, Mundsprays, Mundsalben und Nasentropfen verursacht. Einige Patienten wiederum applizieren mineral- oder ähnlich ölhaltige Substanzen in die Nase, den Larynx oder Oropharynx. Auch an verschiedenen Arbeitsplätzen, z.B. in der Automobil- oder Metallindustrie, können entsprechende Expositionen vorliegen. Des Weiteren wird die Lipidpneumonie durch die Aspiration ölhaltiger Substanzen verursacht, kann allerdings in seltenen Fällen auch durch die Injektion ölhaltiger Materialien in die Haut über das Lymphsystem in die Lunge transportiert werden [21]. Beschrieben ist die Lipidpneumonie wiederholt auch bei Feuerschluckern als „fire-eater lung“. Unter den verschiedenen Fetten, die aspiriert werden können, führen die tierischen zu stärkeren Veränderungen als die pflanzlichen Verbindungen, welche wiederum aggressiver als mineralöhlhaltige Substanzen sind. Untersuchungen in den 1930er Jahren konnten bereits zeigen, dass Mineralöl relativ blande und wenig irritierend ist, so dass es in den Tracheobronchi-

albaum ohne Glottisverschluss oder Hustenreflex gelangen kann [19]. Wenn das Öl einmal die Passage überwunden hat, hat der Körper erhebliche Schwierigkeiten, mittels mukoziliärer Clearance das Material zu entfernen. Öle sind zudem primär nicht ätzend, interagieren in der Folge mit pulmonalem Surfactant und schädigen so die Alveolarwand. Dabei kann es besonders bei den Patienten zu einer Aspiration ölhaltiger Substanzen kommen, die an einer neurologischen oder gastrointestinalen Erkrankung (z.B. Achalasie, Zenker-Divertikel, Hiatushernie, Reflux) leiden. Zudem schwimmen ölhaltige Substanzen zuoberst in der Magenflüssigkeit und werden bevorzugt bei Aspirationen als erstes in die Luftwege aspiriert [5]. Die Diagnose einer exogenen Lipidpneumonie kann daher gewöhnlich durch die spezifische Vorgeschichte einer Inhalation oder Aspiration lipidhaltiger Materialien gestellt werden. Auf der anderen Seite kann die Diagnose oftmals schwierig sein, wenn sich die Patienten nicht an eine entsprechende Vorgeschichte erinnern können. Hierbei sind dann die zytologischen bzw. histologischen Befunde der bronchoalveolären Lavage oder bronchoskopischen/offenen Lungen-

Tab. 1 Endogene Ursachen der Lipidpneumonie.

Tumoröse Bronchialobstruktion
Bronchiolitis obliterans
Nekrotischer tumoröser Gewebeerfall durch Radio- bzw. Chemotherapie
Morbus Wegener
Lipidspeicherkrankheiten (z. B. M. Gaucher, M. Fabry...)
Dyslipidämien
Idiopathisch

Tab. 2 Exogene Ursachen der Lipidpneumonie.

Häufige Ursachen
▶ Aspiration mineralhaltiger, pflanzlicher oder tierischer Fette
Gebrauch ölhaltiger Nasensalben
Aspiration öl- bzw. fetthaltiger Nahrungsmittel im Rahmen einer neurologischen Grunderkrankung
Seltene Ursachen
Nebenwirkung von Lipiodol
Aspiration von Heizöl oder ölhaltigem Spray
Inhalation von Gleit- oder Schmiermitteln
Gebrauch von Lippenstift
Intrakutane Injektion von Olivenöl

biopsien in Zusammenschau mit den radiologischen Veränderungen meist diagnostisch wegweisend.

kurzgefasst

Die Lipidpneumonie wird in eine endogene und exogene Form eingeteilt. Unter den endogenen Formen spielt die tumoröse Bronchialobstruktion die bedeutendste Rolle; die exogene Form wird durch die Inhalation oder Aspiration fetthaltiger Substanzen ausgelöst.

Klinik

Über die Hälfte der Patienten haben keine Symptome und ihre Erkrankung wird zufällig radiologisch entdeckt. Gelegentlich haben die Patienten eine akute Symptomatik mit Fieber und Husten ähnlich der einer Pneumonie. Die häufigsten klinischen Symptome sind uncharakteristisch wie trockener oder produktiver Hustenreiz, subfebrile Temperaturen, Kurzatmigkeit, Thoraxschmerzen oder Hämoptysen [15]. Sekundär können sich Bronchiektasien ausbilden und damit Symptome bei Sekundärinfektionen hervorrufen. Das Routinelabor zeigen meist keine größeren Auffälligkeiten. Gelegentlich sind die Patienten hypoxämisch und lungenfunktionell kann eine restriktive Ventilationsstörung vorliegen.

kurzgefasst

Die Klinik der Lipidpneumonie ist uncharakteristisch, meistens klagten die Patienten über einen chronischen Husten. Als prädisponierende Faktoren sollten neurologische und gastrointestinale Grunderkrankungen in Erwägung gezogen werden, die zu einer Aspiration beitragen können.

Radiologische Diagnostik

Die konventionelle Röntgen-Thoraxaufnahme ist üblicherweise unspezifisch, wobei die Veränderungen bevorzugt in Schwerkraft-abhängigen Partien der Lunge auftreten [3, 9, 10, 20]. In frühen Krankheitsstadien, wenn das Öl in die Alveolen eindringt, wird der lufthaltige azinäre Raum durch eine dichte Konsolidierung, teilweise mit positiven Bronchoaerogramm, ausgefüllt. Die Beteiligung kann diffus oder lokalisiert und ein- oder beidseitig vorliegen. Ein retikuläres Muster entwickelt sich zum Zeitpunkt der Emulsifikation, wenn das Öl die Alveolen verlässt und das Interstitium oder das lymphatische System involviert ist. In diesem Stadium kann dann eine Kombination aus alveolärem und interstitiellem Muster nachweisbar sein. Fibrosierungen enden schlussendlich in Verschattungen, zum Teil mit scharfem Rand, aber oftmals auch mit irregulärer Abgrenzung, so dass diese mit einem Bronchialkarzinom verwechselt werden können. Pleuraergüsse und vergrößerte Hiluslymphknoten treten selten auf. Die Computertomographie weist Konsolidierungen nach, die charakteristischerweise von niedriger Dichte (Hounsfield-Einheiten zwischen -30 bis -100 HU) sind und dabei den Lipidablagerungen entsprechen

[12, 16]. Als Sonderform kann bei der Lipidpneumonie auch ein „crazy paving“-Muster auftreten. Hierunter versteht man milchglasartige Verdichtungen, die von verdickten interlobulären Septen überlagert werden und so das Bild eines Blattadernmusters hervorrufen [9]. Ein „crazy paving“ mit scharf begrenztem Übergang zum nicht betroffenen Lungenparenchym ist zunächst relativ charakteristisch für eine Alveolarproteinose. Bei der Lipidpneumonie lassen sich meist zusätzlich noch homogene Konsolidierungen nachweisen [13]. Histologisch entspricht diesem Muster eine intraalveoläre und interstitielle Anhäufung lipidbeladener Makrophagen und einer Hyperplasie von Typ-II-Pneumozysten [20]. Zur Differenzialdiagnostik ist auch eine Positronen-Emissions-Tomographie wenig hilfreich, da die Lipidpneumonie wegen der entzündlichen Aktivität einen „falsch-positiven“ PET-Befund ergeben kann [1].

kurzgefasst

Die hochauflösende Computertomographie ist die Bildgebung der Wahl und einem konventionellen Röntgen-Thorax-Bild deutlich überlegen. Typischerweise können Konsolidierungen in einer Dichte von -100 bis -30 Hounsfield-Einheiten nachgewiesen werden, gelegentlich liegt auch ein „crazy paving“-Muster vor.

Bronchoskopie

Die Diagnose einer Lipidpneumonie wird heute meist mittels Bronchoskopie mit Entnahme von zytologischen und histologischen Proben gestellt. Zytoplasmatische Vakuolen ohne Fettreste finden sich zunächst bei vielen Krankheitsbildern und sind somit recht unspezifisch. Können dagegen fettbeladene Makrophagen in den Alveolen oder im Interstitium nachgewiesen werden, so kann die Diagnose einer Lipidpneumonie gestellt werden. Die Untersuchung mittels Sputum ist dabei in der Regel nicht weiterführend. Auch die Zelldifferenzierung in der broncho-alveolären Lavage variiert stark und ist nicht weiterführend. Wenn sich allerdings der Kliniker das Krankheitsbild bewusst macht und die broncho-alveoläre Lavage in Zusammenschau mit den Symptomen und den radiologischen Veränderungen interpretiert, kann gelegentlich die Diagnose ohne weiterführende Gewebeprobe gestellt werden [8]. Wegen der uncharakteristischen Vorgeschichte der Patienten und insbesondere zum Ausschluss eines Malignoms ist in den meisten Fällen eine bronchoskopische Lungenbiopsie erforderlich. Pathologie Ursache der exogenen Lipidpneumonie ist die Aufnahme mineralischer, pflanzlicher oder tierischer Öle. Hierbei können, im Gegensatz zu den endogenen Verfettungen, freie Öltröpfchen gefunden werden. Die Erstreaktion der Alveolen besteht in einer Emulsifikation des Öls durch Makrophagen, wobei die zytoplasmatischen Einschlüsse den Zellen eine schaumige

