

Inhalt

Medizinische Versorgungszentren Unendliche Geschichte

Die KBV und die Bundesärztekammer haben sich zusammengetan und mit einem Papier über die Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren die Diskussion zu diesem Thema weiter angefacht.

Seite 2

Streit um Honorargerechtigkeit Verteilungskampf pur

Durch die Reform der Vergütung der Vertragsärzte hat es eine erhebliche Umverteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zwischen den einzelnen KVen gegeben. Von Honorargerechtigkeit ist man noch meilenweit entfernt.

Seite 5

AOK-Forum

Absage an Privatisierungstendenzen in der GKV

Die Antwort auf die von der AOK Bayern gestellte Frage „GKV – Privatisierung oder Stärkung der Solidarität?“ stand von vornherein fest: Für die Selbstverwaltung der AOK gilt, dass der Stärkung der Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung absoluter Vorrang einzuräumen ist. Andere Meinungen waren beim AOK-Forum in München nicht zu hören.

Seite 8

Kardiologie

Die elektische Kardioversion bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung – mit steigender Prävalenz und gesundheitsökonomischer Bedeutung. Wird bei einem Patienten ein sinusrhythmuserhaltendes Therapieschema verfolgt, so wird die elektrische Kardioversion weitaus häufiger als die medikamentöse Kardioversion verwendet.

Seite 10

Impressum

Seite 15

Eine Analyse der aktuellen Gesundheitspolitik

Der Absturz der Gesundheitsprämie

Bundesgesundheitsminister Rösler hat zu Beginn seiner Amtszeit eine Gesundheitsreform an Haupt und Gliedern versprochen. Zu einer solchen Reform hätte auch der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Die Diskussion darüber wurde aber im Keim erstickt: Am offenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung – alles was medizinisch notwendig ist, wird finanziert – darf auch in der schwarz-gelben Koalition nicht gerüttelt werden.



Hoch hinaus wollte Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler. Zumindest seine Gesundheitsprämie ist nun abgestürzt.

Foto: PhotoDisc

rium eine Kostendämpfungsdiskussion losgetreten. Für Ärzte und Krankenhäuser bedeutet dies: Im Westen nichts Neues. Die Morbidität und der

medizinische Fortschritt werden unverändert von den Leistungserbringern finanziert. Inzwischen geht diese Diskussion noch weiter. Auf Druck der Krankenkassen sollen die Honorare eingefroren, wenn nicht sogar reduziert werden. Die uralte Budgetierungsdiskussion feiert fröhliche Urständ.

Über die Leistungen im Gesundheitswesen wird wegen der finanziellen Einschränkungen nicht gesprochen; natürlich dürfen diese nicht angerührt, geschweige denn gekürzt werden. Dies wird, wie in der Vergangenheit, der

Auch die Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt, aber vor allem im ambulanten und stationären Bereich, wurde nicht geöffnet. Im Gegenteil, im Zuge der öffentlichen Finanzkrise hat auch das neu besetzte Bundesgesundheitsministe-

heimlichen Rationierung durch Ärzte und Krankenhäuser überlassen. Hier machen sich die Politik und die Krankenkassen weiterhin die Finger nicht schmutzig.

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Pressemitteilung des BDI

BDI aktuell-Graphik des Monats

Fast 600 Internisten in MVZ tätig

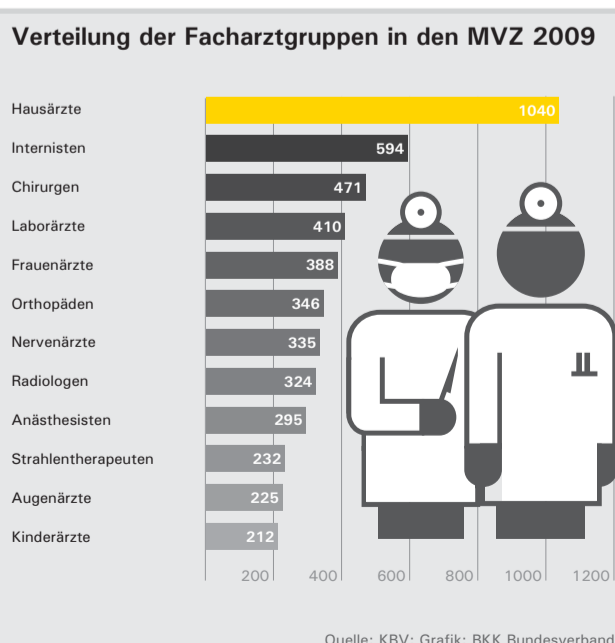
In den Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland arbeiteten 2009 insgesamt 594 Internisten. Damit stellen sie die zweitgrößte Arztgruppe innerhalb der MVZ dar – nach den Hausärzten (1040 Mediziner). Auch Chirurgen (471) sind häufig vertreten.

Seit der Einführung der Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2005 ist deren Anzahl auf über 1.300 im Jahr 2009 angestiegen.

An über 500 MVZ sind Krankenhäuser als Träger beteiligt. Neben Hausärzten, Internisten und Chirurgen sind in MVZ auch Laborärzte (410), Frauenärzte (388) und Orthopäden (346) tätig.

BKK-Bundesverband/SC

Lesen Sie den Artikel auf Seite 2 über die Zukunft von MVZ („Ein weiteres Kapitel einer unendlichen Geschichte“).



BDI weist Pfeiffers Kürzungsvorschlag zurück

Wesiack: Ärzte sind nicht Büttel der Kassen

Der Vorschlag von Dr. Doris Pfeiffer, die Vergütung der Vertragsärzte um 2,5 % zu kürzen, wird vom Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e.V., als schlechter Scherz gewertet. Die Vorsitzende des GKV-Spitzenverbands verfährt mit dieser Kürzung nach Gutsherrenart auf altbekannte Weise, um den von den Krankenkassen gefürchteten Zusatzbeiträgen auszuweichen, sagt BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack.

Kassen-Funktionäre wie Doris Pfeiffer betrachten den Freiberufler Arzt offenbar als Büttel der Kassen. Ihnen geht es allein um Geld und nicht um die Qualität der Versorgung. Man darf gespannt sein, ob sie mit solchen Kürzungen etwa bei den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung beginnen, wo sie selbst die Hausärzte mit hohen Pauschalen geködert und an ihre Vertrags-Leine gelegt haben. Der Präsident des Bundesrechnungshofs hat soeben „überhöhte Vorstandsgehälter bis 300.000 Euro, abenteuerliche Abfindungen, zu hohe Verwaltungskosten, teure Beraterverträge“ bei den gesetzlichen Krankenkassen öffentlich beanstandet. Angesichts dieses Finanzgebarens kann man den Kassen nur raten, mit dem Sparen erst einmal bei sich selbst anzufangen.

KV-Wahlen – Ihre Stimme zählt!

Unterstützen Sie die Kandidaten des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)

3. Deutscher Internistentag

Zwischen Klinik, Kindergarten und kardiologischem Notfall

Der Assistententag auf dem 3. Deutschen Internistentag unterstützt junge Mediziner im internistischen Berufsalltag.

Assistent oder Assistentin in der Inneren Medizin zu sein hat so seine Herausforderungen – der Umgang mit komplexen internistischen Krankheitsbildern, eine oftmals nicht hinreichend strukturierte Ausbildung oder die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind nur einige davon.

Lesen Sie weiter auf Seite 3

Editorial

Der Auftritt des immer noch neuen Gesundheitsministers Philipp Rösler zur Eröffnung des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden war gelungen. Er dankte im Namen der Regierung den Ärzten ausdrücklich für ihre Arbeit in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt. Er benannte aber auch die Fehler und Unzulänglichkeiten dieses „verkorkten Systems“, die verhassten Honorarbudgets, zu starke Regeln, die Kontrollwut der Bürokraten, das Unwissen der Patienten über ihre Behandlungskosten, eine notwendige Ände-

rung der Zulassung zum Medizinstudium sowie die Problematik medizinischer Versorgungszentren, die nach den Regeln der Kapitalmärkte, nicht nach denen der Freiberuflichkeit geführt werden.

Vertrauen auf die Fähigkeit zu Problemlösungen derer, die im Gesundheitssystem Verantwortung tragen, aber auch Sicherung von Solidarität – das sind die Maximen des Hoffnungsministers Philipp Röslers in der Gesundheitspolitik. Er setzt auf mehr Eigenverantwortung (in der Finanzierung), Abbau von Bürokratie sowie mehr Freiheit in der Berufsausübung.

Als nächstes müssen die ersten Schritte einer Finanzierungsreform auf den Weg gebracht werden. Die wird aber nach dem Ergebnis der Nordrhein-Westfalen-Wahl noch schwieriger als vorher schon werden.

Das Thema Priorisierung und Rationierung ärztlicher Leistungen – von allen Politikern, auch von Philipp Rösler, aus nachvollziehbaren Gründen immer noch abgelehnt, da es die Unterfinanzierung des System für jeden sofort deutlich macht und mit dem Märchen „alle bekommen alles und dies bei immer knapperen Budgets“ schlagartig Schluss macht –



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

muss von uns Ärzten immer wieder als Forderung in die Öffentlichkeit gebracht werden.

Den Diagnosen des Doktor Rösler können wir Internistinnen und Inter-

nisten weitgehend folgen. Nun muss aber auch die Therapie kommen. Jetzt müssen den Worten auch Taten folgen. Daran werden wir ihn auch im BDI messen.

Unterstützen Sie uns auf diesem Weg, arbeiten Sie aktiv im Berufsverband Deutscher Internisten, in Ihrem BDI e.V. mit.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Medizinische Versorgungszentren

Ein weiteres Kapitel einer unendlichen Geschichte

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer haben sich zusammengetan und mit einem Papier über die Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) die Diskussion zu diesem Thema weiter angefacht.

Für die Patienten und deren Versorgung ist das Medizinische Versorgungszentrum nichts anderes als eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. So wird sie auch von der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnungstechnisch behandelt.

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird das Medizinische Versorgungszentrum als Synonym für den angestellten Arzt in der ambulanten Versorgungsebene betrachtet. So einfach ist die Sache aber nicht: Es gibt genügend MVZ, in denen die Versorgung nicht von angestellten, sondern von selbstständigen Ärzten durchgeführt wird. Die Regel scheint eine Mischform von angestellten und selbstständigen Ärzten zu sein. In der Diskussion wird völlig übersehen, dass nach der Novellierung der Berufsordnung neben den Medizinischen Versorgungszentren auch alle anderen Praxisformen Ärzte anstellen dürfen, was auch zunehmend geschieht. Der angestellte Arzt ist somit kein Alleinstellungsmerkmal eines MVZ.

● **Gründerebene und Versorgungsebene**
Der wichtigste Unterschied liegt in der Zwei-Ebenen-Konstruktion der Versorgungsform. In der Gründerebene können sich alle an der Versorgung im Gesundheitswesen beteiligen, also auch Krankenhäuser. Neben der Gründerebene gibt es die Versorgungsebene, eben die oben erwähnte fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Ärzte in der Gründerebene können auch selbst die Versorgung übernehmen. Dies ist häufig in MVZ der Fall, die von Vertragsärzten gegründet wurden. Hier besteht oft Personenidentität zwischen Gründer- und Versorgungsebene.

Stein des Anstoßes sind die MVZ, die isoliert von Krankenhäusern gegründet wurden und die nur mit angestellten Ärzten arbeiten, sogenannte Klinik-MVZ. Hier fürchtet man um die Freiberuflichkeit des Arztes und übersieht dabei, dass auch der angestellte Arzt, somit auch der Krankenhausarzt, freiberuflich tätig ist. Freiberuflichkeit darf nicht mit Selbstständigkeit verwechselt werden.

● Diskussion um Klinik-MVZ

Unbehagen macht sich breit, fürchtet man doch, dass hier eine Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit durch wirtschaftliche Interessen durch die Krankenhäuser in der Gründer-Ebene ausgeübt wird, analog der stationären Behandlung. Durch die unterschiedlichen Beteiligungen in der Gründerebene ist damit MVZ nicht gleich MVZ.

Die ärztlichen Körperschaften haben sich die Klinik-MVZ vorgenommen. Sie möchten den Einfluss der Krankenhäuser auf diese Versorgungsstruktur zurückdrängen. Durch die Körperschaften beeinflusst, hat die Politik deshalb bereits vorgeschlagen, dass bei einer gesetzlichen Neuregelung in der Gründerebene nur die selbstständigen Vertragsärzte die Mehrheit haben müssten. Kliniken haben nichts mehr zu melden, sie dürfen sich bestenfalls noch an der Finanzierung beteiligen. Die Bundesärztekammer und KBV haben mit ihrem neuen Papier noch eins drauf gesetzt. Vereinfacht ausgedrückt: Es wird in Zukunft nach ihrem Willen keine neuen Klinik-MVZ mehr geben, auch nicht in unterversorgten Gebieten, was bisher angedacht war. Sogar bestehende Klinik-MVZ müssen rückabgewickelt werden.

Wohl gemerkt, es handelt sich um Vorschläge der ärztlichen Körperschaften an den Gesetzgeber, nicht um eine beschlossene Sache.

● Einige Ungereimtheiten

Wie verfahren und wenig durchdacht die derzeitige Diskussion angelegt ist, machen folgende Überlegungen deutlich:

► Die Kassenärztliche Bundesvereinigung selbst durchbricht ihre Argumentation, indem sie an anderer Stelle, nämlich bei der Neuordnung des Zulassungsrechtes, für sich selbst KV-MVZ mit angestellten Ärzten in unterversorgten Gebieten reklamiert. Finanziert werden könnte dies über ihre Stiftung Äskulap, somit auch von externen Kapitalgebern. Von der Selbstständigkeit der

versorgenden Ärzte ist bei diesem Modell keine Rede mehr.

► MVZ – auch in reiner Vertragsarzt-hand – müssen mit Krankenhäusern und deren stationärer Versorgung zunehmend konkurrieren. Bei einem Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent und einer Auszahlung von 3,5 Cent bleibt zugegebenermaßen kein Geld für eine Neuinvestition im vertragsärztlichen Bereich, gelingt es nicht in der Gründerebene über Partner und entsprechende Kooperationen Finanzmittel zu generieren. Unser EBM-basiertes Honorarsystem schafft dies im fachärztlichen Bereich schon lange nicht mehr. Will die KBV ihre reine Lehre bei den MVZ umsetzen, muss sie über die Finanzierung hochinvestiver Facharztpraxen ernsthaft nachdenken.

► Die älteren Vertragsärzte, die ihre Praxen verkaufen wollen, werden bei der Diskussion völlig außen vor gelassen. Wer kauft denn heute noch eine Facharztpraxis, die aus Altersgründen abgegeben wird? Dafür finden sich schon heute kaum noch Vertragsärzte. Manche Facharztpraxis, seit Jahren ohne neu investierte Geräte und mit abnehmenden Fallzahlen, wäre ohne den Markt über die Klinik-MVZ praktisch unverkäuflich. Wie sollen diese Kollegen ggf. ihre Restschulden bezahlen? Etwa von ihrer BfA-Rente?

Die Diskussion über Medizinische Versorgungszentren, oder besser Klinik-MVZ hat somit weitere Facetten, man sollte sie weniger emotionsgeladen und dafür mit mehr Augenmaß führen.

HFS

Eine Analyse der aktuellen Gesundheitspolitik (Fortsetzung von Seite 1)

Der Absturz der Gesundheitsprämie

● **Als unsozial verrufen – die Gesundheitsprämie**
Im Zentrum jeder Gesundheitsdebatte steht natürlich die Finanzierung des Systems. Hier ist Minister Rösler mit einem hohen Anspruch angetreten, nämlich der Gesundheitsprämie. Dieser ordnungspolitische Ansatz ist denkbar einfach. Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung soll als Prämie pro Mitglied erhoben werden. Diese Prämie ist nicht kostendeckend, die Finanzierungslücke wird über Steuern finanziert. Damit wird sichergestellt, dass alle Bürger in der Bundesrepublik je nach ihrem Steueraufkommen an der GKV-Finanzierung beteiligt werden. Die Prämie wurde in der öffentlichen Diskussion als unsozial zerrissen, weil man gewollt oder ungewollt die soziale einkommensabhängige Finanzierung der GKV via Steuern schlicht nicht zur Kenntnis genommen hat.

Einzelne Rufer in der Wüste, die für die Gesundheitsprämie eingetreten sind, wie z. B. die Professoren Rürup und von Klusen, haben die öffentliche Diskussion nicht ändern können. Insbesondere die Opposition zog gegen den Vorschlag zu Felde, aber auch in unheiliger Allianz mit dem bayerischen Ministerpräsident Seehofer, der, ganz ungewohnt, an einem politischen Prinzip festhielt, nämlich der grundsätzlichen Ablehnung der Prämie. Auf die Unterstützung der Bundeskanzlerin konnte der Minister nicht bauen, da sich Bundeskanzlerin Angela Merkel erst am Ende einer politischen Diskussion festlegt – und die ist immer noch nicht abgeschlossen.

● Nachsitzen, Herr Rösler!

In diesem Umfeld entstand die letzte Vorlage zur Finanzierung der gesetzli-

chen Krankenversicherung. In ihr ist die Gesundheitsprämie zu einer Zusatzpauschale degeneriert; sie ist nur teuer und gilt für alle Kassen. Als Entlastung für die Arbeitnehmer, die diese Gesundheitsprämie zahlen sollen, wird der Anteil des Beitrages durch die Arbeitgeber erhöht. Selbst dieser Vorschlag war der Bundeskanzlerin noch zu viel Reform. Bundesminister Rösler muss jetzt nachsitzen und seine Vorschläge bis zur Sommerpause überarbeiten – mit einer eindeutigen Vorgabe: keine Mehrkosten für die Arbeitgeber. Hat man die Auftritte des Bundesgesundheitsministers in den letzten Wochen beobachtet, so hat er wortgewandt und in freier Rede weitgehend Unverbindliches von sich gegeben. Bei Betrachtung der politischen Situation hat er gut daran getan. Auch er scheint bemerkt zu haben, dass der alte Spruch bei Gesundheitsreformen weiter gilt: Es muss was passieren, aber es darf sich nichts ändern.

HFS

Neuer Chef des IQWiG berufen

Jürgen Windeler folgt auf Peter T. Sawicki

Der Vorstand des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat Prof. Jürgen Windeler zum neuen Leiter des IQWiG berufen. Er folgt auf Prof. Peter T. Sawicki, dessen Vertrag zum 31. August 2010 ausläuft.

Der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. jur. Rainer Hess, hat die Entscheidung begrüßt: „Mit Jürgen Windeler konnte eine über die Selbstverwaltung hinaus anerkannte Persönlichkeit und ein ausgewiesener Experte für evidenzbasierte Medizin für dieses wichtige Amt gewonnen werden. Die getroffene Entscheidung stellt sicher, dass die für den G-BA unverzichtbare Arbeit des Instituts ohne Brüche und mit der erforderlichen wissenschaftlichen Expertise fortgesetzt werden kann. Dies hat vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Vorhaben zur Schnellbewertung von Arzneimitteln, die IQWiG und G-BA künftig gemeinsam umsetzen sollen, eine besondere Bedeutung.“

Jürgen Windeler bekleidet derzeit noch den Posten des leitenden Arztes und stellvertretenden Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und tritt zum 1. September dieses Jahres die Nachfolge von Sawicki an. Der Stiftungsrat des Instituts hatte dem IQWiG-Vorstand einvernehmlich den Vorschlag unterbreitet, Windeler für diese Funktion vorzusehen. Dies wurde vom Vorstand bestätigt, in dem auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vertreten ist, das nun noch formell zustimmen muss.

Dem Ende August scheidenden Sawicki dankte Hess ausdrücklich für sein kraftvolles Engagement in den vergangenen Jahren und die stets gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. „Die Zeit des Auf-

baus und Etablierung des Instituts als bedeutende und unabhängige Instanz im deutschen Gesundheitswesen bleiben untrennbar mit dem Namen Peter Sawicki verbunden. Er übergibt ein geordnetes Haus, das national wie international einen ausgezeichneten Ruf genießt und aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr wegzudenken ist.“

Um die Vielzahl seiner gesetzlichen Aufgaben erfüllen zu können, ist der G-BA auf wissenschaftliche Unterstützung angewiesen. Diese bekommt er vorrangig durch das IQWiG. Das Institut wurde im Jahr 2004 in der Rechtsform einer privaten Stiftung durch den G-BA gegründet und untersucht und bewertet den Nutzen von Arzneimitteln und medizinischen Leistungen.