Erscheinung mit Abweichen des Zellkerns nach peripher geben. Die Alveolarsepten sind ödematös verändert und das Öl löst eine Fremdkörperreaktion in den Alveolen aus. Es kommt daher, je nach aufgenommener Menge, zu recht ausgedehnten entzündlichen Reaktionen mit Schaumzellherden, lymphoplasmazellulärer Infiltration und Riesenzellbildung. Die interstitielle Entzündung führt dann zu Fibrosierungen, in die auch die peripheren Gefäße und Bronchiolen eingeschlossen werden. Ausgedehnte pleurale Adhäsionen können in der Folge auftreten. Autopsiestudien zeigen, dass verschiedene Lungenlappen beteiligt sein können, jedoch eine Bevorzugung der rechten Lunge mit überwiegendem Auftreten beider Unterlappen und des Mittellappens vorliegt. Obwohl die meisten ölhaltigen Substanzen im Alveolarraum bleiben, können einige Öltröpfchen in den interlobulären Septen ausweichen und auf lymphatischem Wege in die regionalen Lymphknoten eindringen. Einfache pflanzliche Öle lösen nur geringe Reaktionen aus und werden offensichtlich meist mittels Expektorations aus den Lungen entfernt. Tierische Öle verursachen dagegen eine mononukleare und/oder Riesenzell-Entzündung, Bindegewebsproliferation und verschiedene Nekrosen auf dem Boden des Gehalts an freien Fettsäuren. Mineralöl ist auf der anderen Seite relativ inert, kann allerdings enzymatisch nicht metabolisiert werden und wird in der Folge durch Makrophagen phagozytiert. Nach einigen Monaten können dann Riesenzellen und Fibrose große Ölpartikel umschließen. Bei den endogenen Formen ist makroskopisch der Befall öfters lobär und einseitig. Auf der Schnittfläche finden sich zahlreiche, bis 5 mm große, goldgelbe Herde. Diese entsprechen den mikroskopisch nachweisbaren dichten Schaumzellherden, die zunächst intraalveolär liegen, sich später aber auch auf das Interstitium ausbreiten bzw. in die Fibrose aufgenommen werden. Die abgelagerte Fettsubstanz ist sudanophil und doppelbrechend. Leukozytäre Infiltrate sind meist Folge bakterieller Superinfektion.

kurzgefasst

Die Diagnose der Lipidpneumonie wird heute meist mittels broncho-alveoläre Lavage und/oder transbronchialer Lungenbiopsien gestellt. Histologisch zeigen sich typischerweise alveoläre und interstitielle Anhäufungen von lipidbeladenen Makrophagen, multinukleären Riesenzellen ohne Granulombildung oder interstitielle Fibrosen.

Therapie

Die Behandlung der Lipidpneumonie besteht in erster Linie in der Beendigung der Exposition. Während geringe Aspiratmengen durchaus asymptomatisch bleiben können (aber klinischer Überwachung bedürfen!), mündet eine größere Aspiration oft in eine akute Pneumonie. Initial imponieren auch hier Dyspnoe und Hypoxämie,

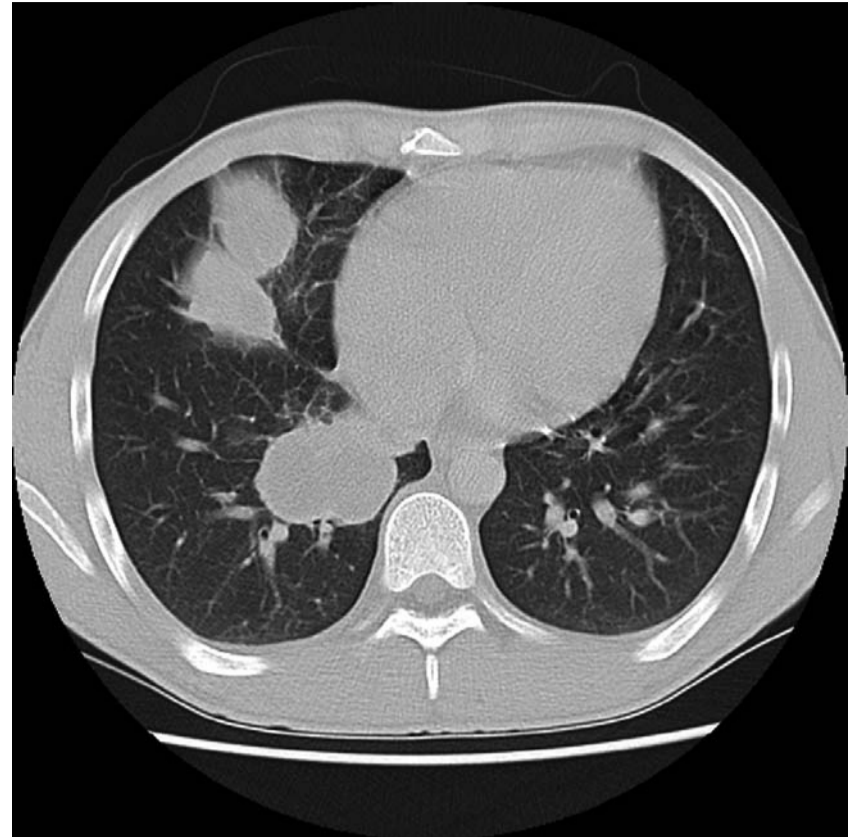


Abb. 3 Fallbeispiel 3: Computertomographie Thorax. Milchglasartige Trübungen und retikuläre Verdichtungen im Mittellappen und geringer im posterobasalen Unterlappen rechts (vor Karenz und Steroidtherapie).

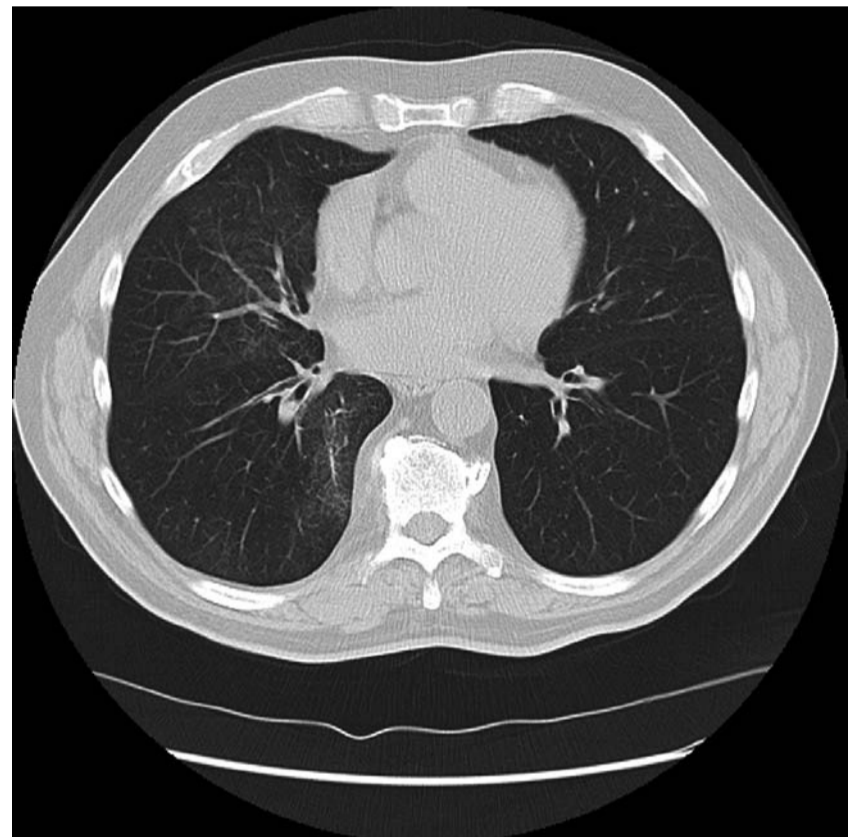


Abb. 4 Fallbeispiel 3: Computertomographie Thorax. Deutliche Regredienz der milchglasartigen Trübungen nach 3 Monaten (nach Karenz und Steroidtherapie).

sodass zunächst die adäquate Oxygenierung im Vordergrund steht. Danach sollte zur weiteren Versorgung im akuten Stadium in jedem Fall der Transport in die Klinik erfolgen. Die weitere Behandlung der Lipidpneumonie ist meist konservativ und besteht aus dem Absetzen der verursachenden Noxe, der Behandlung einer eventuellen Grunderkrankung, die zu rezidivierenden Aspirationen beitragen kann, und in der Therapie einer interkurrenten Pneumonie. Andere Maßnahmen, teilweise empfohlen, haben dagegen einen unsicheren Nutzen. Wiederholte therapeutische broncho-alveoläre Lavagen konnten nur in Einzelfällen einen Nutzen haben [6]. Andere wiederum profitieren von einer systemischen Steroidtherapie. Unseres Erachtens sollte eine systemische Kortisontherapie nur dann in Einzelfällen in Betracht gezogen werden, wenn es sich um ausgedehnte Befunde handelt und in der Lungenbiopsie eine aktive Lipidpneumonie mit entzündlicher Aktivität

nachweisen lässt [4, 7]. Im späteren Verlauf können vereinzelt Resektionen von pulmonalen Raumforderungen einen kurativen Ansatz haben.

Prognose und Komplikationen

Kenntnisse über den natürlichen Verlauf der Erkrankung können lediglich über einzelne Fallberichte abgeleitet werden, bedauerlicherweise nicht über systematische Langzeitbeobachtungen. Ganz vereinzelt kann die Lipidpneumonie im akuten Fall einen tödlichen Verlauf nehmen. Zusätzlich sollte immer darauf geachtet werden, dass es bei der Erkrankung zu Superinfektionen kommen kann, speziell auch durch nicht-tuberkulöse Mykobakterien oder Aspergillen. Dies beruht möglicherweise darauf, dass die Fette das Wachstum dieser Organismen begünstigen und ihre Phagozytose durch die Makrophagen behindern. Unter fortwährender Exposition fetthaltiger Substanzen kann sich gelegentlich eine respiratorische Insuffi-

ziens bis hin zum Cor pulmonale ausbilden.

Wenn der Patient versehentlich Öl inhaliert oder aspiriert hat, können die Symptome samt den radiologischen Veränderungen innerhalb von Monaten wieder verschwinden. Häufiger ist allerdings, dass eine Diskrepanz zwischen klinischer Besserung und persistierenden radiologischen Veränderungen nachweisbar ist. Bronchialkarzinome auf dem Boden einer exogenen Lipidpneumonie sind ebenfalls beschrieben. Während Mineralöl selbst karzinogen ist, kann der fibrotische Umbau – in Analogie zu einer diffusen interstitiellen Lungenfibrose – zu einer karzinomatösen Entartung beitragen. Erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit ist daher erforderlich, wenn zuvor stabile Lungenveränderungen größer werden oder wenn neue Lungenveränderungen, intrathorakale Lymphknotenvergrößerungen, Atelektasen oder Pleuraergüsse auftreten.

kurzgefasst

Therapeutisch bleibt zunächst nur das sofortige Sistieren der Fettexposition. Therapieversuche mit Kortikosteroiden sowie mit einer therapeutischen broncho-alveolären Lavage sind nur in Einzelfällen beschrieben und nicht etabliert. Besteht die Möglichkeit einer kausalen Therapie (z.B. Beendigung der exo- oder endogenen Noxe), ist die Prognose meist gut, chronische Lipiddeposition führt meist zu langwierigen Verläufen und können Komplikationen wie Fibrosierungen oder eine maligne Entartung zeigen.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei ungeklärtem chronischem Husten sollte differenzialdiagnostisch an das Vorliegen einer Lipidpneumonie gedacht werden.
- ▶ Die Diagnose wird unter Zuhilfenahme einer hochauflösenden Computertomographie meistens bronchioskopisch gestellt.
- ▶ Therapeutisch steht nach Möglichkeit die Beendigung einer exo- oder endogenen Fettexposition im Vordergrund.