● Windeler: IQWiG muss neutral und unabhängig sein
Der in Hildesheim geborene Windeler, der zunächst eineinhalb Jahre in der Krankenpflege arbeitete, bevor er Medizin studierte, war in der Inneren Medizin bei Prof. Johannes Köbberling in Wuppertal tätig, ehe er sich der Statistik und Epidemiologie zuwandte. Um die dort gewonnenen theoretischen Erkenntnisse in der Praxis zu überprüfen, wechselte er wieder in die Innere Medizin, bevor er sich endgültig auf die Epidemiologie und Biometrie festlegte. Anders als sein Vorgänger Sawicki, der den Umgang mit den Medien souverän beherrschte und ständig in den Medizin-Talk-Shows im Fernsehen präsent war, hat sich Windeler stets öffentlich zurückgehalten. Den-



Ab 1. September wird Prof. Jürgen Windeler Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sein.

noch wird die Pharma-Industrie mit ihm nicht leichter umspringen können als mit dem streitbaren Sawicki. Windeler verfiert seit Jahren die Methoden der evidence-based medicine (eBM) und wird diese auch in der künftigen Arbeit des IQWiG als Maßstab heranziehen. Im Gespräch mit der „Frankfurter Rundschau“ hat er betont: „Die Summen, die für ungeeignete Behandlungen ausge-

ben werden, sind erheblich.“ Es gehe um Milliardenbeträge, und bevor man über die Rationierung medizinischer Leistungen rede, sollte man diese Mittel in die richtigen Bahnen lenken.

Vor politischer Einflussnahme auf die Arbeit des IQWiG scheint er keine Angst zu haben. Das Institut müsse in seinen Bewertungen neutral und unabhängig sein, erklärt er.

„Das ist der Anspruch des IQWiG, und das erwarten selbstverständlich die Versicherten und Patienten“, zitiert ihn Spiegel online. „Ganz wichtig ist mir zudem, dass die Ergebnisse des IQWiG möglichst in der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Dazu sind sicherlich auch politische Gespräche notwendig.“

KS

3. Deutscher Internistentag (Fortsetzung von Seite 1)

Zwischen Klinik, Kindergarten und kardiologischem Notfall

Um junge Internisten hierfür gut auszurüsten, hat der Berufsverband Deutscher Internisten, unterstützt vom Jungen Forum (JFBDI), den für alle interessierten Mediziner kostenlosen Assistententag ins Leben gerufen. Im Rahmen des 3. Deutschen Internistentages findet er im September in Berlin zum zweiten Mal statt. Interessierten bietet er eine Plattform für Information und Diskussion zu aktuellen arbeitspolitischen Themen sowie qualitativ hochwertige Updates zu internistischen Krankheitsbildern.

Berufspolitisch stehen in diesem Jahr die Themen Familie und Beruf, die Möglichkeit zum eigenen Engagement für arbeitspolitische Veränderungen sowie ein Ländervergleich in der Internistischen Medizin auf dem Programm: Wie lassen sich Kind und Karriere vereinbaren? Welche Weichenstellungen sind nötig für eine gute Ausbildung und wo steht hier die Innere Medizin im europäischen Ausland?

Mit der Veranstaltung „Kinder und Karriere konkret – ich hab's versucht“ zeigen die Veranstalter, dass und wie Familie und Beruf machbar sind. Die nötigen politischen Schritte hierfür sieht das JFBDI vor allem in der Schaffung von Betreuungsmöglichkeiten. Für eine Familienförderung in der Klinik beispielsweise fordert das Forum Ganztagskindergärten mit flexiblen Öffnungszeiten, Gleitzeitregelungen sowie Einkaufs- und Waschlösungen. Qualifizierte Teilzeitarbeit sollte hier ebenso wertgeschätzt werden wie eine Vollzeitstätigkeit.

Wie man Berufspolitik durchschauen und durch eigenes Engagement verändern kann, ist Gegenstand der Veranstaltung „Berufspolitik für Dummies? Da muss man doch was machen!“ Zum Beispiel der Einsatz für eine strukturierte Ausbildung trotz wirtschaftlicher Zwänge: Hier hat das JFBDI vielversprechende Ideen, an denen es auf Basis seines eigenen Bewertungspools für Internisten arbeitet. Die verbindliche Einführung von Weiterbildungs- und

Rotationsplänen im Rahmen einer Weiterbildung, die bis hoch in die Verwaltungsapparate erklärtes Ziel der Klinik ist, gehört dazu ebenso wie die Einführung eines unter anderem für die Weiterbildung freigestellten Facharztes und berufsbegleitender Mentoren in den ersten Ausbildungsjahren.

Sinnvoll ergänzt werden die berufspolitischen Veranstaltungen des Assistententages durch Updates zu wichtigen internistischen Krankheitsbildern: „Der gastrointestinale Notfall 2010“, „Diabetes mellitus Typ 2 2010 – Die neuen Therapieregime“ und „Alkoholzug – Distra forever?“ stehen in diesem Jahr auf dem Programm. So erwartet die Besucher des Assistententages auf dem 3. Deutschen Internistentag eine breite Mischung aus arbeitspolitischen und internistischen Themen.

Pressemitteilung des BDI

Der Assistententag mit den Themen „Familie + Beruf“, „Mitmachen, verändern“ und „Neue Strukturen/EU“ findet am Freitag, den 10. September 2010, von 13.00–19.00 Uhr im Raum Virchow des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin statt.



Juristische Fragen?

Wir helfen Ihnen gerne!

Die Rechtsabteilung des BDI berät die Mitglieder des BDI kostenfrei bei allen berufsbezogenen rechtlichen Angelegenheiten.

Sie erreichen Frau Christina Zastrow von Montag bis Freitag ab 8.00 Uhr unter:

Telefon: 0611 – 181 33 17

Fax: 0611 – 181 33 50

E-Mail: CZastrow@bdi.de

Personalia

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bremen im BDI e.V. hat einen neuen Vorstand gewählt. Vorsitzender des Landesverbandes ist Prof. Dr. med. Martin Katschinski. Weitere fünf Ärzte gehören dem Vorstand an: Dr. Thomas Hilmer, Georg Kückelmann, Berndt Ronski, Dr. Erick Meyer und Dr. Iris van de Loo.

Der BDI e.V. bedankt sich beim bisherigen Vorsitzenden Dr. Klaus Ventzke für sein Engagement und seinen Einsatz.

Gewerbsteuer für Ärzte

Negatives Signal

Die Finanznot unseres Staates hat vor allem die Kommunen erreicht, das fehlende Geld wird im Alltag spürbar. Kindergartenbeiträge werden angehoben, Schwimmbäder geschlossen, tiefe Schlaglöcher in lieblos geflickten Straßen nicht mehr repariert. Stattdessen werden neue Schilder mit Geschwindigkeitsbegrenzung aufgestellt.

Zur Lösung der Finanzkrise der Kommunen braut sich eine unheilige Allianz zusammen. Der Deutsche Städte- und Gemeindetag sieht die Lösung in der Einführung der Gewerbesteuer für freie Berufe, also auch für die Ärzte. Unterstützung bekommt er durch den Vorsitzenden der Gewerkschaft ver.di, Frank Bsirske. Dieser bemüht als Begründung sogar die deutsche Vergangenheit und weist darauf hin, dass die Befreiung Selbstständiger von der Gewerbesteuer ein Relikt aus der Nazizeit sei. Na, wenn das kein durchschlagendes Argument ist! Er wendet sich gegen die Auffassung der FDP, die Gewerbesteuer ganz abzuschaffen, im Gegenteil, er plädiert für die zusätzliche Einführung bei Ärzten und Anwälten und verspricht sich dadurch erhebliche Mehreinnahmen. Auch die Industrie-

und Handelskammern sind für den Vorschlag zu haben.

Die Motive dieser „Allianz“ für die Erweiterung der Gewerbesteuer sind unterschiedlich. Den Kommunen geht es hauptsächlich um eine Verbesserung ihrer Steuereinnahmen, Frank Bsirske ist sicher mehr ideologisch motiviert und die Industrie- und Handelskammer hofft auf neue Mitglieder und die Übernahme der Landesärztekammer. Zur Bewertung der neuen Situation ist es erforderlich, sich mit dem ordnungspolitischen Ansatz der Gewerbesteuer zu beschäftigen und dabei auf die Folgen hinzuweisen, die mit einer Einführung bei freien Berufen, insbesondere bei den Ärzten, verbunden sind.

● **Unterschiedliche Hebesätze in den Kommunen**
Die Gewerbesteuer wird von den Kommunen erhoben, die Höhe dieser Steuern wird in Form eines Hebesatzes per kommunaler Satzung festgelegt. Typisches Beispiel für unterschiedliche Hebesätze findet man im Rhein-Main-Gebiet. Der Speckgürtel, beispielsweise in der Stadt Eschborn, hat deutlich niedrigere Gewerbesteuerersatz als die Stadt Frankfurt selbst. Dies hat z. B. die Börse veranlasst, ihren Sitz von Frankfurt nach Eschborn zu verlegen, da sich das Unternehmen dadurch eine niedrigere Gewerbesteuerzahlung verspricht. Wenn man glaubt, dass damit Eschborn die gesamte Gewerbesteuer von dem Unternehmen Börse erhält, so ist dies aber ein Irrtum. Die Gewerbesteuer wird anteilig auf den Firmensitz und auf die Produktionsorte verlegt. Dabei richtet man sich nach den Lohnsummenanteilen. Dennoch versuchen sehr viele Firmen aus der Verlagerung des Firmensitzes entsprechende Vorteile durch eine niedrigere Gewerbesteuer zu ziehen, indem sie Firmenteile einschließlich Personal verlagern.

● **Restriktive Zulassungsordnung**
Der Vergleich Arztpraxis und Unternehmen Deutsche Börse hinkt mit Sicherheit. Der Vergleich mit einem kleinen Handwerksbetrieb, der seinen Sitz in die Umgebung der Großstadt verlegt, ist da schon ein besseres Beispiel. Der zahlt in dem Speckgürtel der Stadt eine niedrigere Gewerbesteuer, verliert aber nicht einen einzigen Kunden in seinem Einzugsgebiet. Dieser Wettbewerb zwischen den Kommunen durch unterschiedliche Hebesätze bei der Gewerbesteuer ist gewollt. Er fördert die Ansiedlung von Betrieben in strukturschwachen Bezirken. Dies kann auf die Ausübung des Arztberufes in Deutschland aber nicht übertragen werden. Der Arzt ist überwiegend in freier Praxis in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Er muss sich deshalb der Zulassungsordnung des Sozialgesetzbuches unterwerfen und kann nicht aus steuerrechtlichen Gründen seinen Sitz einfach verlagern. Allein aus diesem Grund dürfte sich eine Gewerbesteuerpflicht für den Arztberuf sehr schwer umsetzen lassen. Entweder muss der Staat seine restriktive Zulassungsbeschränkung für den Vertragsarzt aufheben oder er

sollte schleunigst die Diskussion über die Gewerbesteuerpflicht beenden.

● **Freiheitliche Berufsausübung gefährdet**
Das Kapitel hat nicht nur einen steuerrechtlichen, sondern auch einen gesellschaftspolitischen Aspekt. Die freien Berufe sind wesentliche Bestandteile unserer Demokratie. Unabhängig von ihrem Arbeitsverhältnis müssen hier Arzt-Patienten- oder Anwalt-Klienten-Verhältnisse möglichst unbeeinflusst sein, sozusagen als die letzte Wiese individueller Betreuung. Typisch ist, dass gerade totalitäre Staaten die freie Berufsausübung von Arzt und Anwalt einschränken, ja sogar ganz verbieten. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Hans Hellmut Koch hat auf die hohe Bedeutung des Prinzips freier Berufe für die ärztliche Berufsausübung hingewiesen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird bereits jetzt durch Einschränkung des Datenschutzes zunehmen eingeschränkt. Die Einführung der Gewerbesteuer wäre ein weiteres negatives Signal für die freiheitliche Berufsausübung, ein wichtiges Merkmal unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung.

HFS

Umfrage unter Krankenhausgeschäftsführern

Die rosarote Brille

Es liegt nur am Ärztemangel. So lautet die Antwort von Politik und ärztlichen Körperschaften, wenn man sie auf die strukturellen Probleme unseres Gesundheitswesens anspricht. Dort wird behauptet, dass Personalmangel an der wichtigsten Stelle des Systems, nämlich bei den Ärzten, herrscht, sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Versorgung. Was die ambulante Versorgung angeht, so wird dies von den Krankenkassen vehement bezweifelt: Ärzte gäbe es genug, sie wären nur falsch verteilt.

Unumstritten scheint die Mangelsituation im stationären Versorgungsbereich. Dabei werden in naher Zukunft vor allem gut weitergebildete Fachärzte fehlen, gibt es doch zu wenig attraktive Lebensstellungen im Krankenhaus für den ärztlichen Mittelbau. Der Mangel an Weiterbil-

dungsassistenten ist unumstritten. Man hat das Gefühl, dass bei den jungen Ärzten in Deutschland eine Art Völkerwanderung eingesetzt hat. Während viele junge Ärzte Stellen im Süden, siehe Schweiz, oder im Norden, siehe Dänemark und Schweden, aber auch im Westen, z. B. in Großbri-

tannien, übernehmen, füllen wir den Nachwuchs in den Weiterbildungsstellen überwiegend aus dem Osten Europas. Böse Zungen behaupten, dass auf manchen Krankenstationen, insbesondere in mittleren und kleinen Krankenhäusern, vor allem in den neuen Bundesländern, russisch zur Umgangssprache geworden ist. Auch die erfolgreiche Tarifpolitik des Marburger Bundes ist nur bei dem derzeitigen Mangel an ärztlichem Nachwuchs zu verstehen – Angebot und Nachfrage spielen bei Tarifverhandlungen auch eine Rolle.

● **Krankenhausgeschäftsführer haben keine Personalsorgen**
In diesem Umfeld hat Ernst & Young eine repräsentative Umfrage unter

Krankenhausgeschäftsführern gestartet. Zur Verblüffung aller stehen die Personalsorgen aber am Ende der Skala. Der Punkt „schwierige Personalanwerbung, -kosten“ wird nur von 2 % angegeben. Entweder sind die Personalsorgen noch nicht an der Spitze der Verwaltungspyramide im Krankenhaus angekommen oder man schätzt die ärztliche Arbeit im Gesamtkontext des Krankenhauses grundsätzlich nur sehr gering ein. Offensichtlich hat man übersehen, dass medizinische Versorgung – auch oder gerade im Krankenhaus – ohne Ärzte grundsätzlich nicht denkbar ist. Die Umfrage von Ernst & Young ist aber nicht nur in diesem Punkt interessant. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht müde wird, den Untergang vieler Krankenhäuser in der derzeitigen Finanzierungssituation vorherzusagen, geben sich bei der Umfrage die zuständigen Krankenhausdirektoren optimistisch, was die Bewertung ihrer eigenen Situation betrifft. Schuld an dem Ärger sei nur die Politik mit ihren Vorgaben, meinen 63 %. Finanzielle Gründe geben 55 % an. Nur 27 % gehen selbstkritisch mit der eigenen Krankenhausgröße um, alles andere, auch die ärztliche und pflegerische Qualifikation, kommen unter ferner liefen. Noch verblüffender ist die Einschätzung der derzeitigen finanziellen Situation des Krankenhauses insgesamt, die von 71 % mit sehr gut bis gut eingestuft wird.

● **Patienten haben eine andere Meinung**
Ernst & Young haben neben den Verwaltungsdirektoren zusätzlich die

Patienten befragt. Dabei kommt es zu eklatanten Bewertungsdifferenzen. Während die Verwaltung die Qualität der ärztlichen Behandlung in 69 % mit sehr gut einstuft, ist dies nur bei 21 % der befragten Patienten der Fall. Dieses Missverhältnis bleibt auf allen Befragungsfeldern gleich, von der Pflege bis zur Unterkunft. Diese stufen nur 44% der Krankenhausmanager selbstkritisch als sehr gut ein – bei den Patienten sind sogar nur 21 % dieser Ansicht.

Hier wird eine Diskrepanz sichtbar, die den Krankenhäusern zu denken geben muss. Offensichtlich sind die Verwaltungschefs zu wenig selbstkritisch. Sie sehen die eigene Situation mehr durch die rosarote Brille. Es scheint eine sehr große Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit in der eigenen Bewertung zu geben.

● **Und die Konsequenzen?**
Folgerichtig ziehen die Krankenhausoberen auch die falschen Konsequenzen, wenn es um zukünftige Maßnahmen geht. An oberster Stelle werden Verbesserungen der Hotellerie im Krankenhaus und Kooperation mit anderen Kliniken angegeben. Die Personalfrage wird nach eigener Einschätzung eher am Ende abgehandelt. Das betriebswirtschaftliche Führungspersonal im Krankenhaus sollte seine eigene Bewertung kritisch hinterfragen und sich deshalb bei der Ist-Analyse und bei Zukunftsperspektiven wieder mehr mit den eigenen Ärzten zusammensetzen – dies dürfte den Horizont erweitern.

HFS



Foto: Dynamic Graphics

Keine Personalprobleme in den Kliniken, keine finanziellen Schwierigkeiten und eine hervorragende Patientenbetreuung? Tragen Krankenhausgeschäftsführer eine rosarote Brille?

Streit um Honorargerechtigkeit

Verteilungskampf pur

Durch die gesetzlich verordnete Reform der Vergütung der Vertragsärzte hat es eine erhebliche Umverteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben. Die Honorarunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern, Folge der deutschen Wiedervereinigung, wurden dabei ausgeglichen, nicht über Steuermittel, sondern durch die Vertragsärzte selbst.

Man hat die Gunst der Stunde genutzt: die ausgehandelte Aufbesserung der ärztlichen Gesamtvergütung hat man zum Ost-West-Ausgleich herangezogen. Die Hoffnung, dass dies beim einzelnen Vertragsarzt nicht zu sehr auffällt, hat nicht getrogen. „Echte“ Verlierer hat es dabei, außer in Baden-Württemberg, wohl nicht gegeben. Die einen haben nur etwas weniger, die anderen aber mehr von den zusätzlichen Milliarden bekommen. So weit, so gut. Verärgert war besonders die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die aber an ihrer Misere nicht ganz schuldlos war. Die Geldverteilung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen wird über die angeforderten Leistungen in der Vergangenheit gesteuert. Übrigens war das nicht überraschend, sondern stand so im SGB V.

Dennoch hatte die KV Nordrhein an ihrer Individualbudgetierung festgehalten, auch auf die Gefahr hin, dass damit die eigene Leistungsmenge unterschätzt wird, was zwangsläufig zu einem reduzierten Leistungsbedarf mit weniger Geld führen musste. Die KV Nordrhein wollte dieses selbstverschuldete Ergebnis aber nicht akzeptieren, sie forderte eine Korrektur.

- Regionale Unterschiede sollen berücksichtigt werden

Den Fehler der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein will man also korrigieren. Westfalen-Lippe hat sich angeschlossen. Eine weitere Novellierung des Vergütungssystems wurde auf einer „Geheimsitzung“ der KV-Oberen in Dresden beim Deutschen Ärztetag beschlossen. Schlüssel ist dabei die hinreichend bekannte Berechnung des Behandlungsbedarfs der einzelnen Versicherten, korrigiert durch die Morbidität. Damit würde auch die Geldmenge transparent, die die einzelne KV entsprechend der Morbidität und der Versicherungszahl erhält. Aber nichts ohne Ausnahmen: Man will regionale Unterschiede mit berücksichtigen und dabei auch die von KV zu KV unterschiedlichen Verlagerungseffekte ambulant/stationär mit einbeziehen.

- Von Honorargerechtigkeit weit entfernt

Dies löst natürlich die akuten Probleme der KV Nordrhein überhaupt nicht, geht man doch von einer fünfjährigen Konvergenzphase aus, bis das Ziel erreicht ist. Übrigens: Die Zustimmung der Krankenkassen zu dem Modell steht noch aus. Deshalb will man akut über die Zahlen aus

men. Ein Ausgleich über andere KVen ist in dem Papier nicht vorgesehen. Auch diese behalten ihre seitherige Einnahmebasis. Es bleibt das Geheimnis der KV, woher das dafür notwendige zusätzliche Geld kommen soll.

- Erneute Honorarumverteilung befürchtet

Bei den bekannt knappen Ressourcen und der von den Krankenkassen eingeforderten Nullrunde bei den Honoraren fürchten deshalb regionale Kassenärztliche Vereinigungen

eine erneute Umverteilung, diesmal von Ost nach West. Die Politik in Nordrhein-Westfalen hat sich schon eingemischt und aktiviert angeblich ihre Kassenärztliche Vereinigung. Die Antwort aus Mecklenburg-Vorpommern liegt schon vor: Es darf an der dortigen Honorarbasis nicht gerüttelt werden, sonst bricht angeblich dort die Sicherstellung zusammen. Man hofft auf Unterstützung durch das eigene Landesministerium. Wir sind also wieder dort angekommen, wo wir schon seit Jahren

waren: Verteilungskampf pur, diesmal zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Von einer Honorargerechtigkeit sind wir mehr denn je entfernt.

HFS

dem Jahre 2008 den Benachteiligten helfen. Dabei darf es aber nur zu finanziellen Aufbesserungen kom-

Anzeige 224 x 297

Ärztbewertungen im Internet

»Schon mal unpünktlich«

„KSB2008“ findet ihre Hausärztin in der Schönhauser Allee in Berlin „total nett und bemüht“. Sie sei interessiert, kompetent und nehme sich viel Zeit. „Adada“ hatte weniger Glück und teilt mit, seinen Internisten in derselben Straße gewechselt zu haben. Patient „Kuhli“ schließlich scheint ein stoischer Charakter zu sein. Seine dreistündige Wartezeit in einer Berliner HNO-Praxis kommentiert er trocken mit: „Dieser Arzt ist gerne mal unpünktlich.“ Vermutlich hatte „Kuhli“ ein gutes Buch in der Tasche, anders als „Fritz“, der sich schon über 80 Minuten im Wartezimmer massiv echauffiert. Auch sonst ist der privat-

versicherte Patient kritisch: „Man bekommt gerne und schnell teure Geräte zu sehen.“ Arztbewertungen wie diese finden sich mittlerweile zu Zehntausenden im Internet. Auf Portalen wie Docinsider.de, Topmedic.de, Imedo.de, Helpster.de oder Jameda.de werden sie gesammelt. Wer sich informieren will, gibt seine Postleitzahl ein und wählt eine Fachrichtung aus. Es erscheint eine Liste mit Ärzten und Patientenurteilen, mal überschwänglich, mal vernichtend, konstruktiv, wenig hilfreich. Ärztevertreter sind nicht so glücklich mit all diesen Portalen und warnen vor blindem Vertrauen in die Bewer-

tungen: „Die Portale spiegeln das Bedürfnis der Patienten nach mehr Transparenz wider, aber sie können nur subjektiv sein. Ich würde mich nur sehr begrenzt darauf verlassen“, sagt beispielsweise Roland Stahl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Viele Ärzte reden im Zusammenhang mit den Portalen auch schon mal von „Beschimpfungsplattformen“. Praktisch jeder Portalanbieter schließlich berichtet über Anrufe erboster Ärzte, die mit dem Anwalt drohen. Verbraucherschützer dagegen sind aufgeschlossener: „Der Grundgedanke, dass Patienten ihre Erfahrungen anderen nutzbar machen, ist bestechend“, betont etwa Stefan Etgeton vom Verbraucherzentrale Bundesverband.

Allen Portalen gemein ist, dass sie um die Gunst der Patienten buhlen. Das wundert nicht: Arztbewertungsportale berufen sich auf die Intelligenz der Masse, und die tritt erst bei massenweiser Nutzung in Erscheinung. Wer sich bei einem der genannten Portale auf Arztsuche begibt, wird feststellen, dass noch bei viel zu vielen Ärzten keine Kommentare oder nur einzelne Kommentare zu finden sind. Das ist dann naturgemäß wenig repräsentativ, zumal Einzelmeinungen sehr anfällig für Manipulationen sind. Weil die Zahl der Bewertungen eine so zentrale Bedeutung für die Portale hat,

wird darum sogar vor Gericht gefochten. Jameda.de zoffte sich beispielsweise vor dem Landgericht München mit Docinsider.de, einem weiteren großen Anbieter. In dem Streit geht es darum, ob Docinsider.de Bewertungen, die mit einer umstrittenen Klickfunktion erzeugt wurden, als solche zählen und damit werben darf. Noch Anfang 2009 gab Docinsider.de 100.000 Arztbewertungen an, Jameda.de dagegen 12.000. Die Zahlen sind aber nicht vergleichbar, solange sie nicht ähnlich ermittelt werden. Das Gerangel um die Klickzahlen ist nur ein Indikator dafür, dass die Branche im Umbruch ist. Spätestens seit Beginn der Finanzkrise ist die Konsolidierung des Marktes ein wichtiges Thema – die Dotcom-Bubble lässt grüßen. Der eine Konsolidierungsweg ist ein Netz von Kooperationen, das von der Stiftung Gesundheit initiiert und koordiniert wird. Prominentestes Mitglied ist hier Topmedic.de, für das die Stiftung Gesundheit Anfang 2008 in einer Studie die meisten tatsächlichen Bewertungen aller Portale ermittelte. Dazu kommen eine Reihe kleinerer Portale, denen gemeinsam ist, dass sie nicht genug finanzstarke Investoren im Rücken haben, um den Versuch unternehmen zu können, auf Dauer ganz alleine zu überleben. Das Prinzip dieser Kooperation liegt darin, dass die beteiligten Portale Bewertungen untereinander austauschen, um so zu repräsentativeren Datensätzen zu kommen. Die Daten der Portale fließen außerdem in das Portal Arzt-Auskunft.de der Stiftung ein, das mittlerweile von zahlreichen medizinischen

Webseiten für Laien eingebunden worden ist. Der zweite Weg der Konsolidierung besteht hier wie in anderen Branchen in direkten Übernahmen. Docinsider.de übernahm im Dezember 2008 den Konkurrenten Patientenempfehlen-Aerzte.de und konnte sich – das ist der tiefere Sinn derartiger Transaktionen – dessen Bewertungen nebst Zugang zu etwa 80.000 Nutzern pro Monat einverleiben. Auch wenn niemand dazu Stellung nehmen möchte, hält sich hartnäckig das Gerücht, dass eine weitere Übernahme und/oder Fusion unmittelbar bevorsteht, und zwar zwischen Docinsider.de und Helpster.de. Das Arztportal Helpster.de ist so etwas wie der Urvater der deutschen Arztbewerter. Es wurde vom Holtzbrinck-Verlag übernommen und gilt mittlerweile in der Branche als „lame duck“, eine lahme Ente, die zwar noch online ist, die aber nicht mehr weiterentwickelt wird. Trotzdem verfügt Helpster.de über eine ganze Menge Bewertungen, und es hat wegen seiner Pionierfunktion noch immer einen hohen Bekanntheitsgrad. Insofern dürfte es durchaus ein interessanter Partner sein, zumal mit dem mächtigen Holtzbrinck-Verlag als Mitgift. In die Arme eines finanzstarken Verlags geworfen hat sich auch Jameda.de, seit einem Jahr eine 70-prozentige Tochter der Tomorrow Focus AG. Deren Flaggschiff ist bekanntlich das Wochenmagazin Focus. Dort scheint man willens zu sein, das Portal nach vorne zu bringen. Doch daran, dass die Arztbewertungen alleine als Grundlage eines Geschäfts-

Diese Anbieter sollten Sie kennen

Docinsider.de

Das Portal wird von der Docinsider GmbH betrieben. Dahinter stecken mehrere private Business Angels. Docinsider.de ist seit 2007 online. Bewertet wird mit einem detaillierten Fragebogen, der zusätzlich zu Standardkategorien eine Freitexteingabe erlaubt.

Jameda.de

Auch Jameda.de ist seit 2007 online. Seit Juli 2008 ist das Portal eine 70-prozentige Tochter der Tomorrow Focus AG. Die Bewertung erfolgt über fachgruppenspezifische Fragebögen mit bis zu 17 Items. Eine Freitexteingabe ist möglich. Jameda.de positioniert sich als breit angelegtes Gesundheitsportal. Es bietet Zugriff auf die Focus-Ärztelisten sowie auf die Ergebnisse der Focus-Arztrecherchen, bei denen der Focus-Verlag deutschlandweit Ärzte anschreibt und um Auskunft bittet. In Weblogs kommen Experten und Prominente zu Wort.

Topmedic.de

Hinter Topmedic.de steckt die ArztData GmbH, die ihr Geld mit dem medizinischen Adresshandel verdient. Bei dem seit 2007 bestehenden Portal ist für eine Bewertung keine Angabe der E-Mail-Adresse erforderlich. Dafür wird jede Bewertung vor der Freischaltung gegengelesen und auf Wunsch der Ärzte konsequent gelöscht. Es gibt fünf Bewertungskategorien mit Schulnoten und ein Freitextfeld. Das Portal hat sich dem Arztempfehlungspool der Stiftung Gesundheit angeschlossen.

imedo.de

Imedo.de ist ein Portal der Imedo GmbH Berlin, hinter der eine ganze Reihe von Privatinvestoren steckt. 2007 gegründet, versteht es sich als umfassendes Gesundheitsportal. Außer den Bewertungen gibt es Gesundheitsfernsehen und eine eigene Gesundheitsredaktion. Bei den Arztbewertungen – sie heißen hier Empfehlungen – verteilt der Patient bis zu fünf Sterne. Freitexteingaben sind nicht erlaubt. Eine gültige E-Mail-Adresse ist Voraussetzung für die Abgabe einer Empfehlung.

Arzt-Preisvergleich.de

Das seit 2006 existierende Portal wird betrieben von der MediKompass GmbH. Mehrheitseigner ist der Holtzbrinck-Verlag. Der Schwerpunkt liegt auf Arzt-Preisvergleichen. Patienten können einen Heil- und Kostenplan einstellen und sich dann von anderen Ärzten kostenlos und unverbindlich Vergleichsangebote machen lassen, die durch Informationen aus den Arztbewertungen ergänzt werden. Es kommt zu etwa 1000 Vermittlungen pro Monat. Bewerten darf nur, wer tatsächlich bei dem jeweiligen Arzt war.

2te-Zahnarztmeinung.de

Dieses Portal hat sich Arzt-Preisvergleiche in der Zahnmedizin auf die Fahne geschrieben. Das Portal kooperiert mit einer ganzen Reihe von Krankenkassen. Bewertet wird die Arztleistung mit kleinen Zähnchen. Bei mangelhaftem Service ist der Zahn vergilbt, bei schlechtem Service kariös-schwarz.

Die Krankenkassenlandschaft

Barmer Ersatzkasse wieder vor Techniker Krankenkasse

Seit über einem Jahr hat sich die deutsche Krankenkassenlandschaft durch zahlreiche Fusionen erheblich verändert. Dies gilt vor allem im Ersatzkassenbereich, in dem die Barmer Ersatzkasse mit der Gmünder Ersatzkasse zusammengegangen ist. Aber auch zahlreiche AOKs haben fusioniert.

Bei dem Ranking der einzelnen Kassen ist somit die Barmer Ersatzkasse wieder deutlich an der Spitze, vor der Techniker Krankenkasse, die sie vor einigen Monaten fast überholt hatte. Unverändert an dritter Stelle liegt die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK), danach folgen von der vierten bis zur achten Stelle die großen Ortskrankenkassen, angeführt von der AOK Bayern. Fasst man die AOK-Mitglieder der Bundesrepublik Deutschland zusammen, so kommt man auf etwa 17 Millionen Mitglieder, fasst man die großen Ersatzkassen zusammen, so erreicht man geringfügig mehr: Sie haben fast 18 Millionen Mitglieder. Stark zersplittert sind weiterhin die Betriebskrankenkassen, die auch durchweg ihre eigene regio-

nale Politik betreiben. An Bedeutung gewonnen hat auch die IKK. In der politischen Diskussion spielt besonders die starke AOK durch ihren Bundesverband eine wichtige Rolle. Auch die Ersatzkassen über den VdAK treten häufig gemeinsam auf. Dem gegenüber sind die Betriebskrankenkassen zersplittert, auch wenn hier zahlreiche Fusionen zustande gekommen sind. Der größte politische Einfluss in der derzeitigen Diskussion über unser Gesundheitswesen liegt damit vor allem beim AOK-Bundesverband, aber auch beim VdAK.

● Der VdAK lehnt sich weit aus dem Fenster
Interessant sind die Tendenzen der Mitgliederbewegung vom 01.01. bis

zum 01.04.2010. Bei der Barmer Ersatzkasse hat sich mit einem Plus von 0,04 % nur wenig verändert. Deutlich zugenommen hat wieder die Techniker Krankenkasse mit 0,61 %, erneut verloren hat die Deutsche Angestelltenkrankenkassen mit 0,31 %. Die Tendenz bei der AOK ist eher leicht rückläufig. Politisches Gewicht hat somit vorwiegend die AOK und unverändert bei den Ersatzkassen die Barmer, die Techniker und die Deutsche Angestelltenkrankenkasse. Der VdAK mit seiner Vorsitzenden Doris Pfeiffer lehnt sich bezüglich der Gesundheitskosten am weitesten aus dem Fenster, indem sie eine Kürzung der Ärzthonorare und ein Einfrieren der Krankenhauskosten fordert. Gleichzeitig schlägt sie vor, dass die Rabatte der Apotheken noch in diesem Jahr erhöht werden sollen. Von diesem Verband gehen die meisten Kürzungsvorschläge für Gesundheitskosten aus, die die Leistungserbringer empfindlich treffen würden, wenn die Politik diesen Vorschlägen folgt. Insbesondere der Vorschlag, die Ärzthonorare wieder zu kürzen, wird Ärger auslösen. Interessant ist, dass keine einzige Krankenkasse auf den Gedanken kommt, über ihr Leistungsangebot nachzudenken, um mit weniger Geld auszukommen.

HFS

modells taugen, scheint man nicht so recht zu glauben. Jameda.de wird deswegen zu einem breit angelegten Gesundheitsportal ausgebaut, mit redaktionellen Beiträgen, Expertenkontakt und Weblogs von Prominenten Ärzten wie Dietrich Grönemeyer oder Arzt-goes-Kabarettist Eckart von Hirschhausen. Beim Focus ist man da insofern gut aufgehoben, als das Wochenmagazin schon länger zu den größten Produzenten von an Laien gerichteten Gesundheitsinformationen in Deutschland zählt, mit attraktiven Inhalten wie den Ärztehitzlisten und verlagseigenen Arztrecherchen, die auch über Jameda.de zugänglich sind.

Geld verdienen möchte Focus/Jameda.de unter anderem mit Premiuminhalten für Ärzte. So kostet eine digitale Visitenkarte mit Arztfoto 99 Euro im Jahr. Eine eigene Arzt-Homepage gibt es für 299 Euro. Wer Geld bezahlt, darf außerdem in einem Weblog über Gesundheitsthemen schreiben und damit seine Kompetenz demonstrieren. Verbraucherschützer sehen solche Geschäftsmodelle allerdings kritisch: „Eine andere Finanzierung, die mehr Unabhängigkeit gewährleistet, wäre besser“, so Etgeton. Auch die Portalbetreiber suchen alternative Geldquellen. Denn die Zahl der zahlenden Ärzte ist zu gering. „Die Zukunft liegt in Kooperationen mit Krankenkassen“, ist Bodo Kröger von Topmedic.de überzeugt. Krankenkassen könnten Arztportale in ihre eigene Homepage einbinden. Oder sie könnten die Infrastruktur der Portale nutzen, um die Patientenzufriedenheit gezielt zu messen – zum Beispiel im Zusammenhang mit Hausarztverträgen.

Mit Krankenkassen kooperieren will auch der Holtzbrinck-Verlag, wobei sich hier eine nicht uninteressante Variation des Geschäftsmodells andeutet. In Sack und Tüten ist allerdings noch nichts. Fakt ist: Der Holtzbrinck-Verlag besitzt außer dem kriselnden Helpster.de auch noch das Portal Arzt-Preisvergleich.de. Und das ist profitabel. Auch bei Arzt-Preisvergleich.de können Ärzte bewertet werden. Die Stoßrichtung ist allerdings etwas anders: Im Kern ist das Portal eine Art My-Hammer.de für medizinische Leistungen. Patienten, die beispielsweise eine Zahnbehandlung brauchen, lassen sich von einem Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan erstellen. Der wird dann bei Arzt-Preisvergleich.de online gestellt. Andere Ärzte können ihn sich ansehen und ein Gegenangebot machen, wenn sie den Preis unterbieten können. Am Ende kann der Patient dann den Arzt, der ihn behandelt hat – und nur diesen – bewerten. Das Portal selbst kassiert für die Vermittlung der Leistung eine Provision. Bei Arzt-Preisvergleich.de kommt es derzeit zu etwa 1000 erfolgreichen Vermittlungen pro Monat. Etwa 6000 Bewertungen sind online. Wenig überraschend brummt das Geschäft so richtig bei Indikationsgebieten, bei denen die Patienten große Anteile selbst bezahlen. Neben der Zahnmedizin ist das vor allem die Schönheits-

schirurgie von der Botox-Spritze bis zur Adipositas-Operation. Die Verknüpfung aus Preisvergleichen und Arztbewertungen finden auch Krankenkassen interessant. Kürzlich hat die BKK Essanelle den Service in ihre careon.de-Gesundheitsakte eingebunden. Der Versicherte schickt den Heil- und Kostenplan an die Krankenkasse. Die stellt ihn in der Gesundheitsakte online, und der Versicherte kann dann auf Knopfdruck den Preisvergleich starten.

Juristisch ist hier allerdings noch nicht alles geklärt. Das Portal 2te-Zahnarzt-

Meinung.de, ein Konkurrent von Arzt-Preisvergleich.de, schlägt sich derzeit mit einer von Zahnarztseite angestoßenen Klage herum, bei der es darum geht, ob es standesrechtlich gestattet ist, dass Arztportale Arztleistungen verprovisionieren. Der Portalbetreiber hat in zweiter Instanz verloren. Der Bundesgerichtshof hat allerdings die Revision angenommen, sodass hier jetzt mit einiger Spannung ein Grundsatzurteil erwartet wird.

Bei den reinen Arztbewertungen ist die Rechtslage dagegen mittlerweile relativ klar, zumindest wenn einmal unterstellt wird, dass die exis-

tierenden höchstrichterlichen Urteile zu Internetportalen, in denen Schüler oder Studenten ihre Lehrer und Professoren bewerten, auf Ärzteportale übertragbar sind. „Sowohl das Kölner Oberlandesgericht als auch das Landgericht Duisburg haben entschieden, dass die Meinungsfreiheit Vorrang hat“, sagt der Landesbeauftragte für den Datenschutz von Sachsen-Anhalt, Dr. Harald von Bose. Mit Meinungsäußerungen wie: „Ich musste zu lange warten und wurde zu schnell abgefertigt“ müssen die Bewerteten also leben. Das heißt freilich nicht, dass alles erlaubt wäre: „Beleidigungen,

Schmähungen und falsche Tatsachenbehauptungen müssen nicht hingenommen werden“, so von Bose. Entsprechende Kommentare werden von den Portalbetreibern daher gelöscht.

Philipp Grätzel von Grätzel

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Zeitschrift e-health-Praxis. Mit freundlicher Genehmigung der Redaktion von e-health-Praxis.

Anzeige 224 x 297

AOK-Forum in München

Klare Absage an Privatisierungstendenzen in der GKV

Die Antwort auf die von der AOK Bayern gestellte Frage „GKV – Privatisierung oder Stärkung der Solidarität?“ stand von vornherein fest: Für die Selbstverwaltung der AOK gelte ohne Fragezeichen, dass der Stärkung der Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung absoluter Vorrang einzuräumen ist, bekräftigte zu Beginn des 10. Forums der bayerischen AOK Mitte Juni in München deren alternder Vorsitzender des Verwaltungsrats, bayerischer Ex-DGB-Chef Fritz Schösser. Das sahen die beiden eingeladenen Referenten, Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin, und Hartmut Reiners, ehemaliger Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Arbeitsministerium Brandenburg und auch Referent im Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WidO), natürlich ebenso. Andere Meinungen waren nicht zu hören.

Schösser warnte davor, dass jetzt, nachdem das Bundeskabinett das bisher größte Sparpaket in der Geschichte Deutschlands beschlossen hat, in allen Sozialversicherungszweigen das tragende Solidarprinzip unter die Räder zu kommen drohe. Viele Politiker übten sich geradezu meisterhaft darin, in Sonntagsreden das Solidarprinzip zu lobpreisen, es im politischen Alltagsgeschäft jedoch immer weiter zu schwächen. Besonders misstrauisch müsse man werden, wenn in Gesetzesvorhaben und Sparbeschlüssen die Rede davon sei, „Eigenverantwortung und Solidarität zu stärken“.

Mit diesem Slogan war zum Beispiel das Gesundheitsreformgesetz von 1989 überschrieben. Herausgekommen seien jedoch Leistungseinschränkungen und Zuzahlungserhöhungen. Schösser verwies auf Studien von Prof. Fritz Beske, Kiel, wonach Regierungen aller Couleur seit über 20 Jahren durch gesetzliche Maßnahmen der GKV jährlich still und heimlich Mittel in Höhe von mindestens 11 Mrd. Euro entziehen, um die anderen Sozialversicherungszweige oder den Staatshaushalt zu entlasten. Dass dadurch die finanzielle Basis der GKV und deren Fähigkeit, das Solidarprinzip auszuüben, Schritt für Schritt entscheidend geschwächt werde, scheine den Politikern teilweise gar nicht bewusst zu sein. Diese Summe von 11 Mrd. Euro würde übrigens reichen, die mutmaßliche Finanzierungslücke in der GKV im kommenden Jahr zu schließen und die meisten Versicherten vor Zusatzbeiträgen zu bewahren.