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

Literatur

- 1 Abouzi M, Crawford E, Nabe H. 18F-FDG imaging: pitfalls and artifacts. *J Nucl Med Technol* 2005; 33: 145–155
- 2 Bandla H, Davis S, Hopkins N. Lipoid pneumonia: a silent complication of mineral oil aspiration. *Pediatrics* 1999; 103: E19
- 3 Barlesi F, Gimenez C, Daddoli C et al. Multiple pulmonary nodules and underlying head and neck cancer. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1415–1417
- 4 Berghaus T, Haeckel T, Wagner T et al. Endogenous lipid pneumonia associated with primary sclerosing cholangitis. *Lancet* 2007; 369: 1140
- 5 Boesch R, Daines C, Willging J et al. Advances in the diagnosis and management of

chronic pulmonary aspiration in children. *Eur Respir J* 2006; 28: 847–861

- 6 Chang H, Chen C, Chen C et al. Successful treatment of diffuse lipoid pneumonitis with whole lung lavage. *Thorax* 1993; 48: 947–948
- 7 Chin N, Hui K, Sinniah R et al. Idiopathic lipoid pneumonia in an adult treated with prednisolone. *Chest* 1994; 105: 956–957
- 8 Drent M, Cobben N, Henderson R et al. BAL fluid LDH activity and LDH isoenzyme pattern in lipoid pneumonia caused by an intravenous injection of lamp oil. *Eur Respir J* 1996; 9: 2416–2418
- 9 Franquet T, Gimenez A, Bordes R et al. The crazy-paving pattern in exogenous lipoid pneumonia: CT-pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 1998; 170: 315–317
- 10 Franquet T, Gomez-Santos D, Gimenez A et al. Fire eater's pneumonia: radiographic and CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 2000; 24: 448–450
- 11 French W, Civin W. Cholesterol pneumonitis and Wegener's granulomatosis. *Arch Int Med* 1956; 97: 798–802
- 12 Gondouin A, Manzoni P, Ranfaing E et al. Exogenous lipid pneumonia: a retrospective multicentre study of 44 cases in France. *Eur Respir J* 1996; 9: 1463–1469
- 13 Jacobi V, Thalhammer A. Grundmuster im CT der Lunge und ihre Differenzialdiagnose. *Radioogie* 2006; up2date4: 311–334
- 14 Laughlen G. Studies on pneumonia following nasopharyngeal injections of oil. *Am J Pathol* 1925; 1: 407–414
- 15 Laurent F, Philippe J, Vergier B et al. Exogenous lipoid pneumonia: HRCT, MR, and pathologic findings. *Eur Radiol* 1999; 9: 1190–1196
- 16 Lee K, Muller N, Hale V et al. Lipoid pneumonia: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1985; 9: 211–213
- 17 McDonald J, Roggli V, Bradford W. Coexisting endogenous and exogenous lipoid pneumonia and pulmonary alveolar proteinosis in a patient with neurodevelopmental disease. *Pediatr Pathol* 1994; 14: 505–511
- 18 Nicholson A, Wells A, Hooper J et al. Successful treatment of endogenous lipoid pneumonia due to Niemann-Pick type B disease with whole-lung lavage. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 128–131
- 19 Pinkerton H. The reaction to oils and fats in the lung. *Arch Pathol* 1928; 5: 380–401
- 20 Rossi S, Erasmus J, Volpacchio M et al. „Crazy-paving“ pattern at thin-section CT of the lungs: radiologic-pathologic overview. *RadioGraphics* 2003; 23: 1509–1519
- 21 Scully R, Mark E, McNeely W et al. Case 33–1999. *NEJM* 1999; 341: 1379–1385
- 22 Spickard A, Hirschmann J. Exogenous lipoid pneumonia. *Arch Int Med* 1994; 154: 686–692

M. Schwaiblmair¹, T. Berghaus¹, T. Haeckel², T. Wagner³, W. von Scheidt¹

¹I. Medizinische Klinik, Klinikum Augsburg
²Klinik für diagnostische Radiologie und Neuroradiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München

³Institut für Pathologie Klinikum Augsburg, Ludwig-Maximilians-Universität München

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. Martin Schwaiblmair
I. Medizinische Klinik, Klinikum Augsburg
Stenglinstrasse 2
86156 Augsburg
Tel. 0821/400-2849
Fax 0821/400-2966
eMail martin.schwaiblmair@klinikum-augsburg.de

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 27–31). Alle Rechte vorbehalten.

Kasuistik

Fieber und Rückenschmerz – ein Fall von spinaler Gichtarthritis

Die Gicht befällt nur relativ selten das Achsen skelett. Das klinische Erscheinungsbild der spinalen Gicht ist vielgestaltig. Es überwiegen subakute und chronische Verläufe mit z.T. in die Beine ausstrahlenden Rückenschmerzen. Diese können durch neurologische Symptome wie Schwäche in den unteren Extremitäten, radikuläre Schmerzen und Ausfälle, spinale Claudicatio, Cauda-equina-Syndrom oder Paraparese kompliziert werden [7]. In der Literatur finden sich außerdem Berichte über schwere akut entzündliche Krankheitsbilder ähnlich einer Spondylitis [14]. Hier wird ein Fall präsentiert, bei dem die Differenzialdiagnose zu einer septischen Komplikation einer Spinalanästhesie schwierig war.

Kasuistik



Anamnese

Ein 67-jähriger Patient hatte 2 Monate nach einer Kniearthroskopie mit Spinalanästhesie erstmalig über Rückenschmerzen und Bewegungseinschränkung verbunden mit leichten Fieberzacken geklagt. Über mehrere Wochen wurden verschiedene Untersuchungen durchgeführt: Röntgen des Thorax, der gesamten Wirbelsäule, des linken Handgelenkes, MR der Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), CT des Neurocraniums, Sonographie der paravertebralen Weichteile, EKG, Echo und Transösophageale Echokardiographie (TEE). Die lumbale MRT hatte hierbei bereits mit einer Entzündung vereinbare Veränderungen gezeigt. Bei einer lumbalen CT-gesteuerten Feinnadelpunktion war kein Keimnachweis gelungen. Trotzdem wurde unter dem Verdacht einer iatrogenen Infektion nach Spinalanästhesie eine Antibiose zuerst mit Clindamycin 3 × 600 mg i.v. eingeleitet. Wegen nicht vollständiger Fieber- und Symptomfreiheit und persistierenden serologischen Entzündungszeichen wurde die antibiotische Therapie umgestellt auf Ceftriaxon 1 × 1 g i.v. und später auf Cefuroxim 2 × 500 mg p.o. Nach ca. 3 Monaten antibiotischer Therapie hatten Schmerzen und Schwellungen der Handgelenke, Schultern und Knie eingesetzt. Das Krankheitsbild verschlechterte sich über die nächsten Wochen. Schließlich wurde der Patient notfallmäßig mit hohem Fieber und unerträglichen lumbalen Schmerzen sowie mit heftigen polyartikulären Schmerzen und rasch progredienten, starken Gelenkschwellungen der Hände, Knie, Schultern, Ellbogen und Sprunggelenke ins Rheumazentrum aufgenommen. Außerdem bestanden ein entgleister, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ IIb (Labor s.u.), eine Exsikkose mit eingeschränkter Nierenfunktion, eine Tachyarrhythmia absoluta mit eingeschränkter Pumpfunktion und eine bekannte Hyperurikämie. Die Vor-medikation bestand aus Hydrochlorothiazid, Insulin und Glibenclamid, Phenprocoumon und intermittierend Allopurinol sowie eine Schmerzmedikation mit Tilidin/Naloxon 150/12 mg/d, Metamizol 4 × 20 Trp/d Flupirtin 300 mg/d, und Diclofenac.

Körperliche Untersuchung

185 cm, 115 kg Körpergewicht. Allgemeine Schwäche, Vigilanzminderung, leichte Verlangsamung, Körpertemperatur 40°C. Schmerzbedingt erhebliche lumbale Einsteifung mit Hartspann. Keine neurologischen Ausfälle. Betroffene Gelenke (Hände, Ellbogen, Knie, Schultern und Sprunggelenke) mit starker teigiger Schwellung, Rötung, Bewegungseinschränkung. Auskultatorisch Lunge frei, Tachyarrhythmia absoluta (90–140/min), RR 140/80 mm Hg.

Klinisch-chemische Untersuchungen

Die Ergebnisse der klinisch-chemischen Untersuchungen sind in Tab. 1 aufgelistet. Der Hämoglobin- (Hb 9,4 g/dl) und der Hämatokritwert (32,7 %) wiesen auf eine Anämie hin. Der Nüchternblutzucker lag bei 280 mg/dl und variierte im Laufe des Tages zwischen 180 und 339 mg/dl. Der Rheumafaktor war negativ, die Blutkulturen steril.