Einen ganz offensichtlichen Bruch mit dem Solidarprinzip in der GKV habe die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) mit Unterstützung der Unionsparteien im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 begangen: Seit dem 1. Juli 2005 haben die Versicherten alleine einen Beitragsanteil von 0,9% zur GKV zu tragen. „Das war der offizielle Beginn vom Ende der solidarischen, weil paritätischen Finanzierung durch Mitglieder und Arbeitgeber zu gleichen Teilen.“

Die Regierungskoalition sei sich einig, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV nicht weiter steigen und möglichst auf dem heutigen Niveau von 7% ein-

gefroren werden solle. Alle Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen müssten dann allein die Versicherten über höhere Beiträge finanzieren. Für sie würde damit der Weg in die schrittweise einseitige Verlagerung der Beitragslast weitergeführt. Der Alt-Gewerkschafter Schösser warnte vor den Folgen: Die Gewerkschaften würden versuchen, höhere Beiträge der Versicherten über entsprechende höhere Lohnforderungen in den Tarifverhandlungen zu kompensieren. Die nahezu stagnierenden Reallöhne in den letzten 20 Jahren, der bei rund 6,5% verharrende Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt sowie die gestiegene Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft rechtfertigten keine einseitige Verlagerung von Beitragslasten auf die Versicherten. Die bisherige paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien der GKV stünde dann zur Disposition.

● Modell GKV in Deutschland bewährt

Für Dr. Rolf Rosenbrock hat sich das Modell der GKV in Deutschland hervorragend bewährt. Gesundheitlich ermögliche es die Gestaltung und Steuerung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit den als notwendig und ausreichend erachteten Leistungen. Gesellschaftlich gewährleiste es eine bedarfsgerechte Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung. Wirtschaftlich erlaube sie die Finanzierung und Steuerung von Mengen und Preisen in der größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf, Angemessenheit, Effizienz und Kostenminimierung.

Seinen Erfolg verdankt das Modell GKV nach Rosenbrocks Worten fünf Basiskomponenten:

- ▶ Es gibt eine Ausfallbürgschaft durch die staatliche Letztverantwortung. Regierung und Parlament setzen Regeln, und der Staat hat die Rechtsaufsicht.
- ▶ Der Staat entlastet sich und delegiert das operative Management an die Selbstverwaltung aus Kapital und Arbeit.
- ▶ Die Lasten sind solidarisch verteilt: Die Beiträge werden paritätisch und nach Leistungsfähigkeit erhoben, nicht nach Risiko oder Bedarf.

- ▶ Das Sachleistungsprinzip gewährleistet, dass Geld im unmittelbaren Leistungsgeschehen keine Rolle spielt.
- ▶ Die Steuerung der Versorgung geschieht durch Verträge zwischen Verbänden über Leistungen, Qualität und Preise, die für einen Interessenausgleich sorgen.



Foto: Fotalia

Die private Krankenversicherung betrachtet Rosenbrock als eine unfaire Konkurrenz. Deren Geschäftspraktiken gefährdeten die Entwicklung und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. „Die PKV ist anachronistisch und eine asoziale Veranstaltung.“

Die angedachte Kopfpauschale hält Rosenbrock für einen Irrweg. Sie entlaste die Bessergestellten und verursache viel Bürokratie. Dass der Sozialausgleich über Steuern gerechter sei als über Beiträge, ist für ihn eine bloße Behauptung, die erst noch bewiesen werden müsse. Verlässlich sei der Sozialausgleich über Steuern jedenfalls nicht, wenn man betrachte, was vom Staat bisher alles schon versprochen und wieder zurückgenommen worden sei.

Der politisch verantwortete Verschiebepolitik schwäche die GKV zusätzlich. Die Direktzahlungen der Versicherten, wie die Praxisgebühr, hielten viele, vor allem sozial Schwache und kränkere Menschen, von der Inanspruchnahme von Leistungen ab. Diese Schwächen ließen sich laut Rosenbrock überwinden durch eine Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Aufhebung der Versicherungspflicht-

grenze. „Die Tatsache, dass dies bislang nicht durchsetzbar war, sagt nicht, dass es nicht die besten Schritte sind.“

Die GKV kann gestützt werden, sagte Rosenbrock, wenn man die PKV nur noch für Zusatzversicherungen zulasse, eine Beitragspflicht für Nicht-Arbeitseinkommen wie z.B. Zinsen oder Mieten und Steuerzuschüsse für Arbeitslose einführe.

Die Kopfpauschale à la Rösler löse die Probleme nicht und werde den Zielen der GKV nicht gerecht. Angesichts der Stärke der GKV sei ein Systemwechsel begründungspflichtig. 90% aller anderen Länder beneideten uns um dieses System. „Warum sollte man es dann abschaffen?“

Rosenbrocks Fazit: Die Weiterentwicklung der GKV zur Bürgerversicherung sei die Wegweisende und nachhaltige Antwort auf den ökonomischen, sozialen, gesundheitlichen und medizinischen Wandel in Deutschland.

● Absage an Rösler's Pläne

Die Grundsatzfrage, ob das Gesundheitswesen privat oder öffentlich

Den Zuzahlungen erteilte Reiners eine klare Absage: Es gebe nicht eine Studie, die belegen könne, dass dieses Instrument zu einer effektiveren Ressourcensteuerung führe. Die Praxisgebühr habe einmal mehr gezeigt, dass Zuzahlungen die Kosten nur auf die Patienten verlagern und per saldo eher zu Ausgabensteigerungen führen.

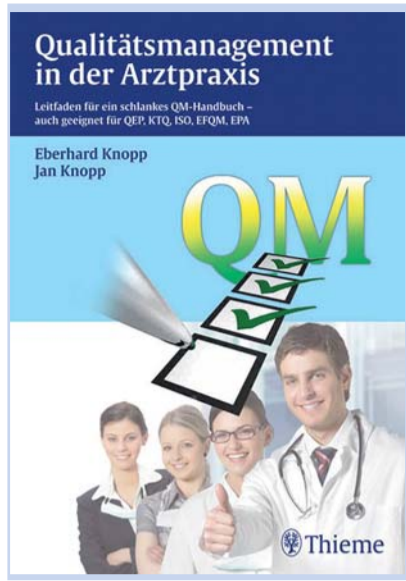
Die paritätische Finanzierung aus Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen wurde faktisch bereits mit der Einführung des Sonderbeitrags von 0,9% abgeschafft. Mit der Behauptung, durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils würden Lohnkosten gesenkt und die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft gestärkt, wird laut Reiners ein Popanz aufgebaut. Eine Anhebung des GKV-Beitrags um einen Prozentpunkt bedeute Mehrkosten für Arbeitgeber von lediglich 6 Cent (+0,14%). Außerdem solle man nicht ständig von Lohnneben- oder Lohnzusatzkosten sprechen – es handle sich immer um Lohnkosten, und nichts daneben oder dazu.

● Söder: Kopfpauschale ist „vom Tisch“

Die Absage der AOK-Referenten an die Pläne Rösler's wurde kräftig unterstützt von Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder (CSU). Die von Dr. Philipp Rösler angestrebte Kopfpauschale ist laut Söder „vom Tisch“. Dass Beiträge erhöht und eine Prämie eingeführt werden, verstößt nach seinen Worten gegen den Koalitionsvertrag. Vom Sozialausgleich über Steuern hält er gar nichts, denn wir hätten bereits einen funktionierenden Sozialausgleich. Nach Rösler's Plänen hätten die Versicherten Anträge auf Sozialausgleich stellen müssen, was zu einer bürokratischen Überforderung geführt und die Krankenkassen zu Fahndungsbehörden gemacht hätte.

Was stattdessen notwendig ist und gemacht werden soll, deutete er stichwortartig an: Es sei richtig, im Pharmabereich anzusetzen, nur müsste man den Kassen dazu auch die richtigen Instrumente an die Hand geben. Weiter sei der jetzige Bürokratie-Aufwand zu reduzieren. Wichtig sei auch die Honorarreform für die Vertragsärzte. Die Honorierung sei nach wie vor nicht gerecht und bedürfe einer grundlegenden Veränderung. An den umstrittenen Hausarzt-Verträgen hält Söder bzw. die CSU unverändert fest.

Ein Hauptproblem ist für den bayerischen Gesundheitsminister der Gesundheitsfonds. Er löse kein einziges Problem. Der zentralistische Ansatz führe nicht weiter. Der einheitliche Beitragssatz habe mit Wettbewerb nichts zu tun. Für Söder sind die nächsten Schritte, die die Regierung machen müsse, der Verzicht auf Ausgabensteigerung anstelle scharfer Einschnitte sowie eine grundlegende Strukturreform.



Eberhard Knopp, Jan Knopp
Qualitätsmanagement in der
Arztpraxis
Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
2009
224 S., 29 Abb., mit CD-ROM, 99,95 €

Qualitätskompass für die Praxis

Mit seiner Qualitätsmanagement-Richtlinie vom 18.10.2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und MVZ verpflichtet, innerhalb von vier Jahren ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und in den darauffolgenden Jahren weiterzuentwickeln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern seit 1.1.2007 jährlich mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärzte auf, den erreichten Stand schriftlich dazulegen. Angebote mit Schulungskursen, vorgefertigten Unterlagen oder Komplettlösungen externer Berater unter wohlklingenden Namen wie ISO,

EFQM, EPA, KTQ, KPQM2006 oder QEP gibt es reichlich: Ein Kostenaufwand zwischen 2.000 und 10.000 € pro Praxis ist hier keine Seltenheit. Die Autoren Eberhard und Jan Knopp versprechen mit dem vorliegenden Leitfaden dem geplagten Arzt eine „schlanke Lösung“, die ihm ohne spezifische Vorkenntnisse hilft, die Vorgaben der G-BA-Richtlinie in wenigen Wochen zu erfüllen, eine mühelose Einbindung mit schon vorhandenen Unterlagen herzustellen und über Referenzlisten zu ISO und QEP den Austausch und die Anpassung von Unterlagen anderer Zertifizierungssysteme zu ermöglichen.

Zentrales Steuerelement dieses Systems ist der „QM-Navigator“, eine klar strukturierte und für jedermann verständliche Mindmap, der die Unterlagen, Dokumente, Formblätter und interne Praxisregelungen jeweils eindeutig zugeordnet werden können. Ein „Blitzcheck“ verschafft den ersten Überblick über vorhandenes Material und motiviert, die fehlenden Dokumente auch ohne tiefere Zertifizierungskennntnisse auf der Basis der über Hyperlinks angebotenen Vorlagen „Schritt für Schritt“ zu ergänzen. Die Vorlagen im Buch und auf CD-ROM müssen mit MS Word oder .doc- und .rtf-kompatiblen Textverarbeitungsprogrammen „nur noch“ auf die eigenen Verhältnisse angepasst und ausgefüllt werden. Eine Prüfvorlage, angelehnt an den Selbstbewertungsbogen der KV, rundet das Werk ab. Ob im Ordner oder am PC: Die 63 geforderten Qualitätsziele lassen sich mit den nützlichen Checklisten, Formblättern und Nachweisen gut und überraschend schnell erreichen. Natürlich „lebt“ ein solches Werk auch von der Aktualisierung und

muss – wie die Zertifizierung selbst – stetig fortgeschrieben werden: So fehlte im Buch das Muster einer Gefährdungsbeurteilung ebenso wie ein Hautschutzplan, die Linkliste der „aushangpflichtigen Gesetze“ verweist auf Internetseiten, die sich ändern können. Diesem Umstand tragen die Autoren Rechnung mit einer neu eingerichteten Homepage (www.qmggesundheitswesen.de), auf der sie aktuell ergänzende Unterlagen bereitstellen. Vielleicht wird diese Seite in den nächsten Jahren ja ein zentraler Treffpunkt der „QM-Navigator-Community“ mit vielen nützlichen Ergänzungen der User?

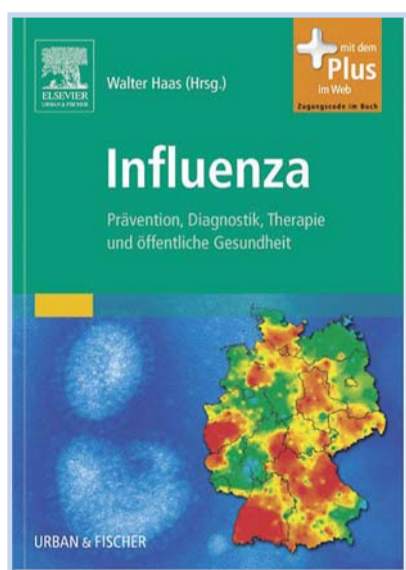
Die Beschränkung auf das Wesentliche in knapper und verständlicher Form zeichnet diesen Leitfaden aus. Unter Einbeziehung des Praxisteams kann mit der „Navigator“-Methode in 2–3 Monaten durchaus begleitend zum Praxisalltag ein effizientes QM-System etabliert werden. Bedenkt man die Vorteile durch die Optimierung der Abläufe und die Stärkung des Vertrauens der Patienten angesichts des verbesserten Qualitätsstandards in der Versorgung, so sind die Kosten für dieses Buch gut angelegt.

Fazit: Mit dem „QM-Navigator“ lassen sich die Qualitätsziele der G-BA-Richtlinie mit vernünftigem Aufwand erfüllen, ohne den Überblick im Zertifizierungsdschungel zu verlieren.

Dr. med. Hanns Wildgans



Dr. med. Hanns Wildgans ist Arzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Umweltmedizin und Leiter des Kompetenzfeldes Medizin der IAS Stiftung.



Walter Haas (Hrsg.)
Influenza
Prävention, Diagnostik, Therapie
und öffentliche Gesundheit
Elsevier, München 2009
254 S., 60 Abb., 41,95 €

Feuertaufe bestanden

Schon bei Durchsicht der Mitautoren weckt dieses Buch große Erwartungen, da es sich um Autoren mit aus-

gewiesener Expertise auf dem Gebiet der Influenza aus dem RKI und der AG Influenza handelt. So werden alle Aspekte der Influenza von der molekularbiologischen bis zur therapeutischen Ebene ausführlich behandelt und entsprechend der Bedeutung wird auch ein großer Raum der Prävention und öffentlichen Gesundheit gewidmet.

Die Gliederung des Buches ist dabei klar und übersichtlich. Den Autoren gelingt es in der Gesamtheit unter Darstellung aktueller Publikationen, sämtliche Aspekte ausführlich und für den Leser erhellend darzustellen, ohne sich in den Einzelheiten der Grundlagenliteratur zu verlieren. Das Layout mit ausschließlich farbigen Illustrationen ist überzeugend und ergänzt in ausgezeichneter Weise die Textinhalte, wobei immer wieder kurze Zusammenfassungen helfen, das Wesentliche zu vertiefen.

Der Umfang des Buches mit ca. 240 Seiten ermöglicht dem Interessierten, sich in angemessener Zeit in sämtliche Aspekte der Influenza einzuarbeiten, sodass es für alle Beteiligten (Studierende, Ärzte in Klinik, Praxis und Gesundheitsdienst) zu empfehlen

ist. Die „Feuertaufe“ hat das Buch bereits mit der neuen Influenza-AH1N1-Pandemie bestanden, sind doch alle Fragen, die durch die Pandemie aufgeworfen wurden, in diesem Buch klar und verständlich bereits vorweg beantwortet.

Wie bei einer Erstauflage zu erwarten, finden sich auch Kritikpunkte. Das Register sollte übersichtlicher strukturiert werden, finden sich doch zentrale Stichworte wie Klinik, Diagnostik und Therapie nicht mühelos wieder. Auch sind meines Erachtens die klinischen Kapitel über die medikamentöse Therapie der Influenza und den klinische Verlauf von geringerer Stringenz. So wird beispielsweise das Thema Immunsuppression und die Problematik der Risikogruppen nur sehr kurz erörtert. Auch wünscht der klinisch tätige Leser sich – über die sehr gute Darstellung der Studienlage hinaus – eine Konsequenz in Form einer Therapieempfehlungen.

Die Erwartung an ein Mehr an Information, durch die Werbung auf dem Buchdeckel mit dem „Plus im Web“ geweckt, erfüllt sich nicht, findet sich



T. Lewalter, B. Lüderitz
Herzrhythmusstörungen
Diagnostik und Therapie
Springer Verlag, Heidelberg 2010
6. Aufl., 369 S., 200 Abb., 99,95 €

Hochaktuell und empfehlenswert

In den letzten Jahren hat der Bereich der Diagnostik und insbesondere auch der Therapie von Herzrhythmusstörungen eine rasante Weiterentwicklung der interventionellen Möglichkeiten erfahren. Für ein Buch, das als deutschsprachiges Standardwerk zum Thema „Herzrhythmusstörungen“ erworben wird, war nach 12 Jahren (!) eine Neuauflage sicherlich mehr als dringend notwendig. So wurde die sechste Auflage auch grundlegend überarbeitet, und teilweise wurden die Kapitel komplett neu verfasst. Das Buch behandelt die historische Entwicklung der Arrhythmiebehandlung, die zelluläre Elektrophysiologie, die Systematik und Therapie der Herzrhythmusstörungen (HRST) und auch Therapieprobleme bei Schwangeren, Kindern und Sportlern. Sehr gut gelungen an der neuen Auflage ist die in die jeweiligen Kapitel integrierte Darstellung der aktuellen Leitlinien der DGK in tabellarischer Form mit Angabe des Empfehlungsgrades. Hierdurch kann man auf einen Blick die Kernaussagen des Textes erfassen. Auch die wichtigsten Studien, die zur Entstehung der Leitlinien geführt haben, und hochaktuelle Studien, die von großer zukünftiger Relevanz sind, werden sowohl im Text als auch in tabellarischer Form dargestellt. So wurde im Kapitel Antiarrhythmika bereits dem erst 2010 in Deutschland zugelassenen Dronedaron ein Abschnitt gewidmet. Aber auch neuere (noch) nicht zugelassene Antiarrhythmika werden kurz erwähnt.

dort zurzeit lediglich eine PDF-Version des Buches.

Fazit: Bei all den letztlich subjektiv gefärbten Kritikpunkten lässt sich zusammenfassend sagen, dass das vorliegende Buch aufgrund seiner umfangreichen und überwiegend gelungenen Präsentation dem interessierten Leser uneingeschränkt zu empfehlen ist und die Erwartungen, die Autoren und Aufmachung wecken, voll und ganz erfüllt. Das

Die Kapitel über implantierbare Herzschrittmacher und ICDs bieten einen guten Überblick über die Therapieindikationen und die verschiedenen Therapieformen. Interessant ist auch die Aufnahme der Stellungnahme der European Heart Rhythm Association von 2009 zum Führen eines Fahrzeuges nach Implantation eines ICDs. Hierzu findet man selbst in spezifischen Büchern über ICDs nur selten Angaben. Leider finden sich in diesen Kapiteln nur wenige Beispiel-EKGs, sodass die beschriebenen Therapieformen der HRST mittels Herzschrittmacher oder ICDs ohne Vorkenntnisse sicherlich nur schwer nachzuvollziehen sind. Sehr gut verständlich und wirklich spannend zu lesen ist das ausführliche Kapitel „Tachykarde Herzrhythmusstörungen“, welches alleine einen Umfang von 100 Seiten hat. Hier werden die häufigsten, aber auch seltenere supraventrikuläre und ventrikuläre tachykarde HRST dargestellt. Zu den beschriebenen HRST finden sich jeweils Beispiel-EKGs und teilweise sind auch die intrakardialen EKGs während der EPU dargestellt. Es gibt auch viele gut verständliche Blockdiagramme, Tabellen und Lokalisationsalgorithmen, die die Beschriebene noch verdeutlichen. Hierbei ergibt sich so mancher Aha-Effekt. Lediglich der Abschnitt über die Differenzialdiagnose einer Tachykardie mit breitem QRS-Komplex ist etwas zu kurz geraten, und leider wurde bei der Darstellung in diesem Fall auch komplett auf EKG-Beispiele verzichtet. Das Buch ist sehr empfehlenswert für Kardiologen, kardiologische Weiterbildungsassistenten und Internisten, die sich auf den neuesten Stand der Diagnostik und Therapieempfehlungen von Herzrhythmusstörungen bringen wollen.

Fazit: Empfehlenswerter Überblick über alle Formen der Herzrhythmusstörungen mit den jeweiligen hochaktuellen medikamentösen und interventionellen elektrophysiologischen Therapiemöglichkeiten.

Dr. med. Stefanie Fahlbusch



Dr. med. Stefanie Fahlbusch ist Fachärztin für Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, und derzeit in der Weiterbildung zur Kardiologin im Allgemeinen Krankenhaus Celle.