Ergänzende Untersuchungen

Arthrosonographie: Ergüsse an Kniegelenken, Sprunggelenk links, Talonaviculär, rechter Ellbogen, rechtes

Handgelenk und diffuse interstitielle Flüssigkeitseinlagerungen um die betroffenen Gelenke (hypoechogene Maskierung der Strukturen der Gelenkumgebung). Ergusspunktion der Kniegelenke beidseits: mikroskopischer Nachweis von Uratkristallen, 7000 Zellen/P, Harnsäure von 14 mg/dl, Laktatdehydrogenase (LDH) 1700 U/l als Zeichen eines entzündlichen Ergusses, Kulturen aerob und anaerob negativ. Röntgenaufnahme der LWS und CT: keine Spondylitis sondern erosive Veränderungen der Facettengelenke L2/3 und L4/5 links; zystoide, scharf begrenzte Veränderungen in der Lamina des LWK 4 (Abb. 1, 2). Erneute CT-gesteuerte Feinnadelbiopsie: kein auswertbares Material, kein Keimnachweis. Verlaufskontrolle der vor Monaten durchgeführten MRT der LWS: fast unveränderter Befund mit ausgedehnten Ödemen in der autochthonen Rückenmuskulatur, Ergüsse, Erosionen und kontrastmittelaufnehmende Kapselschwellungen mit Umgebungshancement der Facettengelenke L2/3 und L4/5 und Lig. Flavum-Enhancement mit Vorwöl-

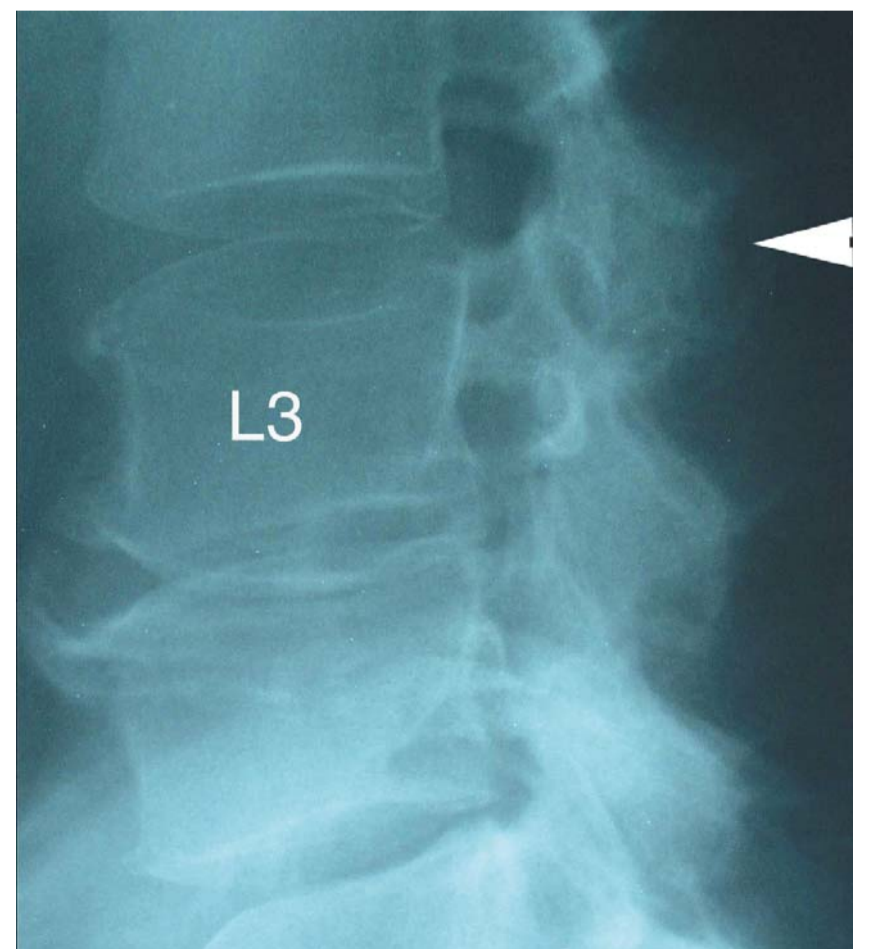


Abb. 1 Laterales Röntgenbild der Lendenwirbelsäule. Konturunregelmäßigkeiten des Facettengelenkes L 2/3.

bung gegen den dorsalen Epiduralraum (Abb. 3).

Therapie und Verlauf

Als Therapie der ausgeprägten polyartikulären Gicht wurden Solu-Decortin 100 mg i.v. für 3 Tage mit stufenweiser Reduktion (und Umstellung auf orale Applikation, nach 3 Wochen bei Entlassung 10 mg, zur weiteren Reduktion), Colchizin 0,5 mg 4/d, Natrium-Kalium-Hydrogenzitatrat 2 x 1 MB und purinarme Kost verordnet. Unterstützend wurden parenteral Vollelektrolytlösung und als Analgetica Metamizol Trp. und Fentanylpflaster angewendet. Außerdem wurde Phenprocoumon und Thiaziddiuretika abgesetzt und auf Heparin s.c. bzw. Furosemid umgestellt. Wegen fortbestehender heftiger Schmerzen und Schwellung wurde zusätzlich in beide Knie je 40 mg Triamcinolon injiziert. Innerhalb weniger Tage ging das Fieber zurück. Die Bilanz war ausgeglichen. Es kam zur Frequenzökonomisierung (80/min) bei absoluter Arrhythmie und Vorhofflimmern. Entsprechend steigerte sich innerhalb von 10 Tagen die Vigilanz, und die Beweglichkeit sämtlicher peripherer Gelenke verbesserte sich. Gelenkschwellungen und Rückenschmerzen gingen zurück. Erneute Ergusspunktionen der Kniegelenke erbrachten nur noch 600 bzw. 700 Zellen, eine LDH von 265 U/l und eine Harnsäure von 6 mg/dl. Das Labor normalisierte sich in der 3. Woche: CRP 1,4 mg/dl, Kreatinin 0,98 mg/dl, Harnsäure 6,8 mg/dl. Nach 3 Wochen konnte der Patient mit stark gebesserem Zustand mit folgender Medikation entlassen werden: Decortin 10 mg/d zur weiteren stufenweisen Reduktion, Colchizin 1 mg/d, Allopurinol 150 mg/d und kardiale Begleitmedikation. Analgetika waren nicht mehr erforderlich. Die ambulante Verlaufsbeobachtung über 9 Monate unter fortgesetzter Therapie mit Allopurinol erbrachte immer wieder leichte Exazerbationen der Gicht an Handgelenken und am Tarsus, jedoch nicht lumbal.

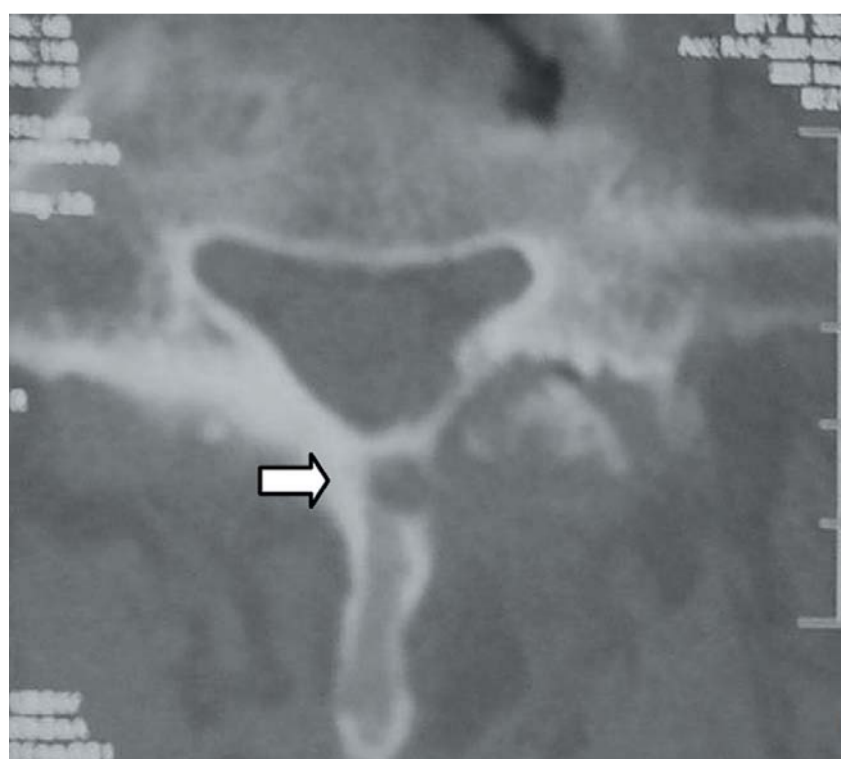


Abb. 2 CT in Höhe von L4/5 (b): Facettengelenkarthritis L2/3 und L4/5 (Pfeil). Zystoide Läsion der Lamina (Pfeil).

Tab. 1 Ergebnisse der klinisch-chemischen Untersuchung.

	Ergebnis	Normwert
C-Reaktives Protein (CRP)	28,95	< 0,5 mg/dl
Leukozytose	18,4	< 10/nl
Harnsäure im Serum	9,3 mg/dl	< 7,4 mg/dl
HbA _{1c}	6,3%	4–6%
Kreatinin	1,37 mg/dl	0,4–0,9 mg/dl

Tab. 2 Differenzialdiagnose von Rückenschmerzen mit Polyarthrit und fakultativ Fieber.

Bakterielle Infektion mit septischen Herden an Wirbelsäule und Gelenken
Kristallarthropathie
Reaktive Arthritis und Spondylarthritis
Rheumatische Erkrankung des seronegativen Formenkreises

Diskussion

Die Gicht manifestiert sich durch Ausfällung der Kristalle im Weichteil und in synovialen Strukturen bzw. synovialer Flüssigkeit. Es resultieren entweder rezidivierende Episoden akuter arthritischer Zustände, eine chronische rezidivierend exazerbierende Arthropathie mit sekundärer Arthrose oder eine chronisch progrediente Arthrose. Tophöse Ablagerungen von Mononatriumurat charakterisieren die chronische Phase. Sie können intraossär vorliegen und dort radiologisch als randsklerosierte, scharf begrenzte Osteolysen („Zysten“) imponieren. Weichteiltophi betreffen die Gelenke und Gelenkumgebung. Prädilektionsstelle der Gicht ist das Großzehengrundgelenk, grundsätzlich kann jedoch jedes Gelenk betroffen sein. Obwohl die Gicht eine häufige Erkrankung ist, finden sich spinale Manifestationen eher selten. Gelegentlich handelt es sich sogar um spinale Erstmanifestationen, meist besteht jedoch eine langjährig bekannte tophöse Gicht [2, 4, 5]. Bei unserem Patienten bestand wegen der vorangegangenen Periduralanästhesie und dem entzündlichen Krankheitsbild zunächst der Verdacht auf eine septische Komplikation. Wegen der Ineffektivität mehrerer antibiotischer Therapien und der hinzugekommenen polyartikulären Arthritis kamen Zweifel an der Diagnose auf, und der Patient wurde zur weiteren Differenzialdiagnose in

das Rheumazentrum eingewiesen (Tab. 2). Die Ergusspunktion erbrachte unmittelbar den Kristallnachweis, so dass andere rheumatische Erkrankungen nicht in Frage kamen. Vier Gründe sprachen für eine spinale Gichtmanifestation:

- ▶ Der fehlende Erregernachweis und die Therapieresistenz gegenüber mehreren Antibiotika,
- ▶ das gleichzeitige Vorliegen einer akut exazerbierten polyartikulären Gichtarthritis,
- ▶ das ungewöhnliche MR-Bild mit diffusen Weichteilödemen, Laminerosion und Facettengelenksarthritits und
- ▶ das prompte Ansprechen auf die Gichttherapie. Der Verlauf scheint dieser Einschätzung recht zu geben.

Das Auftreten eines hochakuten entzündlichen Krankheitsbildes bei spinaler Gicht ist mehrfach beschrieben worden [7, 12, 14]. Unter Umständen kann sogar eine interkurrente Bakteriämie für weitere Verwirrung sorgen [12]. Häufig ist die präoperative Abgrenzung nicht möglich, sondern die Klärung erfolgt als operativer Überraschungsbefund mit Kalkablagerungen, die histologisch und polarisationsmikroskopisch charakterisiert werden. Vereinzelt konnte die Diagnose durch Feinnadelbiopsien gestellt werden [3, 11]. Hou et al. [5] stellten ein Flussdiagramm zur Diagnosesicherung vor, bei dem falls keine operative Stabilisierung mit Materialgewinnung erfolgt, die Biopsie entscheidend ist. Allerdings ist deren Sensitivität begrenzt. Auch in Hous Fall waren 2 von 3 Proben nicht diagnostisch, was die Notwendigkeit mehrfacher Probennahme bei der Punktion nahelegt. Leventhal et al. behandelten ebenfalls einen Patienten erfolgreich konservativ aufgrund einer positiven Arthrozentese eines sogar asymptomatischen Gelenks [8]. Das gleichzeitige Auftreten multipler Gichtarthritis und der spinalen und allgemeinen Symptomatik ist bereits ein Hinweis auf die verursachende Kristallerkrankung mit spinaler Manifestation. Es wird empfohlen, nicht nur bei gleichzeitiger akuter Gicht-Exazerbation an anderen Gelenken, sondern bereits bei einer Gichtanamnese und Rückenproblemen mit neurologischen Symptomen die spinale Gicht in die differenzialdiagnostischen Überlegung einzubeziehen [2]. Die Bildgebung ist wegen der variablen Angriffspunkte der Gicht vielge-

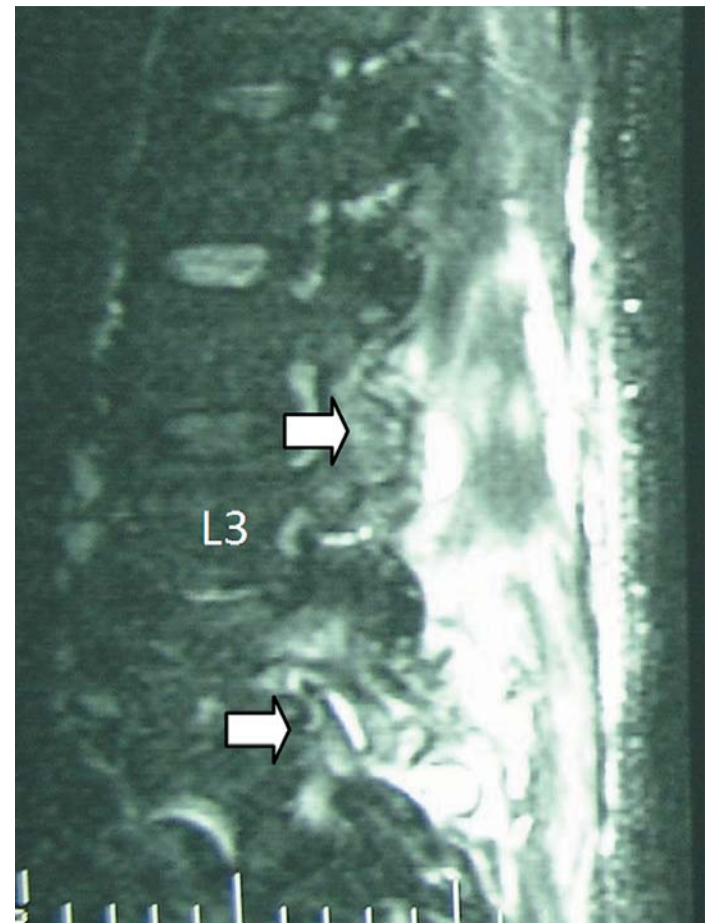


Abb. 3 Lumbale MR (sagittale STIR = short tau inversion recovery): Ausgedehntes Ödem der Rückenweichteile, Knochenmarködemen in der Umgebung der Facettengelenke und Gelenkergüsse L4/5 und L2/3 (Pfeile).

staltig. Im konventionellen Bild reicht das Spektrum von degenerativer Spondylose, discovertebralen Erosionen und Knochendestruktionen und erworbenen Blockwirbeln über Facettengelenkszerstörung mit konsekutiver Subluxation bis hin zu pathologischen Frakturen [2]. Fenton et al. beschrieben die klassischen CT-Zeichen des paravertebralen Weichteiltophus als lobulierte juxtaartikuläre Weichteilformation mit leicht erhöhter Dichte im Vergleich zu Muskel [3]. Ossär fanden sich scharf begrenzte intra- und juxtaartikuläre Erosionen mit Randsklerose wie in unserem Fall. Das MR-Bild des Tophus entspricht einer T1 hypointensen und T2 variablen Weichteilmasse mit bevorzugt randständigem, homogenem oder irregulärem Enhancement [6,9]. Bei ausreichender Größe kann in der T2-Wichtung eine hypointense Binnenstruktur z. T. stippchenförmig oder homogen vorkommen. Die Tophi können eine beachtliche Größe erreichen und den Spinalkanal erheblich einengen und ausgedehntere Knochendestruktionen hervorrufen [1]. In unserem Fall fand sich projektionsradiologisch das Bild von Facettengelenksarthritiden mit leichten Erosionen. Computertomographisch und im MR wurden diese bestätigt. Darüber hinaus fiel die kleine scharf begrenzte zystoide Läsion mit Randsklerose in der Lamina auf. Der eindrucklichste Befund war das ausgedehnte begleitende Weichteilödem in der autochtonen Rückenmuskulatur im MR. Bei chronisch tophösen Veränderungen fehlt dieses üblicherweise [1]. Bei der hier beschriebenen akuten Exazerbation ist das Ödem wahrscheinlich analog zu den Weichteilschwellungen um die betroffenen peripheren Gelenke zu werten, das sich sonographisch als diffuse interstitielle Flüssigkeitseinlagerung darstellte.

Die Bestätigung der Diagnose einer spinalen Gicht fand sich schließlich ex juvantibus durch das prompte klinische Ansprechen und die Rückläufigkeit der MR-tomographischen Befunde. Hierbei kamen Colchizin und wegen einer eingeschränkten Nierenfunktion statt der auswärts begonnenen Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) Kortikosteroide lokal intraartikulär und systemisch zur Anwendung [10, 13].

Fazit

Die spinale Gicht ist selten und das klinische Erscheinungsbild sehr vielgestaltig. Das macht die Diagnose schwierig. Der bildgebende Nachweis von Läsionen der hinteren Wirbelelemente, insbesondere der Facettengelenke sollte veranlassen, die Gicht in die Differenzialdiagnose aufzunehmen.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei fieberhaften Rückenschmerzen, die auf eine antibiotische Therapie nicht ansprechen, sollte die Differenzialdiagnose unter Einschluss der Kristallarthropathien weiter gefasst werden.
- ▶ Bei bekannter Hyperurikämie und peripheren Gichtarthritis sollte auch für gleichzeitige Rückenschmerzen die Gicht als Ursache in Betracht gezogen werden.
- ▶ Der bildgebende Nachweis von veränderten hinteren Wirbelelementen kann bei Rückenschmerzen auf Gicht hinweisen.

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

Literatur

- Chan AT, Leung JL, Sy AN et al. Thoracic spinal gout mimicking metastasis. *Hong Kong Med J* 2009; 15: 143–145
- Draganescu M, Leventhal LJ. Spinal gout: Case Report and Review of the Literature. *J Clin Rheumatol* 2004; 10: 74–79
- Fenton P, Young S, Prutis K. Gout of the spine. Two case reports and a review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 1995; 77: 767–771
- Fontenot A, Harris P, Macasa A et al. An initial presentation of polyarticular gout with spinal involvement. *J Clin Rheumatol* 2008; 14: 188–189
- Hou LC, Hsu AR, Veeravagu A et al. Spinal gout in a renal transplant patient: a case report and literature review. *Surg Neurol* 2007; 67: 65–73; discussion 73 Epub 2006 Oct 6
- Hsu CY, Shih TT, Huang KM et al. Tophaceous gout of the spine: MR imaging features. *Clin Radiol* 2002; 57: 919–925
- Lam HY, Cheung KY, Law SW et al. Crystal arthropathy of the lumbar spine: a report of 4 cases. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2007; 15: 94–101
- Leventhal LJ, Levin RW, Bernalaski JS. Peripheral arthrocentesis in the work-up of acute low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 253–254
- Oaks J, Quarfordt SD, Metcalfe JK. MR features of vertebral tophaceous gout. *Am J Roentgenol* 2006; 187: W 658–9 Stand 15.4.09
- Sutaria S, Katbamna R, Underwood M. Effectiveness of interventions for the treatment of acute and prevention of recurrent gout – a systematic review. *Rheumatology* 2006; 45: 1422–1431; Epub 4/2006, Stand 23.9.09
- Thornton FJ, Torreggiani WC, Brennan P. Tophaceous gout of the spine in a renal transplant patient: a Case report and literature review. *Eur J Radiol* 2000; 36: 123–125
- Tsai CH, Chen YJ, Hsu HC et al. Bacteremia coexisting with tophaceous gout of the spine mimicking spondylodiscitis: a case report. *Spine* 2009; 34: E 106–9 Stand 15.4.09
- Winzenberg T, Zochling J. Colchicine – what is its place in the management of acute gout? *Aust Fam Physician* 2007; 36: 529–530
- Yen PS, Lin JF, Chen SY et al. Tophaceous gout of the lumbar spine mimicking infectious spondylodiscitis and epidural abscess: MR imaging findings. *J Clin Neurosci* 2005; 12: 44–46

C. Schorn¹, C. Behr², A. Schwarting²

¹ Zentrales Röntgeninstitut des Sana Rheumazentrums Rheinland-Pfalz
² Sana Rheumazentrum Rheinland-Pfalz

Korrespondenz

Dr. C. Schorn
Zentrales Röntgeninstitut des Sana Rheumazentrums Rheinland-Pfalz
Kaiser-Wilhelm-Str. 9–11
55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671/931261
Fax 0671/932992
eMail c.schorn@sana-rz.de

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 125–128). Alle Rechte vorbehalten.