Preis-Leistungs-Verhältnis ist angemessen und es ist zu erwarten, dass das Buch in der 2. Auflage weitere Verbesserungen erfährt.

Dr. med. Jürgen Welling



Dr. med. Jürgen Welling ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie/Infektiologie (DGI) und in einer pneumologischen Schwerpunktpraxis seit 2008 niedergelassen.

Aktuelle Diagnostik & Therapie

Die elektrische Kardioversion bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste Herzrhythmusstörung mit steigender Prävalenz und gesundheitsökonomischer Bedeutung [24]. Wird bei einem Patienten ein sinusrhythmuserhaltendes Therapieschema verfolgt, so wird die elektrische Kardioversion weitaus häufiger als die medikamentöse Kardioversion verwendet [15]. Die elektrische Kardioversion ist technisch einfach und kann heute bei vielen Patienten selbst mit struktureller Herzerkrankung ambulant durchgeführt werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient klinisch stabil ist, ein niedriges Risiko für höhere AV-Blockierungen nach Kardioversion hat und keine spezielle Nachsorge nach erfolgter Anästhesie benötigt [6, 14].

Die Kardioversion zur Terminierung supraventrikulärer Tachykardien wurde erstmals von Bernhard Lown 1962 beschrieben [21]. Das technische Vorgehen unterschied sich damals nur wenig von dem heutigen: Die Elektroden wurden in einer anteroapikalen Position mit Elektrodengel mit leichtem Druck positioniert, hiernach wurde ein Gleichstrom synchron zur R-Welle appliziert (Abb. 1) [22]. Im vorliegenden Beitrag wird das Vorgehen bei der elektrischen Kardioversion beschrieben.

Die elektrische Kardioversion – zu welchem Zeitpunkt?

Wenn die schnelle atrioventrikuläre Überleitung von Vorhofflimmern bei anhaltender Ischämie, Angina pectoris, symptomatischer Hypotonie oder Herzinsuffizienz nicht unmittelbar auf frequenzsenkende Maßnahmen anspricht, sollte notfallmäßig eine sofortige elektrische Kardioversion erfolgen. Dies ist ebenso wie bei hämodynamischer Instabilität mit Vorhofflimmern und Präexzitation mit konsekutiv sehr schneller ventrikulärer Frequenz nötig. Bei einer Vorhofflimmerdauer unter 48 Stunden sollte die elektrische Kardioversion nicht durch die Initiierung einer Antikoagulation verzögert werden; bei einer Vorhofflimmerdauer über 48 Stunden sollte die Kardioversion nach Heparinbolusgabe erfolgen (sofern nicht kontraindiziert). Nach Kardioversion sollte eine Heparin-Dauerinfusion (partielle Thromboplastinzeit [PTT] 1,5- bis 2-fach über dem Normwert) mit nachfolgend mindestens 4-wöchiger oraler Antikoagulation (INR 2,0–3,0) verabreicht werden. Es besteht nur wenig klinische Erfahrung mit der Verwendung von subkutan appliziertem niedermolekularem Heparin in dieser klinischen Situation [15].

Nach hinreichender Wartezeit auf eine etwaige Spontankonversion (Rate bis zu 90% innerhalb 24 Stunden bei bestimmten Patientengruppen [11]) ist bei stabilen Patienten mit sicher kurz anhaltendem VHF (< 48 Stunden) – aufgrund des geringen Risikos der intraatrialen Thrombusformierung – eine sofortige Kardioversion möglich (Ausnahme: Hochrisikopatienten für thrombembolische Ereignisse) [15]. Da allerdings klinische Symptome als Marker für das Vorhandensein oder Fehlen

von VHF oftmals als unzuverlässig angesehen werden [34], steht man nicht selten vor dem Problem, den genauen Beginn einer Vorhofflimmerperiode festzulegen. Bestehen hier Zweifel, so sollte im Zweifelsfall eine Episodendauer von über 48 Stunden angenommen werden [15]. Besteht eine Episode länger, so sollte eine Kardioversion erst nach einer mindestens 3-wöchigen effektiven (INR 2–3) Antikoagulation durchgeführt werden („verzögerte Kardioversion“) [8, 15]. Als Argumente, nach Ausschluss von Vorhofthromben mittels transösophagealer Echokardiographie eine sofortige Kardioversion durchzuführen („frühe Kardioversion“) [27] können folgende mögliche Probleme der „verzögerten Kardioversion“ herangezogen werden:

- ▶ erhöhtes Blutungsrisiko unter Antikoagulation
 - ▶ erhöhte Morbidität durch anhaltendes VHF
 - ▶ trotz suffizienter Antikoagulation nicht zu vernachlässigendes Risiko thrombembolischer Komplikationen durch Verlust der Vorhoftransportfunktion
 - ▶ zusätzliche Kosten für Medikamente und INR-Monitoring
 - ▶ logistische Probleme (Entlassung und Wiederaufnahme des Patienten)
- In der ACUTE-Studie konnte gezeigt werden, dass beide Vorgehensweisen bezüglich des kurzzeitigen und längerfristigen (8 Wochen) Kardioversionserfolges sowie des Thrombembolierisikos – bei umgekehrt erhöhtem Blutungsrisiko in der Gruppe der „verzögerten Kardioversion“ – als gleichwertig anzusehen sind [18].

kurzgefasst

- ▶ Instabile Patienten: sofortige Kardioversion möglichst nach intravenöser Heparinbolusgabe

- ▶ Vorhofflimmern < 48 h: sofortige Kardioversion aufgrund des geringen Risikos einer intraatrialen Thrombusformierung (Ausnahme: Hochrisikopatienten für thrombembolische Ereignisse)
- ▶ Vorhofflimmern > 48 h: vor elektrischer Kardioversion müssen intraatriale Thromben mittels transösophagealer Echokardiographie ausgeschlossen werden oder zuvor eine mindestens 3-wöchige therapeutische Antikoagulation durchgeführt werden (beide Vorgehensweisen hinsichtlich des kurz- oder längerfristigen Kardioversionserfolges gleichwertig)

Ausschluss von Vorhofthromben mittels transösophagealer Echokardiographie

Mittels transösophagealer Echokardiographie können Vorhofthromben sicher ausgeschlossen werden [8, 15]. Häufig stellen sich bei Patienten mit arteriellem Hypertonus oder Krankheitsbildern, die zu einer Verlangsamung des Blutflusses im Vorhof führen (z.B. Mitralklappenstenose, VHF, Vergrößerung des linken Vorhofs, Fibrinogen ↑, Hämatokrit ↑) sogenannte spontane Echokontaste dar, die mit einem erhöhten Risiko für linksatriale Thromben, thrombembolische Komplikationen und Tod assoziiert sind [27]. Die Prävalenz von spontanen Echokontasten bei Patienten mit VHF wird in der Literatur unterschiedlich hoch zwischen 12 und 67% beschrieben [27]. Nicht selten wird bei Patienten mit spontanen Echokontasten von einer „frühen“ Kardioversion abgesehen und der Patient zunächst für mindestens 4 Wochen therapeutisch antikoaguliert, bevor – nach neuerlicher transösophagealer Echokardiographie und Ausschluss von spontanen Echokontasten –

„verzögert“ eine Kardioversion durchgeführt wird. In einer Metaanalyse von Studien, bei denen Patienten einer elektrischen Kardioversion trotz spontaner Echokontaste zugeführt wurden, wird die Wahrscheinlichkeit von thrombembolischen Komplikationen trotz unterschiedlicher Antikoagulationstrategien (inklusive fehlender oder subtherapeutischer Antikoagulation) allerdings als sehr niedrig beschrieben [27]. Einzelne Veröffentlichungen weisen aber auf die Notwendigkeit einer individuellen Risikostratifizierung bezüglich thrombembolischer Risikofaktoren (Flussgeschwindigkeit im Vorhof [29], Ausmaß der spontanen Echokontaste [23], allgemeines Risikoprofil des Patienten) hin, sodass die Entscheidung für die Durchführung einer Kardioversion bei spontanen Echokontasten individuell erfolgen sollte [27].

Nach erfolgreicher Kardioversion bei Patienten ohne weitere begünstigende Faktoren für spontane Echokontaste sind diese in der Regel nach einer initialen Phase der Verstärkung aufgrund der passageren atrialen kontraktile Dysfunktion nicht mehr nachweisbar [4].

kurzgefasst

Die Kardioversion trotz spontaner Echokontaste ist wahrscheinlich als sicher anzusehen, trotzdem sollte eine individuelle Risikostratifizierung bzw. Indikationsstellung erfolgen.

Durchführung der elektrischen Kardioversion

Aufgrund des relativ geringen logistischen Aufwands von Studien zur Untersuchung des Einflusses gewisser intraprozeduraler Maßnahmen (Elektrodenposition, etc.) ist die Anzahl von – sich teilweise widersprechenden – Studien auf diesem Gebiet groß und entsprechend unübersichtlich. Entscheidend für den Erfolg oder Misserfolg einer Kardioversion ist die sogenannte Stromdichte (A/F), d.h. etwas vereinfacht, wie viel der abgegebenen Kardioversionsenergie letztlich im Vorhof ankommt und zu einer Depolarisation der Kardiomyozyten führt. Die Stromdichte ist unter anderem von der Energieform (mono- vs.

biphasisch), dem Strompfad durch das Herz und der transthorakalen Impedanz abhängig. Letztere wird wiederum bedingt durch die Elektroden (Größe, Beschaffenheit, Positionierung), das verwendete Leitgel, die Anzahl der Schockabgaben, die Zeit zwischen den einzelnen Schockabgaben sowie die intrathorakale Leitfähigkeit [37].

Bezüglich der Elektrodenpositionierung wird die anterior-laterale von der anterior-posterioren Position unterschieden. Bei monophasischer Schockabgabe scheint die anterior-posteriore Position effektiver zu sein [37], nicht zuletzt, da die transthorakale Impedanz niedriger ist [13]. Der Nettoeffekt scheint jedoch im Vergleich zu anderen Einflussgrößen (z.B. mono- vs. biphasische Schockabgabe oder Anpressdruck) auf den Kardioversionserfolg gering und vernachlässigbar zu sein [17]. Auch die bei der intrakardialen Defibrillation unter Umständen relevante Polarität der Schockabgabe (Position der Anode bzw. Kathode) scheint bei der externen Kardioversion nicht von Bedeutung zu sein [28].

Oftmals wird eine potentielle Myokardschädigung durch die Hochvolttherapie gefürchtet. Diese ist jedoch bei klinisch üblichen Energiedosen vernachlässigbar [5] und wäre neben der Einzelschockenergie auch von der kumulativen Energiemenge, d.h. auch von der Anzahl der Schocks, abhängig. Da ferner bei höheren Energien die Chance einer erfolgreichen Kardioversion größer ist [5, 17, 19], sollte primär eine ausreichend hohe Energiewahl erfolgen (150 Joule [J] bei der biphasischen, 200–360 J bei der monophasischen Kardioversion von VHF [8]). Einige Autoren berichten sogar über eine Steigerung des Kardioversionserfolges durch Verwendung noch höherer Energien (720 J) durch Verwendung zweier Defibrillatoren [19].

Von der Hochvolttherapie ventrikulärer Rhythmusstörungen ist bekannt, dass durch Verwendung einer biphasischen Schockform die Defibrillationsreizschwelle gesenkt werden kann [32]. Zumindest im Tiermodell scheint dies entsprechend auch auf atrialer Ebene zuzutreffen [10]. Eine Vielzahl von Studien mit jeweils

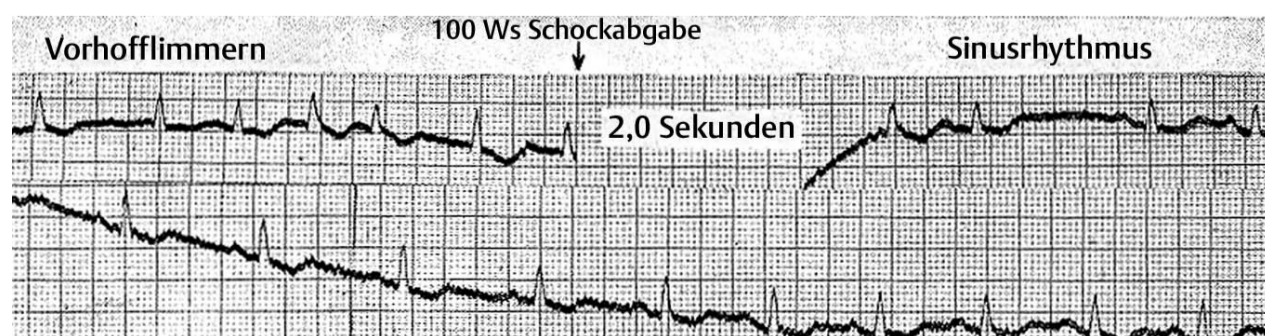


Abb. 1 Elektrische Kardioversion mit Gleichstrom [22].

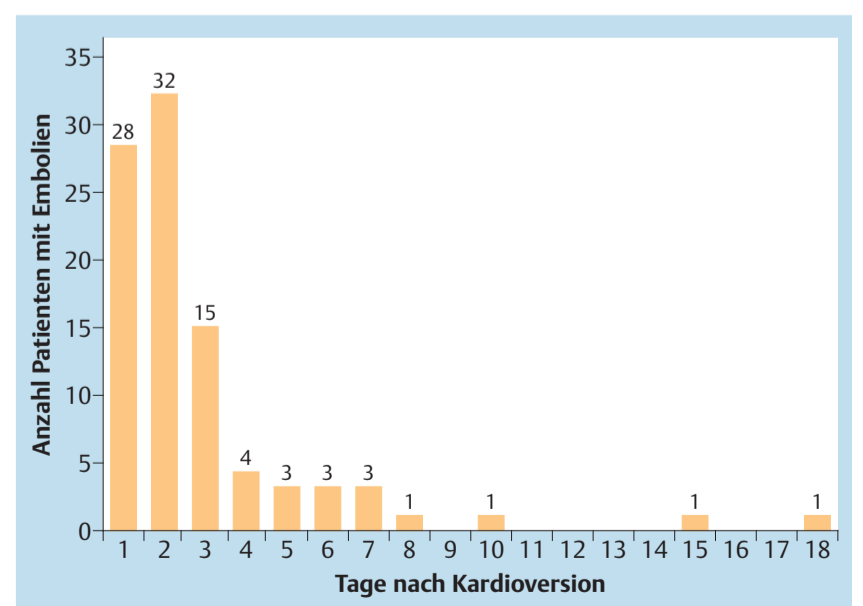


Abb. 2 Häufigkeit thrombembolischer Komplikationen nach elektrischer Kardioversion (Meta-Analyse aus 32 Studien). 98 % der thrombembolischen Komplikationen treten innerhalb von 10 Tagen nach elektrischer Kardioversion auf [3].

unterschiedlichen Endpunkten verglichen mono- und biphasische Schockformen. Die Ergebnisse weisen letztlich übereinstimmend auf eine höhere Effizienz der biphasischen Form hin [17], wobei die genaue Wellenform des biphasischen Kardioversionsstroms unerheblich zu sein scheint [1]. Biphasische Impulse sind in ihrer Effektivität weniger als monophasische von der transthorakalen Impedanz abhängig [20]. Für den Kardioversionserfolg scheint bei biphasischen Schockformen des Weiteren eine niedrigere Energie notwendig zu sein als bei monophasischen Schockformen [26]. Schließlich scheinen Skelettmuskelschädigungen [7] ebenso wie Hautverbrennungen [2] seltener bei biphasischen als bei monophasischen Schockformen aufzutreten.

kurzgefasst

Die Chance einer erfolgreichen Kardioversion ist neben Patientencharakteristika auch von diversen technischen Variablen abhängig. Größte klinische Bedeutung hat hierbei die Verwendung von biphasischen anstelle monophasischer Schockformen.

„Immediate recurrence of atrial fibrillation“ (IRAF)

Eine unmittelbar nach einer primär erfolgreichen (ausreichend ist ein Sinusschlag) Kardioversion auftretende neuerliche Vorhofflimmerepisode wird in der englischsprachigen Literatur als „immediate recurrence of atrial fibrillation“ (IRAF) bezeichnet, tritt bei bis zu 25% aller Kardioversionen auf [25] und wird wahrscheinlich durch kurz angekoppelte supraventrikuläre Extrasystolen ausgelöst [36].

Eine Abgrenzung dieser klinischen Situation zur primär erfolglosen Kardioversion (kein einziger Sinusschlag) ist von Bedeutung, da bei Patienten mit IRAF unter Umständen die akuten Erfolgchancen einer neuerlichen Kardioversion bzw. die Chance auf Rezidivfreiheit durch eine temporäre Behandlung mit z.B. Amiodaron erhöht werden kann. In einer Studie [36] wurden Patienten mit IRAF oder echter fehlgeschlagener Kardioversion für 4 Wochen mit Amiodaron behandelt (600 mg/Tag). In der IRAF-Gruppe konvertieren in diesem Zeitraum 46% der Patienten pharmakologisch, in der Gruppe der Patienten mit fehlgeschlagener elektrischer Kardioversion nur 6%. Die elektrische Kardioversion nach einer 4-wöchigen Amiodarontherapie war dann bei 91% der IRAF-Patienten, jedoch nur bei 44% der Patienten mit initial gescheiterter Kardioversion erfolgreich. Auch in der weiteren Nachbeobachtung der Patienten beider Gruppen, die in der zweiten Sitzung schließlich erfolgreich kardiovertiert werden konnten, zeigten die Patienten aus der initialen IRAF-Gruppe nach einer 4-wöchigen Erhaltungstherapie mit Amiodaron (200 mg/Tag) eine geringere Rezidivrate (9%) als die Patienten aus der Gruppe mit initial fehlgeschlagenem

Kardioversionsversuch (67%). Entsprechende Erfahrungen mit dem seit 1.1.2010 in Deutschland erhältlichen Antiarrhythmikum Dronedaron stehen noch aus. Gegebenenfalls können in der klinischen Situation des Frührezidivs bei bestimmten Patienten auch katheterinterventionelle Verfahren diskutiert werden [8, 15].

kurzgefasst

Bei einem Frührezidiv nach primär erfolgreicher Kardioversion kann der Erfolg einer neuerlichen Kardioversion durch eine vorherige 4-wöchige Therapie mit Amiodaron erhöht werden. Gegebenenfalls können auch katheterinterventionelle Verfahren bei bestimmten Patienten diskutiert werden.

Kardioversion in speziellen klinischen Situationen

In seltenen Fällen kann die elektrische Kardioversion einer hämodynamisch relevanten Tachykardie bei einer schwangeren Patientin notwendig sein. Dies wird in entsprechenden Übersichtsarbeiten als sicher durchführbar betrachtet, der Kardioversionsstrom scheint den Fetus nicht zu erreichen [30, 31].

Sehr viel häufiger wird man im klinischen Alltag mit Patienten mit implantiertem Schrittmacher oder implantiertem Kardioverter-Defibrillator (ICD) konfrontiert. Wird der Kardioversionsstrom über die implantierte Sonde geleitet, können Funktionsstörungen des Schrittmachers (Reizschwellenanstiegen und Wahrnehmungsprobleme) aufgrund hitzebedingter lokaler Gewebeerregungen an der Sondenimplantationsstelle auftreten [38]. Bei ICD-Trägern sollte nach Möglichkeit eine interne Kardioversion über das Aggregat erfolgen.