– Anzeige –

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

Diabetologie

Typ-1-Diabetes: neue Therapie durch Rituximab?

In der Pathogenese von Autoimmunerkrankungen wie dem Typ-1-Diabetes spielen neben T- vermutlich auch B-Lymphozyten eine Rolle. Letztere können mithilfe des monoklonalen Antikörpers Rituximab selektiv eliminiert werden. Ob durch die Behandlung auch die immunologisch bedingte Destruktion der Beta-Zellen verringert werden kann, haben M. D. Prescovitz et al. jetzt untersucht. *N Engl J Med* 2009; 361: 2143–2152

Für die randomisierte doppelblinde Phase-2-Studie wurden zwischen Mai 2006 und August 2007 87 Patienten (Alter 8–40 Jahre) mit neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes rekrutiert und im Verhältnis 2:1 entweder einer 4-maligen Behandlung mit Rituximab zugeführt oder der Placebogruppe zugeteilt. Die Rituximab-Applikation erfolgte am 1., 8., 15. und am 22. Tag der Untersuchung. Das primäre Ergebnis war die C-Peptid-Konzentration 12 Monate nach Studienbeginn. Die C-Peptid-Konzentration ist ein Indikator für die Insulin-Sekretion der Beta-Zellen, gemessen an der Fläche unter der Konzentrationskurve (AUC) nach Stimulation durch eine Mischkost-Mahlzeit. Als sekundäre Ergebnisse galten die Sicherheit der

Therapie, die Konzentration an glykosyliertem Hämoglobin (HbA_{1c}) sowie die zur Behandlung des Diabetes erforderliche Insulindosis. Ein Jahr nach Studienbeginn im August 2008 war der C-Peptid-Spiegel in der Rituximab-Gruppe um 20 %, d.h. signifikant höher als in der Placebogruppe. Die durchschnittliche C-Peptid-Konzentration hatte unter Rituximab nur um 37 %, in der Placebogruppe dagegen um 55,8 % abgenommen; der Unterschied war auch hier signifikant. Außerdem war die HbA_{1c}-Konzentration nach Rituximab-Behandlung – ebenfalls signifikant – niedriger als unter dem Einfluss von Placebo, und die mit dem Antikörper behandelten Patienten brauchten weniger Insulin. Allerdings traten nach (der ersten) Rituximab-Applika-

Kardiologie

Statine und Niacin bei koronarer Herzkrankheit

Taylor et al. untersuchten, ob eine Kombinationstherapie von Statin mit Niacin bzw. Ezetimib den LDL- und HDL-Spiegel günstig beeinflusst und dadurch das kardiovaskuläre Risiko für die Patienten mit koronarer Herzkrankheit weiter vermindert. Als Marker für dieses Risiko gilt die Intima-Media-Dicke der Karotiden. *N Engl J Med* 2009; 361: 2113–2122

Kombiniert man ein Statin mit Niacin, kann man die Intima-Media-Dicke der Karotiden signifikant verringern. Zu diesem Ergebnis kamen die US-amerikanischen Ärzte, als sie die Behandlungsdaten von 208 Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) auswerteten. Diese waren

mit einem Statin in Kombination entweder mit Niacin (2000 mg/d) oder mit Ezetimib (10 mg/d) behandelt worden. Primärer Endpunkt war die Intima-Media-Dicke der Karotiden nach 14 Monaten. Zudem wurde der Einfluss der Zusatzmedikation auf die LDL- und HDL-Spiegel beurteilt.

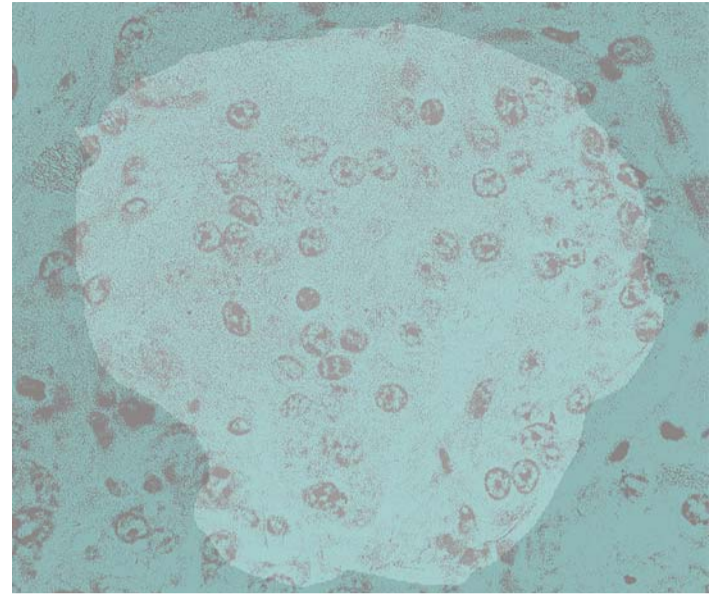
Hypertonie

Blutdrucksenkung für nicht-diabetische Hypertoniker

Blutdrucksenkungen bei Risikopatienten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Diabetikern vermindern Folgeerkrankungen. Verdecchia et al. untersuchten den Einfluss von strengeren Blutdrucksenkungen bei Hypertonikern ohne den Risikofaktor Diabetes. *Lancet* 2009; 374: 525–533

Die Autoren haben im Rahmen der randomisierten Open-Label Studie Cardio-Sis 1111 Nicht-Diabetiker mit einem systolischen Blutdruck von mindestens 150 mmHg aus 44 italienischen Zentren untersucht. 59 % waren Frauen, das mittlere Alter lag bei 67 Jahren. Die Patienten wurden entweder der Kontrollgruppe zugeordnet, deren Therapieziel bei den herkömmlichen unter 140 mmHg

(n = 553) lag, oder der Gruppe mit strengerer Blutdrucksenkung auf unter 130 mmHg (n = 558). Die antihypertensive Medikation entsprach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten. Als primären Endpunkt definierten die Autoren eine im EKG nachweisbare linksventrikuläre Hypertrophie nach 2 Jahren. In der Gruppe mit dem strengeren Zielwert betrug die mittlere systoli-



Durch die Behandlung mit Rituximab kann bei Patienten mit Typ-1-Diabetes die Funktion der Beta-Zellen über einen begrenzten Zeitraum aufrecht erhalten werden, so die Autoren der Studie. Die Abbildung zeigt den Schwund der insulinbildenden Beta-Zellen (Quelle: Color Atlas of Pathology, Riede UN, Werner M, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 2006).

tion häufiger Nebenwirkungen (Grad 1 und 2) auf; ein Anstieg der Infektions- bzw. Leukopenie-Rate war dagegen nicht zu verzeichnen.

● Fazit

Die Funktion der Beta-Zellen kann bei Patienten mit neu aufgetretenem Typ-1-Diabetes durch Behandlung mit Rituximab – zumindest über einen begrenzten Zeitraum – teilweise erhalten werden. B-Lymphozyten sind an der Pathogenese dieser Auto-

immunkrankheit beteiligt, sodass sich neue Möglichkeiten für die Therapie eröffnen, so die Autoren.

Dr. med. Barbara Weitz

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2046 sowie Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 59 u. 114). Alle Rechte vorbehalten.

Die Kombination mit Niacin erbrachte eine signifikante Reduzierung sowohl der durchschnittlichen als auch der maximalen Intima-Media-Dicke. Schon nach 8 Monaten war dieser Effekt zu beobachten. Er blieb konstant über den restlichen Beobachtungszeitraum. Auch nach 14 Monaten war in der Ezetimib-Gruppe ein solcher Trend nicht zu erkennen. Weiterhin führte die Niacin-Behandlung zu einem Anstieg des HDL-Spiegels um 18,4 %. Eine Reduktion des LDL-Spiegels durch Ezetimib war mit einer unerwarteten Zunahme der Intima-Media-Dicke verbunden. Während in der Ezetimib-Gruppe in 5 % der Fälle ein kardiovaskuläres

Ereignis eintrat, lag diese Rate unter der Niacin-Kombination nur bei 1 %.

● Fazit

Eine Kombinationsbehandlung aus Statin und Niacin senkt nach Ansicht der Autoren das kardiovaskuläre Risiko, da sowohl HDL und LDL als auch die Intima-Media-Dicke der Karotiden günstig beeinflusst werden. Die paradoxe Steigerung der Intima-Media-Dicke trotz reduziertem LDL-Spiegel unter Ezetimib führen die Autoren auf bislang unbekannte Wirkmechanismen des Präparates zurück.

Uwe Glatz

sche Blutdrucksenkung nach 2 Jahren 27,3 mmHg, in der Kontrollgruppe 23,5 mmHg (p < 0,0001). Eine linksventrikuläre Hypertrophie zeigten 17 % der Patienten in der Kontrollgruppe. In der Gruppe mit strengem Zielwert trat dieser klinische Endpunkt mit 11,4 % signifikant seltener auf. Koronarrevaskularisation und Vorhofflimmern waren in der Gruppe mit aggressivem Zielwert signifikant seltener als in der Kontrollgruppe (4,8 % vs. 9,4 %). Andere kardiovaskuläre Ereignisse, beispielsweise Herzinfarkt und Schlaganfall, waren in beiden Gruppen ähnlich selten.

● Fazit

Den Autoren zufolge sollte eine aggressivere Senkung der systolischen Blutdruckzielwerte von den momen-

tan empfohlenen unter 140 mmHg auf unter 130 mmHg auch bei Hypertonikern ohne den Risikofaktor Diabetes als Behandlungsziel gelten.

● Kommentar zur Studie

B. Calberg attestiert der Studie hohe Qualität, warnt aber vor einer vor-schnellen Änderung der Leitlinien für Niedrigrisiko-Patienten mit Hypertonus. Die Therapie des systolischen Blutdrucks auf einen Zielwert unter 130 mmHg müsse erst in Studien mit weit höherer Patientenzahl untersucht werden. Erst dadurch sei erkennbar, welche Patientengruppen von der Behandlung profitieren. Auch die Kosteneffizienz sei noch zu untersuchen.

Lancet 2009; 374: 503–504

Dr. med. Katja Flieger

Kardiologie

Geschlechtsspezifische Trends beim Herzinfarkt

Myokardinfarkte verlaufen bei Frauen mittleren Alters oftmals schwerer als bei Männern derselben Altersgruppe. Die Schlaganfallprävalenz beträgt für Frauen in diesem Alter nahezu das Doppelte. Die geschlechtsspezifische Häufigkeit von Myokardinfarkten und die Entwicklung der infarktassoziierten Mortalität analysierten zwei amerikanische Ärztinnen an unterschiedlichen Universitäten. *Arch Intern Med 2009; 169: 1762–1766 und 1767–1774*

Die Daten von Towfighi et al. stammen aus der National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES)-Studie. In den Jahren 1988–1994 und 1999–2004 waren jeweils > 4000 Patienten 35–54 Jahre alt. Die Ärzte verglichen die Prävalenz der Myokardinfarkte und die Risikoprofile (Framingham coronary risk Score, FRCS) in diesen Zeiträumen bei Männern und Frauen. Vaccarino et al. konzentrierten sich auf die Mortalitätsstatistik und analysierten Daten (1994–2006) des „National Registry of Myocardial Infarction“ bei 285 735 Männern und 270 715 Frauen.

Myokardinfarkte sind bei Männern mittleren Alters häufiger, wobei die Prävalenz in den Zeiträumen geringfügig abnahm (2,5 vs. 2,2 %; $p = 0,65$). Für Frauen zeigte sich ein Anstieg von 0,7 auf 1,0 % ($p < 0,01$). Der Unterschied war nicht signifikant. Der durchschnittliche FRC nahm mit steigendem Lebensalter zu. Für die Altersgruppe der 35–54-Jährigen nahm der FRCS der Männer von 1988–2004 ab ($p = 0,07$), aber verschlechterte sich bei den Frauen ($p = 0,02$). Die Autoren halten einen

Zusammenhang mit der steigenden Diabetes-Inzidenz für wahrscheinlich. Die Mortalität des Myokardinfarktes nahm für beide Geschlechter ab, wobei die Reduktion bei Frauen ausgeprägter war. Bei Patienten < 55 Jahre war die absolute Abnahme bei Frauen 3 mal ausgeprägter (2,75 vs. 0,9 % bei Männern). Die Ergebnisse galten auch dann, wenn nur Patienten ohne einen Infarkt in der Vorgeschichte in die Analyse einbezogen wurden. Die klinische Manifestation der Herzinfarkte, Krankenhauscharakteristika oder Behandlungsunterschiede erklärten die Resultate nicht.

● **Fazit**

Die Erfolge in der Erkennung und Behandlung der koronaren Herzerkrankung kommen nach Ansicht der Autoren nun auch bei den Frauen an. Obwohl das kardiovaskuläre Risiko weiterhin auch für Männer mittleren Alters größer sei, schließe sich die Lücke zwischen den Geschlechtern zunehmend. Die Legende von der „hormonell geschützten prämenopausalen Frau“ sei endgültig zu verabschieden.

Dr. med. Susanne Krome

Onkologie

Erhöhtes Krebsrisiko durch Folsäure plus Vitamin B12

Seit geraumer Zeit mehrten sich die Hinweise, dass Folsäure mit einem erhöhten Krebsrisiko assoziiert sein könnte. M. Ebbing et al. werteten nun die Daten von zwei placebokontrollierten Studien aus, in denen kardiologische Patienten mit Folsäure, Vitamin B₆ und B₁₂ behandelt wurden. Ergebnis: Die kombinierte Folsäure/Vitamin-B₁₂-Gabe hatte eine erhöhte Krebs-Inzidenz, Krebssterblichkeit und Gesamtsterblichkeit zur Folge. *JAMA 2009; 302: 2119–2126*

Über einen durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 39 Monaten erhielten 6837 Patienten mit ischämischer Herzerkrankung in Norwegen – wo Nahrungsmittel keine Folsäure-Zusätze enthalten – oral B-Vitamine oder Placebo: Folsäure (0,8 mg/d) plus Vitamin B₁₂ (0,4 mg/d) und Vitamin B₆ (40 mg/d) ($n = 1708$); Folsäure (0,8 mg/d) plus Vitamin B₁₂ (0,4 mg/d) ($n = 1703$); Vitamin B₆ alleine (40 mg/d) ($n = 1705$) oder Placebo ($n = 1721$). Die beiden randomisierten, placebokontrollierten, doppelblinden Studien wurden zwischen 1998 und 2005 durchgeführt, der Nachbeobachtungszeitraum erstreckte sich bis Ende 2007. Primäre Endpunkte waren die Krebs-Inzidenz, Krebssterblichkeit und Gesamtsterblichkeit.

Bei 341 (10 %) der Patienten mit kombinierter Folsäure/Vitamin-B₁₂-Behandlung wurde Krebs diagnostiziert, in der Patientengruppe ohne eine solche Behandlung waren es 288 (8,4 %) (Hazard Ratio [HR] 1,21; 95 % Konfidenzintervall [KI] 1,03–1,41; $p = 0,02$). Die Krebssterblichkeit bei der Patientengruppe mit Folsäure/Vitamin-B₁₂-Behandlung gegenüber derjenigen ohne Behandlung

stellte sich wie folgt dar: 136 (4,0 %) vs. 100 (2,9 %) (HR 1,38; 95 % KI 1,07–1,79; $p < 0,01$). Auch die Gesamtsterblichkeit war bei der Kohorte, die Folsäure plus Vitamin B₁₂ erhielt, höher als bei den unbehandelten Patienten (548 [16,1 %] vs. 473 [13,8 %]; HR 1,18; 95 %-KI 1,04–1,33; $p = 0,01$). Die Ergebnisse lassen sich vor allem auf eine erhöhte Inzidenz von Lungenkrebs in der Folsäure/Vitamin-B₁₂-Gruppe zurückführen. Die alleinige Verabreichung von Vitamin B₆ zeigte keine signifikanten Effekte.

● **Fazit**

Eine tägliche Gabe von 0,8 mg Folsäure erhöht das Risiko, an Krebs zu erkranken, so das Ergebnis der norwegischen Studie. Die Autoren empfehlen ein Sicherheitsmonitoring für Nahrungs- und Nahrungsergänzungsmittel, denen Folsäure zugesetzt wurde.

Dr. rer. nat. Frank Lichert

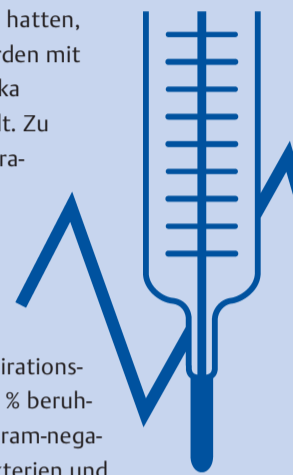
Kurzmitteilung

Infektionsrisiko auf der Intensivstation

Infektionen sind Hauptursache für die Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate auf Intensivstationen. Für eine 1-tägige prospektive Prävalenz-Studie wurden 13796 Patienten auf 12 Intensivstationen untersucht. Die Autoren fanden heraus, dass 51 % der Patienten eine Infektion hatten, 71 % wurden mit Antibiotika behandelt. Zu 70 % betrafen die festgestellten Infektionen den Respirationstrakt, 47 % beruheten auf gram-negativen Bakterien und 19 % waren Pilzinfektionen. Je länger ein Patient zum Untersuchungszeitpunkt bereits auf der Intensivstation lag, desto höher war die Infektionsrate, besonders bezüglich der Infektion mit resistenten Staphylokokken, Acinetobacter, Pseudomonias- und Candida-Spezies. Die Mortalitätsrate der infizierten Patienten war doppelt so hoch wie die der nicht infizierten (25 % [1688/6659] vs. 11 % [2201/6659]; $p < 0,01$). Das Fazit der Autoren lautet: Die Infektionsrate ist hoch bei Patienten auf Intensivstationen und das Risiko einer Infektion sowie daran zu sterben, steigt mit der Dauer des Aufenthalts erheblich.

hrs

(*JAMA 2009; 302: 2323–2329*)



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 Wesjack • 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.

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

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

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 60–61). Alle Rechte vorbehalten.

Anzeige 167x118

Psychokardiologie

Ein Herz und eine Seele

Die klinische Kardiologie hat in der Vergangenheit große Fortschritte erzielen können. Invasive Katheter-Eingriffe und potente Medikamente haben die Behandlungsmöglichkeiten der koronaren Herzerkrankung erweitert, moderne Schrittmacher und Defibrillatoren die der Rhythmustherapie. Doch bei allen Erfolgen wird ein Aspekt meist noch stiefmütterlich behandelt: die Psyche.

Dass ein enger Zusammenhang zwischen Herz und Seele bestehen muss, war den Menschen offensichtlich schon sehr lange klar. Warum sonst sollte man sich wohl etwas zu Herzen nehmen, wenn man schwer an einer Sache trägt oder etwas verinnerlicht? Und warum sonst sollte es einem das Herz brechen, wenn man einen schweren Schicksalsschlag erleidet? Wer sich fürchtet, dem rutscht das Herz in die Hose, und wenn sich zwei Menschen besonders gut verstehen, sind sie ein Herz und eine Seele. Bereits Aristoteles (384–322 v. Chr.) vermutete den Sitz der Seele im Herzen. Doch die Herz-Seelen-Beziehung existiert nicht nur im Volksthum, sie hält auch wissenschaftlichen Maßstäben stand. Umso mehr verwundert es, dass sich gerade in der Kardiologie ein immenses klinisches Wissen angehäuft hat, die Psyche aber nach wie vor ein Randdasein fristet. Das haben sich auch eine Reihe von Wissenschaftlern gedacht und sich daher die Mühe gemacht, den Wust an Studien zum Thema Herz und Psyche zu durchforsten, zu systematisieren und nach evidenzbasierten Kriterien zu bewerten. Das Resultat war ein neues Spezialgebiet in der Medizin, die sogenannte Psychokardiologie oder präziser Soziopsychokardiologie. Nach der Definition umfasst diese das Wissen hinsichtlich psychosozialer Faktoren der Entstehung, des Verlaufs, der Rehabilitation und der Verarbeitung kardiologischer Erkrankungen.