Bei der externen Kardioversion von Patienten mit implantiertem Schrittmacher oder ICD ist Folgendes zu beachten:

- ▶ in den AOO- oder VOO-Modus umprogrammieren (sofern möglich),
- ▶ die Kardioversionselektroden mindestens 15 cm von der Schrittmacher-/ICD-Sonde entfernt platzieren und
- ▶ den Vektor des Kardioversionsstroms möglichst senkrecht zu Schrittmacher-/ICD-Sonde (anterior-posteriore Elektrodenpositionierung) verlaufen lassen.
- ▶ Nach der Kardioversion sollte die Aggregatfunktion überprüft werden und für 4–6 Wochen (wie nach Neuimplantation) eine hohe Stimulationsenergie programmiert werden [15, 38].

kurzgefasst

Die elektrische Kardioversion schwangerer Patientinnen gilt als sicher, die Indikation sollte jedoch streng gestellt werden. Unter Beachtung gewisser peri- und intraprozeduraler Vorsichtsmaßnahmen kann die elektrische Kardioversion von Patienten mit implantierten Schrittmacher oder ICD als ebenfalls sicher

Tab. 1 Kernaussagen der vorliegenden Arbeit mit entsprechendem Empfehlungs- und Evidenzgrad in Anlehnung an die aktuellen internationalen Leitlinien [15]

Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad
Die sofortige R-Zacken-synchronisierte Kardioversion wird bei Patienten mit anhaltender myokardialer Ischämie, symptomatischer Hypotension, Angina pectoris oder Herzinsuffizienz empfohlen, wenn eine schnelle atrioventrikuläre Überleitung nicht unmittelbar auf frequenzsenkende Maßnahmen anspricht.	I	C
Bei Patienten mit Vorhofflimmern und Präexzitation wird im Falle einer sehr schnellen ventrikulären Frequenz oder hämodynamischer Instabilität eine sofortige Kardioversion empfohlen.	I	B
Bei hämodynamisch instabilen (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Schock, Lungenödem) Patienten mit Vorhofflimmerdauer unter 48 h sollte die Kardioversion ohne Verzögerung durch die Initiierung einer Antikoagulation sofort erfolgen.	I	C
Bei Patienten mit Vorhofflimmern über 48 h, die aufgrund hämodynamischer Instabilität eine sofortige Kardioversion benötigen, sollte (sofern nicht kontraindiziert) eine Heparinbolusgabe mit konsekutiver Dauerinfusion (PTT 1,5– 2-fach über der Norm) sowie eine orale Antikoagulation (INR 2–3) für mindestens 4 Wochen erfolgen. Die Verwendung von subkutan appliziertem niedermolekularem Heparin in dieser klinischen Situation ist nur schwach belegt.	I	C
Während der ersten 48 Stunden nach Beginn der Rhythmusstörung kann die Indikation vor bzw. nach der Kardioversion vom individuellen Risiko des Patienten für thrombembolische Komplikationen abhängig gemacht werden.	IIa	C
Bei Patienten mit Vorhofflimmern über 48 h oder unbekannter Dauer wird eine mindestens 3-wöchige Antikoagulation vor bzw. 4-wöchige Antikoagulation nach der Kardioversion empfohlen.	I	B
Alternativ zur mindestens 3-wöchigen Antikoagulation vor Kardioversion kann ein Ausschluss eines Vorhoffthrombus mittels transösophagealer Echokardiographie erfolgen.	IIa	B
Im Falle des Nachweis einer Vorhoffthrombus sollte vor Kardioversion eine mindestens 3-wöchige Antikoagulation (INR 2–3) vor bzw. mindestens 4-wöchige Antikoagulation nach Kardioversion erfolgen.	IIa	C
Eine längere Antikoagulation bei Patienten mit Vorhoffthrombus kann auch im Falle einer erfolgreichen Kardioversion diskutiert werden, weil das Risiko thrombembolischer Komplikationen in diesen Fällen oftmals erhöht ist	IIa	C
Eine Vorbehandlung mit Amiodaron kann zur Erhöhung des Kardioversionserfolges bzw. Rezidivprophylaxe erfolgen.	IIa	B

angesehen werden; bei ICD-Trägern sollte nach Möglichkeit eine interne Kardioversion erfolgen.

Vorgehen nach erfolgreicher Kardioversion: Erhalt des Sinusrhythmus und Antikoagulation

Die Rezidivrate nach erfolgreicher elektrischer Kardioversion ist stark von individuellen Faktoren der Patienten (Grunderkrankung, linksventrikuläre Funktion, Dauer des Vorhofflimmerns) abhängig, die letztlich auch das Auftreten von VHF begünstigen.

Bei nicht ausgewählten Patienten wird die Rezidivrate ohne antiarrhythmische Medikation nach primär erfolgreicher Kardioversion mit 65% angegeben [35]. Diese kann durch Antiarrhythmika wie Sotalol, Flecainid oder Propafenon auf bis zu 50% [12] bzw. Amiodaron auf bis zu 35% [9] gesenkt werden. Das neue Antiarrhythmikum Dronedaron verlängerte in der EURIDIS- bzw. ADO-NIS-Studie im Vergleich zu Placebo die Dauer bis zum ersten Vorhofflimmerrezidiv nach Kardioversion um mehr als das Doppelte [33]. Eine antiarrhythmische Therapie nach Kardioversion sollte daher obligat sein, es sei denn, das VHF wurde durch einen behebbaren Trigger (postoperativ, Thyreotoxikose, Pneumonie, Alkohol) verursacht. Alternativ oder additiv können auch katheterinterventionelle Verfahren diskutiert werden [8, 15]. Aufgrund der kurzfristigen mechanischen Dysfunktion des Vorhofs („atrial stunning“) besteht das höchste Thrombembolierisiko in den ersten Tagen nach erfolgreicher elektrischer Kardioversion (Abb. 2) [3]. In der Konsequenz der Daten dieser Meta-Analyse aus 32 Studien wird nach erfolgreicher elektrischer Kardioversion von VHF, das länger als 48 Stunden anhält, eine therapeutische Antikoagulation für 4 Wochen empfohlen bzw. danach die weitere Antikoagulationsindikation bei nicht valvulären VHF vom CHADS2-Score [16] abhängig gemacht [15]. Umgekehrt ist das Risiko der Thrombusformierung bei kürzer (<48 Stunden) anhaltendem VHF geringer, sodass

hier weder vor noch nach elektrischer Kardioversion eine Antikoagulation von Nöten ist (Ausnahme: Patient mit hohem Risiko für thrombembolische Ereignisse) [15]. Bei unklarem Beginn der Rhythmusstörung sollte eine Episodendauer von > 48 h mit den entsprechenden klinischen Konsequenzen angenommen werden [15]. In Tab. 1 sind die Empfehlungen zur Kardioversion mit entsprechendem Empfehlungs- und Evidenzgrad dargestellt.

kurzgefasst

Eine antiarrhythmische Therapie nach erfolgreicher Kardioversion kann die Rezidivrate senken. Das Risiko von thrombembolischen Komplikationen ist in den ersten Tagen nach Kardioversion am höchsten, die Indikation zur Antikoagulation ist neben Patientencharakteristika (u. a. CHADS2-Score bei nicht valvulärem VHF) vor allem von der Dauer der Vorhofflimmerepisode anhängig.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die elektrische Kardioversion ist Mittel der ersten Wahl zur Wiederherstellung von Sinusrhythmus, v.a. bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern sowie symptomatischen Patienten.
- ▶ Thromboembolien als wichtigste Komplikation einer elektrischen Kardioversion können durch eine suffiziente 4-wöchige Antikoagulation oder den Ausschluss von Vorhoffthrombem (transösophageale Echokardiographie) vor Kardioversion sowie durch die temporäre Fortführung der Antikoagulation wirkungsvoll verhindert werden.
- ▶ Die Verwendung biphasischer Schockformen hat unter den diversen technischen/physikalischen Faktoren, die den Kardioversionserfolg positiv beeinflussen, die größte klinische Bedeutung.

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

R. Laszlo¹, S. Laszlo², H. Graze¹, J. Schreieck¹

¹Abteilung für Kardiologie und Kreislaufkrankungen, Klinikum der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
²Medizinische Klinik II (Kardiologie), Klinikum Kirchheim

Korrespondenz

Dr. med. Roman Laszlo
Abteilung für Kardiologie und Kreislaufkrankungen
Klinikum der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Otfried Müller Str. 10
72076 Tübingen
Tel. 07071/29-82712
Fax 07071/29-5040
eMail roman.laszlo@gmx.de

Die Literatur zum Beitrag finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDIaktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 750-754). 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

Aktuelle Diagnostik & Therapie

Notfallsituation akutes Angioödem

Das Angioödem ist eine ödematöse Schwellung tieferer Gewebeschichten, die die äußere Haut und die Schleimhäute betreffen kann. Ursächlich kann man allergische von nicht-allergischen Angioödem unterscheiden, die sich in Abhängigkeit vom auslösenden Mediator in fünf verschiedene Unterformen differenzieren [3]. Die Schwellung kann u.a. die oberen Luftwege, den Gastrointestinaltrakt, die Genitalien und die Haut des Rumpfes sowie der Extremitäten betreffen. Das Auftreten eines akuten Angioödems bedeutet vor allem dann einen klinischen Notfall, wenn die oberen Luftwege betroffen sind und damit eine akute Verlegung der Atemwege droht. Eine rasche differenzialdiagnostische Abgrenzung der verschiedenen Angioödem-Formen ist wegen des unterschiedlichen therapeutischen Ansprechens auf die medikamentösen Therapieoptionen sehr wichtig.

Ursachen verschiedener Angioödem

Grundsätzlich ist zwischen allergischen, zumeist histaminerg vermittelten, und nicht-allergischen, zumeist Bradykinin-vermittelten Angioödem zu differenzieren [3, 22]. Bei den nicht-allergischen Angioödem unterscheidet man fünf Formen (Tab. 1):

- ▶ das durch Blocker des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) induzierte Angioödem (RAE)
- ▶ das hereditäre Angioödem (hereditary angioedema, HAE)
- ▶ das erworbene Angioödem (acquired angioedema, AAE)
- ▶ das idiopathische Angioödem (IAE)
- ▶ das pseudoallergische Angioödem (PAE; klinisch weniger relevant).

Das nicht-allergische Angioödem wird hauptsächlich durch Bradykinin verursacht. Bradykinin kommt im Gewebe und im Plasma ubiquitär vor und steigert über die Bradykinin-B₂-Rezeptoren neben der Dilatation der Gefäße auch deren Permeabilität. Folge der erhöhten Permeabilität sind die Ödeme in den tiefen Hautschichten [3, 22].

Das am häufigsten auftretende Bradykinin-induzierte Angioödem ist das RAE mit einer Inzidenz von 0,4–0,7%, hervorgerufen insbesondere durch ACE-Hemmer. Bei den ca. 7 Mio. ACE-Hemmer-Anwendern in Deutschland und einer vermuteten jährlichen Angioödem-Rate von 0,4–0,7% müssen jährlich rund 20000–35000 Angioödemfälle erwartet werden. Rein rechnerisch beträgt die Inzidenz dann 1:4000. Bei etwa 20% (ca. 7000) dieser Patienten entwickelt sich ein schwerwiegendes Angioödem, das einen stationären Aufenthalt nötig macht. Bei wiederum etwa 20% dieser Fälle entwickelt sich nach unseren Beobachtungen ein lebensbedrohliches Angioödem der oberen Atem-Schluck-Straße, mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen

schen Betreuung (zum Teil mit Intubation und/oder Tracheotomie). In einer retrospektiven Analyse der RAE-Patienten unserer Klinik mussten unter der bisherigen Standardtherapie (Kortison und Antihistaminika) von 47 Patienten zwei intubiert und drei Patienten tracheotomiert werden [5]. Bei 12 der 47 Patienten war eine zweite Kortisongabe aufgrund des progredienten Verlaufes notwendig. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf und die Notwendigkeit eines Verständnisses der Pathophysiologie der RAE.

Durch ACE-Hemmung wird der Abbau von Bradykinin reduziert, wodurch vermehrt Bradykinin im Plasma und Gewebe anfällt [22]. In seltenen Fällen kann es auch unter AT-1-Blockern zu Angioödem kommen. Auch hier vermutet man einen erhöhten Bradykinin Spiegel [1, 7, 22]. Um Rezidive zu vermeiden, muss nach dem ersten Auftreten eines RAE der ACE-Hemmer bzw. AT-1-Blocker abgesetzt werden [1, 7, 18]. Als Ersatzantihypertensivum eignen sich allerdings auch nicht Renin-Antagonisten. So wurde bei der Zulassung des Aliskiren, einem Renin-Antagonisten, von dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie ein Angioödem in der Anamnese als Kontraindikation für Aliskiren deklariert (Anlage IV: Therapiehinweise zu Aliskiren, vom 28. Mai 2009). Da sich ein RAE im Gegensatz zum HAE nahezu immer im Kopf-Hals-Bereich manifestiert, verursacht es fast immer eine klinische Notfallsituation. Die ödematöse Schwellung bildet sich häufig innerhalb von Minuten oder wenigen Stunden und steht nicht immer in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn der Medikation. Es wurde beobachtet, dass das Intervall bis zur Erstmanifestation interindividuell sehr stark variiert und im Mittel bei ca. 2–3 Jahren

liegt [8]. Die Schwellung tritt zumeist ohne Vorzeichen und ohne dass besondere Risikofaktoren vorliegen auf und verlagert sich häufig vom Gesicht auf die Schleimhaut der Atemwege. Der vom ACE-Hemmer induzierte Husten ist hierbei kein Vorzeichen oder Warnhinweis. Keiner der RAE-Patienten litt zuvor unter Husten. Die spontane Rückbildung erfolgt nach 24 bis 72 Stunden [22]. Beim HAE (Typ I und II) spielt ein genetisch bedingter Mangel an funktionstüchtigem C1-Inhibitor die ursächliche Rolle in der Entstehung [1]. Die Prävalenz liegt bei 1:10000–50000, unabhängig von Ethnie oder Geschlecht [14]. Beim HAE Typ I liegt eine verminderte C1-INH-Konzentration und entsprechend eine verminderte C1-INH-Aktivität vor. Beim HAE Typ II kann die C1-INH-Konzentration normal oder gar erhöht sein. Charakteristisch ist hier eine verminderte C1-INH-Aktivität. Folge des Mangels an funktionsfähigem C1-INH ist auch hier ein erhöhter Bradykinin-Spiegel [22]. Eine Sonderform stellt der HAE Typ III dar. Hier ist die C1-INH-Aktivität und -Konzentration normal. Ursächlich liegt hier ein genetischer Defekt des Faktor 12 (Hageman-Faktor) vor, wodurch der hemmende Effekt auf die Bradykininbildung vermindert ist [10]. Das AAE betrifft in erster Linie Erwachsene [1, 3]. Im Unterschied zum HAE mit mangelnder C1-INH-Synthese ist das AAE oft durch einen gesteigerten Verbrauch von C1-INH gekennzeichnet, z.B. durch Autoantikörper, die beim B-Zell-Lymphom beobachtet werden [20]. Andere Erkrankungen, wie z. B. das Leberzellkarzinom und die Leberzirrhose, können ebenfalls mit einer erniedrigten C1-INH-Plasmakonzentration einhergehen [13, 14]. Das PAE ist eine besondere Form des Medikamenten-induzierten Angioödems und wird z.B. unter Einnahme von Acetylsalicylsäure beobachtet [21].

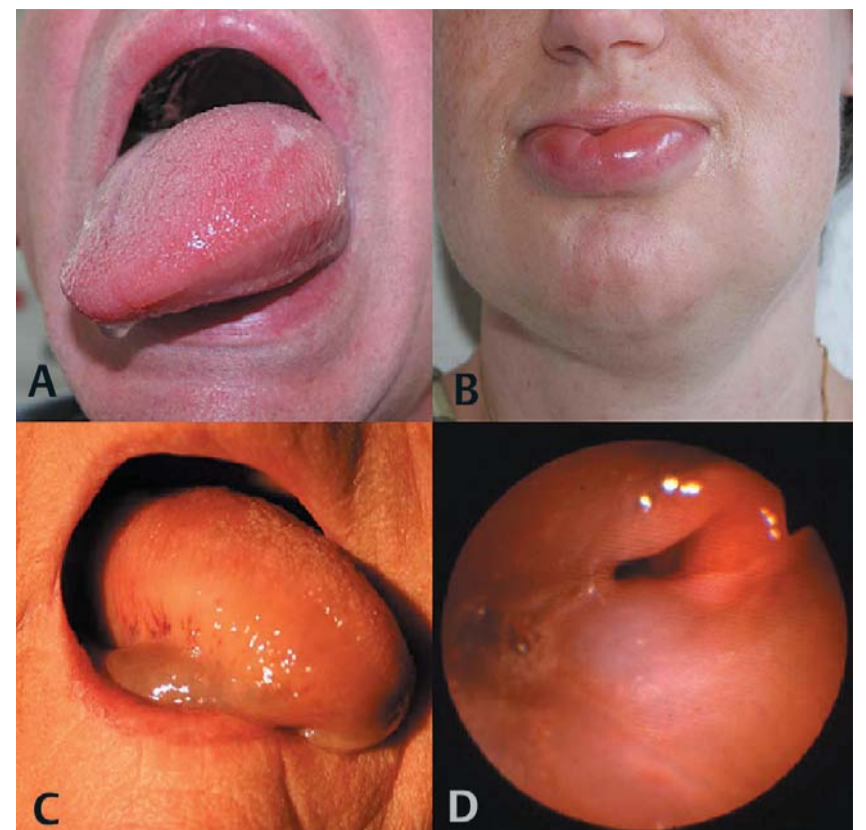


Abb. 1 Akute Angioödem.
A) Zungenangioödem (hereditäres Angioödem)
B) Lippenangioödem (hereditäres Angioödem)
C) Zungenangioödem (ACE-Hemmer-induziertes Angioödem)
D) Kehlkopfangioödem (ACE-Hemmer-induziertes Angioödem)

kurzgefasst

Grundsätzlich ist bei den Angioödem zwischen dem allergischen und dem nicht-allergischen Angioödem zu unterscheiden. Die allergischen Angioödem sind histaminerg, der Großteil der nicht-allergischen wird über Bradykinin als Botenstoff vermittelt. Das am häufigsten vorkommende nicht-allergische Angioödem ist das Medikamenten-assoziierte Angioödem nach Einnahme eines ACE-Hemmers, das sich nahezu ausschließlich mit Schwellungen im Kopf-Hals-Bereich manifestiert.

Diagnostik

Eine ausführliche klinische Untersuchung, soweit die Notfallsituation es zulässt, sollte vorzugsweise einschließlich einer Laryngoskopie erfolgen. Daneben sollten Blutuntersuchungen durchgeführt, gegebenenfalls eine geeignete Bildgebung veranlasst sowie eine ausführliche Anamnese – einschließlich der Familien- und Medikamentenanamnese – erhoben werden. Hinweise auf eine juckende Schwellung lassen die Diagnose eines allergischen Ödems wahrscheinlich werden. Zeichen einer Urtikaria schließen im Allgemeinen ein nicht-allergisches Angioödem aus. In Abbildung 1 sind verschiedene Erscheinungsbilder des Bradykinin-induzierten Angioödems dargestellt. Andere, zum Teil sehr seltene Ursachen einer Schleimhautschwellung sollten immer mit in Erwägung gezogen werden, wie z.B. rheumatische Erkrankungen (Kollagenosen, Vaskulitiden), Tumoren im Kopf-Hals-Bereich, Speicheldrüsenprozesse (Steine, Zysten), Entzündungen der Zähne und des Unterkiefers, Gesichtspflegerne und Abszesse, Folgen einer onkologischen Strahlentherapie und das Vena-cava-superior-Syndrom [6]. Sehr selten können auch Folgen einer Essstörung (Bulimie) zu anhaltenden Schwellungen der Ohr-

speicheldrüsen führen, die gelegentlich als Angioödem der Wangen missgedeutet werden können. Hierbei kommt es wahrscheinlich durch wiederholtes Erbrechen zu einer metabolischen Störung mit beidseitiger Schwellung der Ohrspeicheldrüsen [17].

Labordiagnostik

Die Blutuntersuchungen sind prinzipiell zu unterscheiden zwischen Analysen, die im akuten Notfall durchgeführt werden müssen und Analysen, die nach Abklingen der Symptomatik zur Komplettierung der Diagnostik geeignet sind (Tab. 2). Im Notfall sollten Entzündungsmarker bestimmt sowie die C1-INH-Aktivität und die ACE-Aktivität überprüft werden. Obwohl das Ergebnis beider Enzyme zum Teil erst Tage nach Blutentnahme bekannt ist, dient es der Differenzialdiagnostik. Eine verminderte Aktivität des C1-INH im Plasma bestätigt nahezu das HAE. Bei einer weiteren Blutanalyse zur Unterscheidung von dem viel selteneren AAE sollten auch die Komplementfaktoren C1q und C4 bestimmt werden. C4 ist in der Mehrzahl der Fälle beim akuten Angioödem erniedrigt und kann bis auf 25% des Normalwertes absinken [15]. Nach Abklingen des akuten Angioödems kann bei weiterhin unklarem Befund eine Genotypisierung notwendig sein. Hier ist vor allem die Diagnostik eines HAE Typ III im Fokus, wo eine Mutation des Faktor 12 vorliegt und die Bestimmung der C1-INH-Aktivität nicht wegweisend ist. In die Routinediagnostik eines Angioödems sollte auch die Prüfung der Rheumawerte erfolgen, da nicht selten chronisch rezidivierende Ödeme im Gesichtsbereich im Rahmen von Kollagenosen (z.B. Sjögren-Syndrom) und Vaskulitiden vorkommen können. Diese Blutuntersuchungen sind zwar nicht als erste entscheidende Blutergebnisse im Notfall gedacht, sollten aber Teil der Aufarbeitung und Diagnostik nach

Tab. 1 Einteilung der nicht-allergischen Angioödem.

	RAAS-induziertes Angioödem (RAE)	Hereditäres Angioödem (HAE)	erworbenes Angioödem (AAE)	idiopathisches Angioödem (IAE)	pseudoallergisches Angioödem (PAE)
Auslöser	ACE-Hemmer AT-1-Blocker	Typ I und II: C1-INH-Defekt Typ III: Faktor-12-Defekt	Lymphom	?	Aspirin
Mediator	Bradykinin	Bradykinin	Bradykinin	?	Leukotrien

ACE = Angiotensin Converting Enzyme, AT-1 = Angiotensin-1, C1-INH = C1-Esterase-Inhibitor, RAAS = Renin-Angiotensin-Aldosteron-System

Überwindung des akuten Angioödems sein. Therapeutische und prophylaktische Konsequenzen für die Zukunft sind für den Patienten genauso wichtig wie die initiale erste Behandlung des Patienten.

kurzgefasst

Bereits die Anamnese und Befund der körperlichen Untersuchung geben wichtige Hinweise auf die Ursache des Angioödems und bieten die Möglichkeit der differenzialdiagnostischen Abgrenzung. Juckreiz und Quaddelbildung sind üblicherweise richtungsweisend für ein allergisches Ödem. Aufgrund der relativen Häufigkeit des RAE kommt einer dezidierten Medikamenten-Anamnese ein großer Stellenwert zu. Für die Diagnosesicherung beim nicht-allergischen Angioödem sind die Bestimmung der C1-INH-Aktivität und die ACE-Aktivität geeignet.

Pharmakotherapie des akuten Angioödems

Neben der Kreislauf- und Atmungsstabilisierenden Notfallversorgung stehen spezifische Medikamente zur Verfügung. Das nicht-allergische Angioödem spricht in der Regel nicht wie das allergische Angioödem auf Antihistaminika und Kortikoide an [4, 16]. Bei einem gesicherten allergischen Angioödem steht zudem eine Unterbrechung der Allergen-zufuhr im Vordergrund. Deshalb ist eine Unterscheidung idealerweise bereits während der Einleitung der initialen Notfallbehandlung wichtig. Eine spezifische Therapie des nicht-allergischen Angioödems hat zum Ziel, den Etagenwechsel der Schwellung im Kopf-Hals-Bereich zu verhindern sowie die

bereits vorhandene Schwellung möglichst schnell zum Abklingen zu bringen.

Bei einem akuten Verlauf wird jedoch probatorisch vor Abschluss der Initialdiagnostik bereits anti-allergisch, gegebenenfalls auch mit Epinephrin (inhalativ) behandelt [23]. Besteht jedoch der klinische Verdacht auf ein nicht-allergisches Angioödem oder hat sich die anti-allergische Pharmakotherapie als nicht wirksam erwiesen, so sollte der Einsatz einer der im Folgenden beschriebenen Substanzen erwogen werden.

Icatibant

Da der Mehrzahl der nicht-allergischen Angioödeme eine pathologische Erhöhung des Gewebshormons Bradykinin zugrunde liegt, kann bei diesen von einer guten Wirksamkeit des synthetischen Bradykinin-B2-Rezeptor-Antagonist Icatibant (Firazyr®) ausgegangen werden. Zurzeit ist Icatibant in der EU zur symptomatischen Behandlung von HAE-Angioödem bei Erwachsenen zugelassen. Icatibant (30 mg) wird subkutan im Bauchbereich verabreicht, eine erste Symptomverbesserung ist bereits nach ca. 45 min (im Median) zu erwarten [11]. Bislang wurden keine schweren, systemischen Nebenwirkungen beobachtet, beschrieben wurde lediglich ein flüchtiges Erythem am Injektionsort [4]. Seit der Marktzulassung behandelten wir „off-label“ auch einzelne Patienten (n = 12) mit einem ACE-Hemmer-induzierten Angioödem. Icatibant führte hier schnell (durchschnittlich < 1 Stunde) zu einer raschen Symptomverbesserung. Erste Ergebnisse konnten wir als Fallserie kürzlich publizieren [5]. Da es sich bei Icati-

Tab. 2 Notwendige Blutuntersuchungen beim akuten Angioödem und zur Differentialdiagnostik nach Abklingen des akuten Angioödems bzw. zur allgemeinen Angioödem-Diagnostik. Bei einigen Blutwerten ist auch der Vergleich zwischen akuter Episode Angioödem-freier Intervall wichtig.

	Laborparameter	Monovetten
Akutes Angioödem	Elektrolyte	Serum
	Leberwerte	
	CRP	
	TSH	
	ACE-Serumaktivität	Serum
	Quick, aPTT, INR, Fibrinogen, C1-Inhibitor-Aktivität	Citrat
	Kleines Blutbild	EDTA
	Allergiediagnostik: Tryptase, ggf. spez. IgE	Serum
	Angioödem-Diagnostik nach Abklingen des Ödems	Elektrolyte
Leberwerte (falls nicht vorher abgenommen)		
CRP		
ACE-Serumaktivität		Serum
C1-Inhibitor-Antigen		Zitrat
C1-Inhibitor-Aktivität, Faktor-12-Aktivität		
Kleines Blutbild, Differentialblutbild		EDTA
Rheumadiagnostik:		Serum
ANA, ANCA, ENA: (SSB-AK, SSA-AK, SLL-70-AK, anti-Zentromer)		
C1q, C4		Serum
Allergiediagnostik: Tryptase, ggf. spez. IgE		Serum
Schilddrüsenwerte: T3, T4, TSH,		Serum
Schilddrüsen-Autoantikörper		
Bei Bedarf genetische Analyse (HAE Typ III)		EDTA

ACE = Angiotensin Converting Enzym; ANA = antinukleärer Antikörper; ANCA = antineutrophile zytoplasmatische Antikörper; aPTT = aktivierte partielle Thrombolastinzeit; CRP = C-reaktives Protein; ENA = extractable nuclear antigen; HAE = hereditäres Angioödem; TSH = thyrostimulierendes Hormon

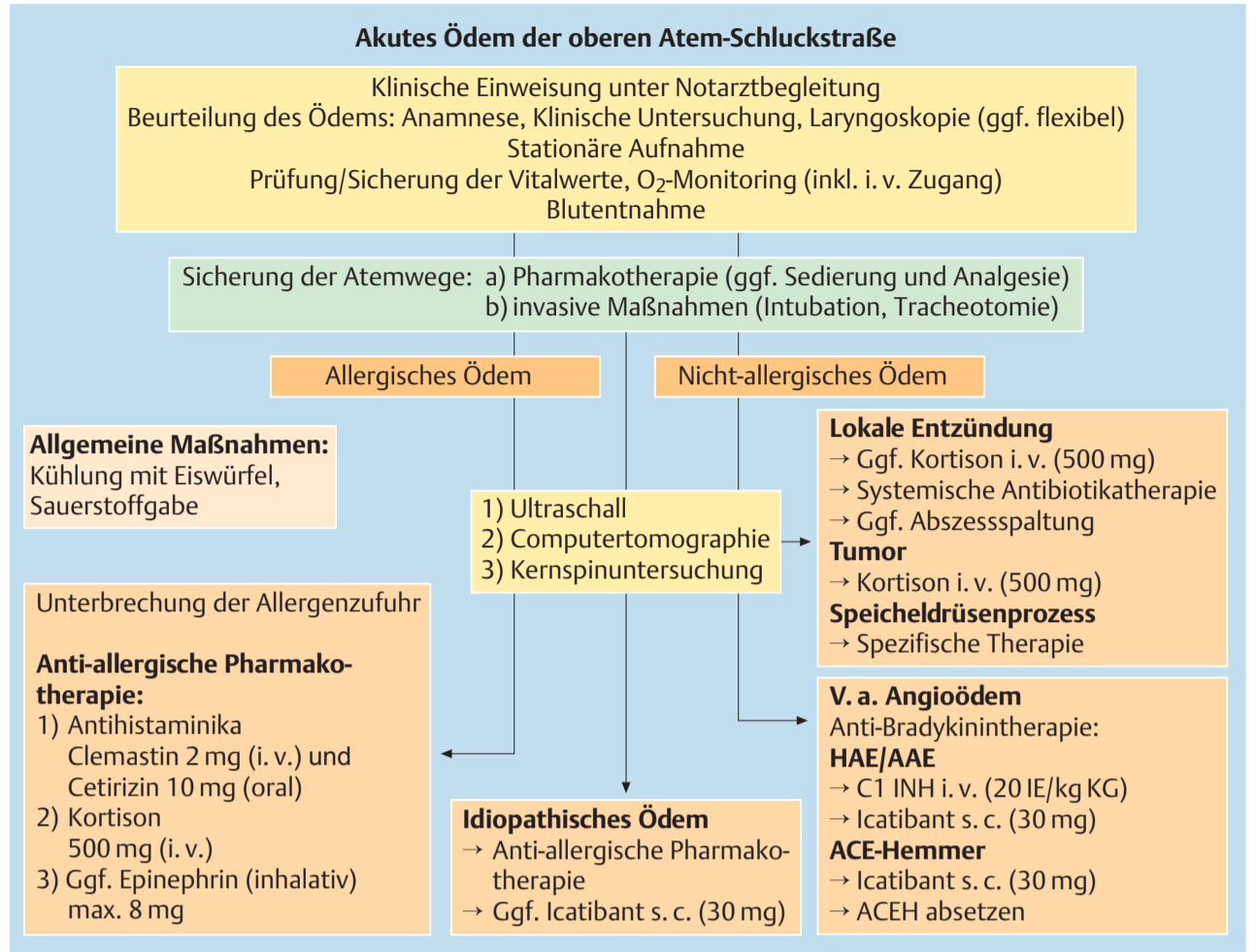


Abb. 2 Management des akuten Angioödems: Differenzialdiagnostik und Behandlungsoptionen.

bant nicht um ein Blut- oder Plasma-produkt handelt, sind Aufbewahrung und Dokumentation der Medikation vergleichbar mit der eines Antibiotikums.

C1-Inhibitor (C1-INH)

Die intravenöse Verabreichung vom C1-INH-Konzentrat (Berinert P®) ist für die akute Behandlung des HAE seit mehreren Jahren zugelassen und wird erfolgreich eingesetzt [9, 19]. „Off-label“ wird es auch bei AAE angewendet [12]. Trotz des mit jedem Blutprodukt verbundenen Infektionsrisikos hat sich das Konzentrat als sicher erwiesen. Fälle einer Übertragung von Viren wurden bisher nicht bekannt. C1-INH-Konzentrat wird intravenös mit einer Dosierung von 20 IE/kg/KG verabreicht.

Der Einsatz alkylierter Androgene oder von Tranexamsäure in einigen Ländern beruht weniger auf deren überzeugenden Wirksamkeit bei der Behandlung akuter Angioödeme, sondern auf der dort fehlenden Verfügbarkeit von Icatibant bzw. C1-INH.

kurzgefasst

Allergische Angioödeme werden mit Antihistaminika und Kortikoiden, gegebenenfalls auch mit Adrenalin behandelt. Die anti-allergische Therapie zeigt jedoch bei nicht-allergischen Angioödem keine Wirkung, wogegen die spezifische Pharmakotherapie mit Icatibant oder C1-INH rasch zum Rückgang der Schwellung führt und eine weitere Ausbreitung verhindert. Während für die Behandlung des HAE Icatibant und C1-INH-Konzentrat zugelassen sind, stützt sich die medikamentöse Therapie des RAE mit Icatibant lediglich auf positive Fallberichte.

Einen kompletten Überblick über die Differenzialdiagnostik und die jeweiligen Behandlungsoptionen bietet Abbildung 2.

Fazit

Das akute Angioödem ist häufig ein akuter klinischer Notfall, besonders wenn sich die Schwellung im Bereich der Atem-Schluck-Straße manifestiert und die Gefahr der Verlegung der Luftwege gegeben ist. Eine frühzeitige Abgrenzung des allergischen vom nicht-allergischen Angioödems ermöglicht nach Stabilisierung der Vitalparameter in vielen Fällen eine spezifische Pharmakotherapie, durch die sich oft die Situation des Patienten drastisch verbessern lässt. Vor allem bei der Therapie des RAE ist durch die Einführung des synthetischen Bradykinin-Antagonisten Icatibant erstmals eine spezifische Pharmakotherapie verfügbar, deren Stellenwert jedoch in klinischen Studien noch belegt werden muss. Allergische und nicht-allergische Angioödeme können wiederholt auftreten und erfordern deshalb eine kontinuierliche Anfallsprophylaxe oder aber eine frühzeitige gezielte medikamentöse Therapie im Anfall, für die eine abgeschlossene Diagnostik unumgänglich ist.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Bei akuten Ödemen der Atem-Schluck-Straße müssen differenzialdiagnostisch nicht-allergische Angioödeme in Betracht gezogen werden und in der Therapie entsprechend berücksichtigt werden.
- ▶ Bei Bradykinin-induzierten Angioödem ist eine antiallergische Behandlung nicht wirkungsvoll.
- ▶ Die häufigsten nicht-allergischen Angioödeme sind Bradykinin-induziert und müssen spezifisch mit C1-Inhibitor-Konzentraten oder Icatibant behandelt werden.

Autorenerklärung: M. B. und J. G. erhielten von der Firma Shire Deutschland GmbH, dem Hersteller von Icatibant, Reisekosten im Rahmen von wissenschaftlichen Veranstaltungen erstattet und erhielten für Vorträge bei diesen Veranstaltungen Honorare. G. K. hat Forschungsförderung der Firma Jerini (Shire) erhalten. H.B., A. K., T. S., P. S. und T.K.H. erklären, dass sie keine finanzielle Verbindungen zu einer Firma haben, deren Produkt in diesem Artikel genannt wird (oder zu einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

M. Bas¹, J. Greve², H. Bier¹, A. Knopf¹, T. Stark¹, P. Schuler², T. K. Hoffmann², G. Kojda³

¹Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
²Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Universitätsklinikum Essen
³Institut für Pharmakologie und Klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Korrespondenz

Dr. Murat Bas
 Hals-Nasen-Ohrenklinik und Poliklinik
 Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
 Ismaninger Straße 22
 81675 München
 Tel. 089/4140-2370
 Fax 089/4140-4853
 eMail basmurat@web.de

Die Literatur zum Beitrag finden Sie im Internet unter www.BDI.de auf den Seiten von BDIaktuell. Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 1027–1031). Alle Rechte vorbehalten.

Pneumologie

Vitamin-D-Mangel – ein Risikofaktor für COPD?

Die immunmodulatorische Bedeutung von Vitamin D zeigt sich in der häufigeren Inzidenz zahlreicher chronischer Erkrankungen bei Vitamin-D-Mangel. Ob dieser Mangelzustand auch ein Risikofaktor für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) darstellt und ob dieser genetisch determiniert ist, haben W. Janssens et al. nun geprüft.

Thorax 2010; 65: 215–220

Patienten mit COPD wiesen häufiger einen Mangel an Vitamin D (< 20 ng/ml) auf, hatten eine schlechtere Lungenfunktion und waren öfter homozygote Träger der Genvariante rs7041. 262 Patienten und 152 Kontrollen wurden untersucht. Das Geschlecht und die Raucheranamnese waren für beide Gruppen vergleichbar. Die Vitamin-D-Serumspiegel korrelierten mit den spirometrischen Ergebnissen („forced expiratory volume“, FEV1; $p < 0,0001$) in Abhängigkeit von der Erkrankungsschwere. Während bei leichteren Fällen (GOLD1, „global initiative for obstructive lung disease“) die durchschnittlichen Spiegel nicht unter denen der Kontrollgruppe lagen, bestanden ab dem GOLD-Stadium 2 signifikante Unterschiede. 31 % der gesunden Raucher hatten einen Vita-

min-D-Mangel. In den GOLD-Stadien 1-4 war dies bei 39 %, 47 %, 60% und 77 % der Fall.

Patienten mit COPD wiesen häufiger die Genvarianten rs7041 und rs4588 auf, wobei sich rs7041 als determinierender Faktor herausstellte ($p < 0,0001$ und $p = 0,01$). Auch bei gesunden homozygoten Genträgern waren die Vitamin-D-Spiegel reduziert. Die Ergebnisse bestätigten sich in multivariater Analyse unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Rauchgewohnheiten und saisonalen Einflüssen. Die durchschnittlichen Vitamin-D-Spiegel nahmen bei Homozygotie für rs7041 mit zunehmendem GOLD-Stadium ab. Im Stadium 3 und 4 hatten 76 % und 100 % einen Vitamin-D-Spiegel von < 20 ng/ml. In der statistischen Analyse

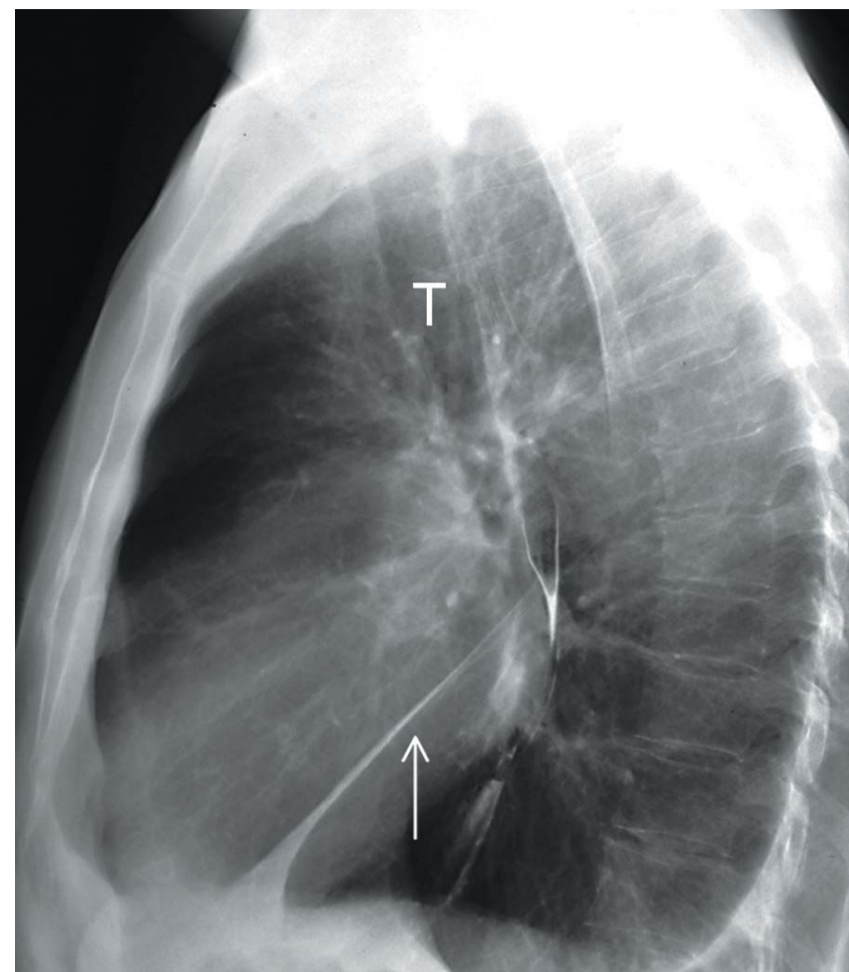
stellte sich die Homozygotie für rs7041 als ein vom Schweregrad unabhängiger Risikofaktor für eine COPD heraus (Odds Ratio 2,11; 95 %-Konfidenzintervall 1,20–3,71; $p = 0,009$). Für rs4588 galt dies nicht. W. Janssens et al. diskutierten die Frage, auf welche Höhe der Vitamin-D-Spiegel angehoben werden sollte. Diese Frage sei auch bei anderen Erkrankungen umstritten. Möglicherweise sei aber schon eine Anhebung auf > 20 ng/ml eine erfolgsversprechende Therapieoption.

● Fazit

Der Vitamin-D-Mangel bei COPD-Patienten ist mit der Erkrankungsschwere assoziiert und wahrscheinlich genetisch begünstigt, so das Ergebnis. Eine Substitutionsbehandlung stellt nach Ansicht der Autoren möglicherweise eine neue Therapieform dar.

● Kommentar zur Studie

J. K. Quint und J. A. Wedzicha betonen, dass ein Vitamin-D-Defizit bei COPD wahrscheinlich wichtiger für den Verlauf als für die Entstehung der Erkrankung sei. Mit der Anzahl der Exazerbationen sinke bekannterma-



Der Anteil von Vitamin D im Serum ist mit der Schwere der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) assoziiert und vermutlich genetisch beeinflusst, so das Ergebnis der Studie. Die Abbildung zeigt eine Thoraxaufnahme im sagittalen Strahlengang eines Patienten mit COPD. Der linke Lappenspalte ist ergussbedingt verbreitert (Pfeil). T: Trachea. (Quelle: Thoraxdiagnostik, Hrsg. Barbara Krug, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart)

ßen die FEV1, und deshalb sei eine Progressionsprophylaxe mit Vitamin D denkbar. Welche Serumspiegel hierbei angestrebt werden sollten,

müsse Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. *Thorax 2010; 65: 192–194*

Dr. med. Susanne Krome

Kardiologie

Wann ist die elektive invasive Koronardiagnostik sinnvoll?