Wissensflut ohne Systematisierung

Einer der Vorreiter auf diesem Gebiet ist der Pädagoge und Diplom-Psychologe Prof. Dr. rer. med. Jochen Jordan, Leiter der Klinik für Psychokardiologie in Bad Nauheim, die dem dortigen Herzzentrum angeschlossen ist.



Prof. Dr. J. Jordan,
Bad Nauheim

Es mag für eine psychosomatische Abteilung in Deutschland ungewöhnlich wirken, dass sich diese in unmittelbarer Nähe zu einer kardiologischen Klinik befindet, doch dies ist gerade einer der Kernpunkte der Psychokardiologie. „Für unser Fachgebiet wäre es unvorstellbar, wenn wir fernab der somatischen Abteilung wären, wie es ja in der Psychosomatik meist der Fall ist“,

sagt Jordan. Für ihn sind gerade die räumliche Nähe und die Zusammenarbeit mit den klinischen Kardiologen wesentlich. „Die meisten Patienten, die zu uns kommen, brauchen noch eine kardiologische Beratung. Und sie brauchen auch die Sicherheit, zu wissen, dass rund um die Uhr Kardiologen erreichbar sind, falls es zu einem Notfall kommen sollte“, erklärt er. Denn nicht selten passiert es nach den Worten des Psychologen, dass bei den Patienten beispielsweise akut behandlungsbedürftige Rhythmusstörungen auftreten oder Befunde erneut begutachtet werden müssen, da Unsicherheit über den Gesundheitszustand besteht. Triebfeder für die Entwicklung der Disziplin Psychokardiologie war das Missverhältnis zwischen der Flut an kardiologischem Wissen, das natürlich auch eine Reihe psychischer Aspekte mit einschließt, und einer nahezu fehlenden Systematisierung dieser psychosomatischen Aspekte. Es dürfte wohl zu keiner psychosozialen Fragestellung so viele wissenschaftlich hochwertige Langzeitstudien und Metaanalysen geben, wie zu Herzerkrankungen, allen voran allem die koronare Herzkrankheit (KHK) – es konnte sie nur lange Zeit niemand einordnen. Daher machten sich im Jahr 1998 38 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen Ländern die Mühe, im Rahmen einer Statuskonferenz Ordnung ins Wissensdickicht zu bringen und vor allem auch widersprüchliche Forschungsergebnisse richtig einzuordnen. Das Ergebnis waren 14 Expertisen, die in Buchform in deutscher Sprache erschienen sind (Titel einsehbar unter www.psychokardiologie.info) und in einem hochrangigen amerikanischen Verlag in englischer Sprache weltweit angeboten werden (J. Jordan; B. Bardé & AM. Zeiher (Hrsg.): Contributions Toward Evidence Based Psychocardiology; APA). Alle Veröffentlichungen genügen dabei den Anforderungen der Evidence-based Medicine. Auf den Weg gebracht ist auch die Entwicklung von Leitlinien, die derzeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften abgestimmt werden. So gibt es in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie eine Arbeitsgruppe „Psychosoziale Kardiologie“ sowie ein offizielles Positionspapier, und auch die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat entsprechende Arbeitsgruppen eingerichtet. Weiterhin wird eine systematische Fortbildung in Psychokardiologie für Ärzte und Psychologen angeboten,

vergleichbar der psychosomatischen Grundversorgung. Mittlerweile gibt es psychokardiologische Experten und Abteilungen in zahlreichen Kliniken, beispielsweise in Berlin, Göttingen, Heidelberg oder München. Auch an vielen Reha-Einrichtungen ist die Aufmerksamkeit für dieses Gebiet gestiegen.

Erhöhtes Koronarrisiko bei Depression

Auch unter den klinischen Kardiologen genießt die Psychokardiologie Ansehen. Das Fach wird dabei als wertvolle Ergänzung zum eigenen Tätigkeitsfeld betrachtet und nicht müde belächelt, wie dies oft mit manch anderer psychosomatischer Disziplin in der Medizin geschieht. „Ich stehe der Psychokardiologie durchaus positiv gegenüber“, sagt beispielsweise der Kardiologe Prof. Dr. Erland Erdmann, Direktor der Medizinischen Klinik III der Universität Köln. So gebe es auf der einen Seite Herzpatienten, die an psychischen Störungen leiden, auf der anderen Seite sei das Herz aber auch in der persönlichen Wahrnehmung eine zentrale Körperstelle, die ebenso psychischen Einflüssen unterliege.



Prof. Dr. E. Erdmann,
Köln

„Patienten mit kardialen Beschwerden und organischem Normalbefund leiden oft an Ängsten und Fehlwahrnehmungen, die durch eine fachgerechte Behandlung durchaus korrigierbar sind“, sagt er. Wichtig sei es, hier genau zu differenzieren und die Therapie entsprechend zu gestalten. An seiner Klinik arbeiten daher Kardiologen, Psychiater und Psychotherapeuten bei bestimmten Fragestellungen Hand in Hand. „Momentan untersuchen wir beispielsweise im Rahmen einer DFG-finanzierten Studie zur Psychotherapie bei depressiven Koronarpatienten alle stationären Patienten, bei denen eine Indikation zur Koronarangiographie besteht“, berichtet Erdmann. Gerade die Verbindung zwischen einer Depression und Herzerkrankungen ist schon längere Zeit bekannt und wird derzeit intensiv erforscht. So konnte beispielsweise eine Metaanalyse aus dem Jahr 2002 zeigen, dass bei zuvor herzgesunden Patienten mit klinisch manifester Depression das KHK-Risiko um den

Faktor 1,7 erhöht ist (Am J Prev Med 2002; 23: 51–61). Eine weitere Studie konnte dieses Ergebnis ein Jahr darauf bestätigen (Psychosom Med 2003; 65: 201–210). In Deutschland gibt es daher momentan Bestrebungen, angeregt von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR), sämtliche Patienten einer Rehabilitationsklinik einem psychosozialen Screening zu unterziehen, um nach depressiven Störungen und Angststörungen zu fahnden. „Die Frage, wie eine Depression die Entstehung der koronaren Herzerkrankung beeinflusst und wie sie sich in der Folge auf diese Erkrankung auswirkt, ist derzeit weltweit das größte Thema in der psychokardiologischen Forschung“, weiß Jordan. Nach seinen Worten kann eine Depression dem Risikofaktor Nikotin nahe kommen: Wird ein Patient nach einem Herzinfarkt depressiv und bleibt dies für mehrere Monate, ist sein Risiko für einen Reinfarkt nahezu genauso hoch, wie wenn er rauchen würde.

Belastungsstörungen nach Defi-Schock

Weil die Kardiologen in Bad Nauheim diese Problematik erkannt haben, überweisen sie zahlreiche Patienten zu Jordan, damit er sie begutachtet und gegebenenfalls psychologisch betreut bzw. einer Behandlung in Wohnortnähe zuführt. Die 1998 begonnene und 2002 abgeschlossene Statuskonferenz und die systematische Analyse der Literatur waren in seinen Augen der erste wichtige Schritt, um diesen kollegialen Dialog zu ermöglichen. „Ich sehe hier zum Beispiel alle Patienten, die auf die Warteliste für eine Herztransplantation kommen, außerdem werden uns Überlebende nach einer Reanimation vorgestellt, um zu prüfen, ob eine posttraumatische Störung vorliegt. Für Patienten, denen ein Defibrillator implantiert wurde, bieten wir spezielle Kurse an“, berichtet der Psychologe. Diese Kurse bilden an seiner Klinik einen der Schwerpunkte. Jordan beschäftigte sich bereits in seiner Zeit an der Universitätsklinik Frankfurt/Main mit der Frage, wie man Patienten mit einem implantierten Defibrillator, der bereits mehrfach ausgelöst hat, am besten psychologisch therapiert. „Ein solches Ereignis stellt ein großes psychisches Trauma dar. Wir haben hier schon Patienten behandelt, bei denen der Defi in einer Episode 42-mal hintereinander geschockt hat“, erzählt Jordan. Solche Patienten leiden in der Folge meist an schweren Belastungsstörungen mit Panikattacken. Jordan versucht derzeit, hierfür ein geeignetes psychologisches Behandlungskonzept zu entwickeln, da es derzeit weltweit noch keine Therapie gibt. Ebenfalls ein Schwerpunkt in der Psychokardiologie sind Patienten, die nach einer Therapie wie Stentimplantation oder Bypass-Operation nach wie vor kardiale Beschwerden

ohne organisches Korrelat verspüren. Diese Patienten beobachten ihren Körper sehr genau und konsultieren häufig verschiedene Ärzte hintereinander, da sie jedes Symptom primär auf das Herz zurückführen. Charakteristisch sind eine ausgeprägte Ängstlichkeit und die Unfähigkeit, diese Beschwerden richtig einzuordnen. „Ich habe zum Beispiel einen Patienten gesehen, der sich innerhalb von sieben Monaten fünfmal einer Koronarangiographie unterzogen hat“, erzählt Jordan. Behandeln lassen sich solche Störungen sowohl mit einer Verhaltenstherapie als auch mit tiefenpsychologischen Methoden. Zum Programm gehören außerdem Entspannungsverfahren in großer Dichte und Elemente der klassischen kardiologischen Rehabilitation, diese allerdings in eher geringem Ausmaß. Psychokardiologie bedeutet aber nicht nur Behandlung, sondern auch Prävention. Herzpatienten lassen sich durch die Psychologen dabei unterstützen, zu einer gesünderen Lebensweise zu finden und so erneuten kardiovaskulären Ereignissen vorzubeugen, herzgesunden Menschen suchen Rat und Hilfe, wie sie entspannter und gesünder leben können. „Wir führen in diesen Fällen ein ausführliches psychologisches Screening zu Lebensführung, Stress und Stressverarbeitung durch. Außerdem ist ein Kardiologe eingebunden, der den Patienten untersucht und den körperlichen Status erhebt. Anschließend erhält der Patient eine Analyse seines Gesundheitsverhaltens und Anweisungen, was zu ändern ist“, erklärt Jordan. So hilft die Psychokardiologie nicht nur Herzpatienten, mit ihrer Erkrankung umzugehen, sondern auch herzgesunden Menschen, ihre Gesundheit zu erhalten. Damit dürfte diese Disziplin ganz im derzeitigen Trend liegen.

Dr. med. Johannes Weiß

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 62–63). Alle Rechte vorbehalten.



Diesen Beitrag hören:
www.thieme.de/dmw