Die Leitlinien empfehlen bei Patienten mit niedrigem Risiko ein zurückhaltendes Vorgehen, bei Patienten mit mittlerem Risiko eine Belastungsuntersuchung und bei Patienten mit hohem Risiko eine invasive Untersuchung. Wie viele Patienten bei der invasiven Untersuchung tatsächlich eine koronare Herzkrankheit haben, untersuchten jetzt M. R. Patel et al.

N Engl J Med 2010; 362: 886–895

An der großen nordamerikanischen Register-Studie haben von Januar 2004 bis April 2008 398 978 Patienten teilgenommen. Alle Patienten wurden erstmals elektiv invasiv untersucht. Bei 84 % der Patienten war zuvor eine nichtinvasive Testung durchgeführt worden. Es galt herauszufinden, wie hoch der Anteil der Patienten mit tatsächlicher koronarer Herzkrankheit (KHK) ist.

Das mittlere Alter der Patienten lag bei 61 Jahren mit einem Anteil an Männern von 53 %. In der invasiven Untersuchung bestätigte sich der Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung bei 149 739 Patienten (38 %). Bei 39 % der Patienten wurde keine koronarterielle Erkrankung festgestellt (d. h. < 20 % Stenosen in allen Gefäßen). Das Risiko für eine KHK war erhöht bei Männern (Odds ratio [OR] 2,7; 95 %-Konfidenzintervall [KI]

2,64–2,76), mit steigendem Lebensalter (OR 1,29 für 5 Jahre; 95 %-KI 1,28–1,30), insulinabhängigem Diabetes mellitus (OR 2,14; 95 %-KI 2,07–2,21) und Dyslipidämie (OR 1,62; 95 %-KI 1,57–1,67). Gegenüber Patienten ohne vorherige nichtinvasive Testung, war die Wahrscheinlichkeit einer KHK bei Patienten mit pathologischer Stress-Untersuchung höher (35 vs. 41%; $p < 0,001$; OR 1,28; 95 %-KI 1,19–1,37).

● Fazit

Etwa ein Drittel der Patienten hatte bei der Herzkatheteruntersuchung tatsächlich eine KHK, so das Ergebnis der Studie. Bessere Risikostratifizierung und die Identifikation von Prädiktoren könnten nach Ansicht der Autoren die Zahl der unnötigen Untersuchungen minimieren.

Dr. med. Fikret Er

Diabetologie

Reduzierter Ziel-Blutdruck bei Typ-2-Diabetes nicht effektiv

In aktuellen Leitlinien wird bei Diabetes Typ 2 bislang ein Zielblutdruckwert unter 130/80 mmHg empfohlen. Ob eine systolische Blutdrucksenkung deutlich unter 135–140 mmHg kardiovaskuläre Endpunkte reduziert, untersuchte jetzt die ACCORD-Studiengruppe. *N Engl J Med 2010; 362: 1575–1585*

Im Rahmen der Studie „Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes blood pressure trial“ (ACCORD BP) erhielten 4733 Patienten mit Typ-2-Diabetes und Hypertonie randomisiert entweder eine intensive Behandlung (systolischer Zielblutdruck < 120 mmHg) oder eine Standardbehandlung (systolischer Zielblutdruck < 140 mmHg systolisch). Primärer Endpunkt war die Kombination aus nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder Apoplex sowie Tod infolge kardiovaskulärer Ursache. Die Studiendauer betrug durchschnittlich 4,7 Jahre.

Binnen des ersten Studienjahres wurden die durchschnittlichen systolischen Blutdruckwerte in der intensiv behandelten Gruppe auf 119,3 mmHg und in der Standardgruppe auf 133,5 mmHg reduziert. Bezogen auf den kombinierten primären Endpunkt lag die Ereignisrate

in der intensiv behandelten Gruppe bei 1,87 % und in der Standardgruppe bei 2,09 % (Hazard ratio [HR] zugunsten der intensiven Therapie 0,88; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,73–1,06; $p = 0,20$). Die Gesamtmortalität betrug 1,28 % bzw. 1,19 % (HR 1,07; 95 %-KI 0,85–1,35; $p = 0,55$).

Lediglich einer der sekundären Endpunkte, die jährliche Rate an Schlaganfällen, war signifikant besser unter intensiver Therapie (0,32 % vs. 0,53 %; HR 0,59; 95 %-KI 0,39–0,89; $p = 0,01$). Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse infolge der antihypertensiven Therapie traten bei 77 von 2362 Studienteilnehmern in der intensiv behandelten Gruppe und bei 30 von 2371 in der Standardbehandelten Gruppe auf (3,3 % vs. 1,3 %; $p < 0,001$). So war beispielsweise die errechnete glomeruläre Filtrationsrate in der

intensiv behandelten Gruppe signifikant niedriger als in der Standardgruppe. Demgegenüber war die Raten für terminale Niereninsuffizienz, Dialysepflicht und Symptomen orthostatischer Hypotension in beiden Gruppen vergleichbar.

● Fazit

In der ACCORD-Studie ließ sich die Rate kardiovaskulärer Ereignisse durch eine Absenkung der systolischen Blutdruckwerte auf durchschnittlich ca. 119 mmHg im Vergleich zu Werten von ca. 134 mmHg nicht signifikant senken.

Dr. med. Winfried Keuthage

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 1001–1003). Alle Rechte vorbehalten.

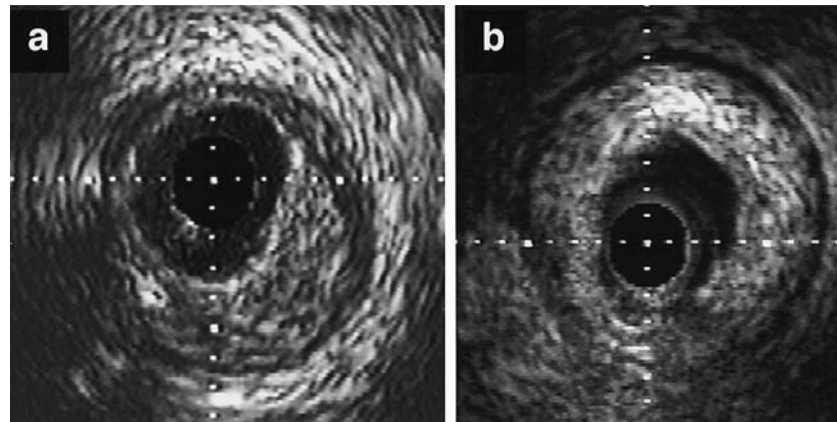
Kardiologie

Enzym als Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse

Die Lipoprotein-assoziierte Phospholipase A₂ (Lp-PLA₂) ist ein mit entzündlichen Vorgängen assoziiertes Enzym in arteriosklerotischen Plaques und deshalb auch Ziel therapeutischer Interventionen in laufenden Studien. Die „Lp-PLA₂ Studies Collaboration“ hat jetzt alle relevanten prospektiven Studien zu diesem Thema in eine Meta-Analyse aufgenommen. *Lancet 2010; 375: 1536–1544*

Zur Auswertung kamen Daten von 79 036 Personen aus 32 Studien mit einem Durchschnittsalter von 64 Jahren, davon 64 % Männer, 35 945 Probanden ohne kardiovaskuläre Vorgeschichte, 35 494 Patienten mit stabiler Gefäßerkrankung und 10 638 Patienten mit akuter vaskulärer Erkrankung weniger als 30 Tage vor Aufnahme in die Studie. Primärer Endpunkt war die (erneute) Manifestation einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Als sekundäre Endpunkte wurden kardiovaskuläre und nicht kardiovaskuläre Mortalität und Ereignisse berechnet. Aus den verschiedenen Studien wurde die Risk Ratio (RR) pro Erhöhung der Lp-PLA₂ um eine Standardabweichung errechnet. Lp-PLA₂ kann als Konzentration oder Aktivität bestimmt werden, beide Methoden

korrelierten miteinander wie auch mit anderen proatherogenen Lipiden. Beim primären Endpunkt KHK fand sich eine RR von 1,10 (95 %-Konfidenzintervall [KI] 1,05–1,16) für die Lp-PLA₂-Aktivität und eine RR von 1,11 (95 %-KI 1,07–1,16) für die Lp-PLA₂-Konzentration. Für ischämischen Apoplex lag die RR bei 1,08/1,14, für kardiovaskuläre Mortalität bei 1,16/1,13 und für nichtvaskuläre Mortalität bei 1,10/1,10. Das Risiko – angezeigt durch Lp-PLA₂ – unterschied sich bei Patienten nicht von dem der nicht vorerkrankten Probanden (mit Ausnahme der vaskulären Mortalität in Korrelation zur Lp-PLA₂-Konzentration). Zum Vergleich ergab sich bezogen auf das KHK-Risiko eine RR von 1,10 für das Nicht-HDL-Cholesterin und 1,10 für den systolischen Blutdruck. Die Kor-



Die Lipoprotein-assoziierte Phospholipase A₂ (Lp-PLA₂) ist ein mit entzündlichen Vorgängen assoziiertes Enzym in arteriosklerotischen Plaques. Nach Ansicht der Autoren ist Lp-PLA₂ ein aussagekräftiger kardiovaskulärer Risikofaktor. Bild: atherosklerotische nichtvercalcifizierte Koronarplaques. a: exzentrisch, b: konzentrisch. (Quelle: Thiemes Innere Medizin, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart).

relation zwischen Lp-PLA₂ und KHK wurde schwächer nach Korrektur des Einflusses von Lipiden und Apolipoproteinen. Lp-PLA₂ ist chemisch über Apolipoprotein B an LDL gebunden.

● **Fazit**
Lp-PLA₂ ist nach Ansicht der Autoren ein kardiovaskulärer Risikofaktor mit vergleichbarer Bedeutung wie Cholesterin oder Blutdruck. Bedingt durch die chemische Bindung von Lp-PLA₂ an andere proatherogene Lipide sei der Effekt jedoch nicht sicher davon zu differenzieren.

● **Kommentar zur Studie**
In seinem Kommentar zur Studie weist Robert S. Rosenson von der Mount Sinai School of Medicine (New York) darauf hin, dass bei einer niedrigen Konzentration von Apolipo-

protein B im untersten Terzil eine erhöhte Lp-PLA₂-Aktivität auf eine erhöhtes KHK-Risiko hinweist. Umgekehrt sei der prädiktive Wert des Lp-PLA₂ bei hohen Apolipoprotein-B-Konzentrationen geringer. Dies müsse in künftigen Studien berücksichtigt werden. Ob die Inhibierung dieses Signalweges kardiovaskuläre Ereignisse reduzieren könne, werde sich nach Abschluss der Studien mit den Lp-PLA₂-Inhibitoren Darapladib und Varespladib zeigen.

Lancet 2010; 375: 1498–1500

Dr. med. Peter Pommer

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 1003 u. 1105). Alle Rechte vorbehalten.

Kurzmitteilung

Sonnige Schwangerschaft mindert Multiple-Sklerose-Risiko für das Kind

J. Staples et al. untersuchten, inwiefern der Geburtsort und die Intensität der UV-Strahlung während der Schwangerschaft mit einem Multiple-Sklerose (MS)-Risiko für das Kind assoziiert sind. Für die Studie wurden die Daten von 1524 MS-Patienten, die zwischen 1920 und 1950 in Australien geboren wurden, ausgewertet. Neben dem Geschlecht der Patienten, wurden der Geburtsmonat- und -ort, sowie die dort übliche mittlere Jahreszeit-abhängige UV-Strahlung einbezogen. Es zeigte sich, dass Kinder, die in den Monaten Mai/Juni geboren wurden, deren erstes Trimenon somit im australischen Sommer lag, ein um 1,23–1,34-fach niedrigeres Risiko hatten, an MS zu erkranken ($p < 0,05$). Der Umkehrschluss daraus ist: Eine niedrige UV-Exposition (Orts- und Jahreszeit-abhängig) im ersten Trimester der Schwangerschaft erhöht das Risiko für das Kind, später an MS zu erkranken. Die Autoren vermuten, dass die geringeren Sonneneinstrahlung während des ersten Schwangerschaftsdrittels zu Vitamin-D-Mangel führt, was, wie bereits durch Studien bestätigt, das MS-Risiko erhöht. *hrs (BMJ 2010; 340: c1640)*

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 Wesiaek • 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.

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

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

Anzeige 167x118

Transplantationsmedizin

Therapievergleich bei Morbus Crohn

Eine dauerhafte Morbus-Crohn-Erkrankung mit moderatem bis schwerem Verlauf wird häufig mit Azathioprin als immunsupprimierendes Medikament behandelt. Infliximab als Tumornekrosefaktor-Inhibitor ist ebenfalls wirksam. Colombel et al. verglichen nun die Effektivität der Behandlung einer Azathioprin- bzw. Infliximabmonotherapie gegen die Kombination Azathioprin plus Infliximab. *N Engl J Med 2010; 362: 1383–1395*

Für die doppelblinde randomisierte Studie verteilten die Autoren 508 erwachsene, vorbehandelte Patienten mit moderatem bis schwerem Verlauf eines M. Crohn („Crohn's disease activity index“, CDAI, 220–450 Punkte) auf drei Gruppen. Die Gruppe 1 (n=169) erhielt täglich Infliximab in

einer Dosis von 5 mg/kg Körpergewicht plus orale Placebokapseln, die Gruppe 2 (n=170) Azathioprin 2,5 mg/kg plus Placeboinfusion und die Gruppe 3 die Kombination von Azathioprin und Infliximab (n=169). Die Infliximabdosis wurde in Woche 0, 2, 6 und dann alle 8 Wochen appliziert. Die Nachbeobachtung erfolgte bis Woche 50. Primärer Endpunkt war das klinische kortisonfreie Remissionsintervall. Die Auswertung der Ergebnisse ergab für 57 % der Patienten mit Kombinationstherapie eine klinische Remissi-

on nach 26 Wochen verglichen mit 44 % für die Gruppe 1 (p=0,02) und 30 % für die Gruppe 2 (p<0,001 im Vergleich zur Kombinations- bzw. p=0,006 im Vergleich zur Infliximabtherapie). Nach Woche 50 waren die Ergebnisse ähnlich. Nachweisbare Mukosaheilung zeigte sich nach 26 Wochen in der Gruppe 3 bei 44 %, in der Gruppe 1 bei 30 % und in der Gruppe 2 bei 17 % (p<0,001 im Vergleich zur Kombinations- bzw. P=0,02 im Vergleich zur Infliximabtherapie). Nebenwirkungen traten in allen Gruppen gleich auf.

● Fazit

Aufgrund ihrer Ergebnisse sehen die Autoren in der Kombinationsbehandlung Azathioprin plus Infliximab bzw. in der Monotherapie mit Infliximab eine effektivere Therapie zur Erlangung einer langfristigen klinischen Remission im Vergleich zur Azathioprinmonotherapie.

Dr. med. Florian Bert

Kurzmitteilungen

Stent-Beschichtung: Everolimus auch bei harten Endpunkten überlegen

Dass Everolimus-beschichtete Stents den Paclitaxel-beschichteten überlegen sind, wurde bereits durch angiographische Untersuchungen gezeigt. Ob diese Überlegenheit auch harte klinische Endpunkte betrifft, untersuchten jetzt G. W. Stone et al. in einer randomisierten US-amerikanischen Studie mit 3687 Patienten. Den Patienten wurde einer der beiden Stents implantiert, auf eine nachbeobachtende Angiographie wurde verzichtet. Primärer Endpunkt war Zielgefäßversagen, definiert als kardialer Tod, Myokardinfarkt und Ischämie-bedingte Revaskularisierung nach einem Jahr. Everolimus reduzierte das Auftreten des primären Endpunkts von 6,8 % unter Paclitaxel auf 4,2 % (p=0,001). Nur Patienten mit Diabetes mellitus hatten keine Vorteile durch die Everolimus-Beschichtung (p=0,08). Nach Ansicht der Autoren reduziert Everolimus bei allen anderen Subgruppen harte klinische Endpunkte effektiver als Paclitaxel. Sie regen weitere Studien an, um die Wirkung von Everolimus-beschichteten Stents bei Patienten mit Diabetes zu untersuchen. *scr* (N Engl J 2010; 362: 1663–1674)

Innere Medizin

aktuell



Vorbestellpreis!
Sie sparen 50,- Euro!

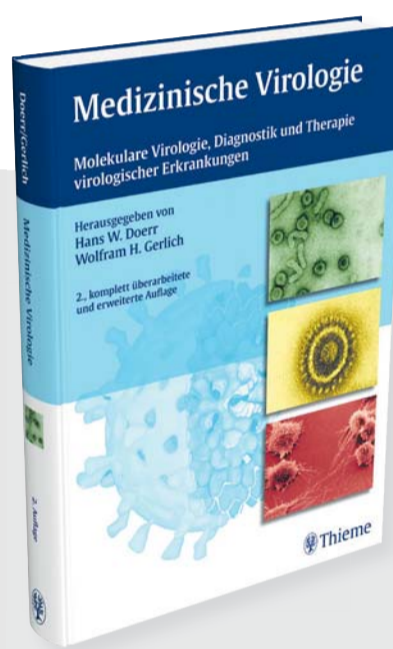
Der aktuelle Standard

Tropenmedizin in Klinik und Praxis
Löscher/Burchard (Hrsg.)
2010. 4., komplett überarb. und erw. A.
1148 S., 547 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 785804 1

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

- Patienten effektiv beraten und fundiert behandeln**
- Alle Tropenkrankheiten detailliert und praxisnah dargestellt
 - Alle Infektionskrankheiten von reisemedizinischer Relevanz (Meningitis, Hepatitis, Tuberkulose...)
 - Tropentauglichkeits- und Tropenrückkehreruntersuchung
 - Reisemedizinische Beratung, Impfprophylaxe
 - Flug- und tauchmedizinische Aspekte
 - Ideal für den Kurs „Reisemedizin“

- Onlineplattform**
- Geografisches Länderverzeichnis,
 - Zusatzmaterial, z.B. Fotos und Filme
 - Aktualisierungen zum Thema



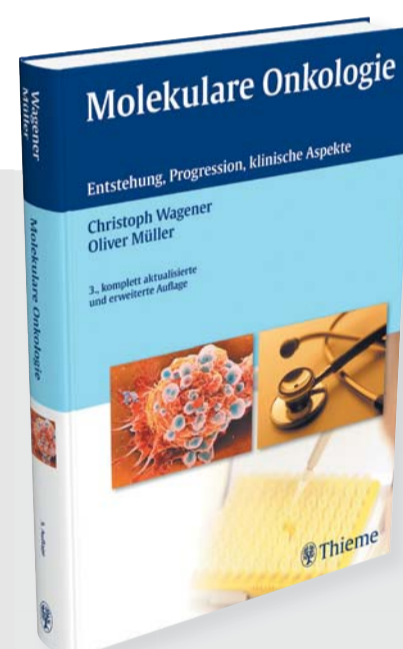
Virale Erkrankungen richtig erkennen und behandeln

Medizinische Virologie
Doerr/Gerlich (Hrsg.)
2010. 2., komplett überarb. und erw. A.
760 S., 360 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 113962 7

199,95 € [D]
205,60 € [A]/332,- CHF

- Grundlagen, Klinik, Viren im Porträt**
- Verständliche Darstellung komplexer molekularbiologischer Mechanismen und zellulärer Interaktionen
 - Desinfektion und Bekämpfung von Viren, antivirale Therapiestrategien, Schutzimpfungen
 - Gliederung nach Zielorgan(en): Virusinfektionen richtig erkennen und zuordnen
 - Darstellung der einzelnen Virusfamilien: Grundlage, Diagnose, Prävention und Therapie

- In der 2. Auflage alles auf dem neuesten Stand**
- Vollständig überarbeitet, aktualisiert und erweitert
 - Zahlreiche neue Kapitel
 - Deutliche Erweiterung der klinischen Aspekte
 - Didaktisch noch besser, komplett vierfarbig.



Komplexe Zusammenhänge leicht verständlich

Molekulare Onkologie
Wagner/Müller
2009. 3., komplett akt. u. erw. A.
424 S., 360 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 103513 4

99,95 € [D]
102,80 € [A]/166,- CHF

- Zusammenstellung der wesentlichen Pfade der Tumorentstehung
- Komplizierte Inhalte (Kaskaden, Rezeptoren, Genregulation) leicht verständlich dargestellt
- Zahlreiche Grafiken veranschaulichen komplexe Zusammenhänge
- Didaktisch ausgefeilt, vierfarbiges Layout
- Zusätzliche, anschauliche Animationen im Internet, z.B. über Kaskadenabläufe

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

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

- ☎ Telefonbestellung: 0711/89 31-900
- ✉ Faxe: 0711/89 31-901
- @ Kundenservice @thieme.de
- 🌐 www.thieme.de



Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 1002–1003). Alle Rechte vorbehalten.