



Leserbriefe an:  
Bayerisches Ärzteblatt,  
Mühlbauerstraße 16,  
81677 München, E-Mail:  
aerzteblatt@blaek.de

## Wochen der Entscheidung – Grenzen wahren

**Zum Leitartikel von Dr. Gabriel Schmidt in Heft 2/2008, Seite 67 und zum Artikel von Martin Eulitz in Heft 2/2008, Seite 79**

In dem Artikel über die Vorstellung des Healthway-Projektes der DAK wird Dr. Gabriel Schmidt dahingehend zitiert, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen die Möglichkeit für solche Vorhaben biete. Deshalb würden sich die Vertreter der Ärzte und Psychotherapeuten lieber von Anfang an mit einbringen, als am Ende vor vollendeten Tatsachen zu stehen.

Aus meiner Sicht stellt Gabriel Schmidt mit dieser Aussage seine eigenen Überlegungen im Leitartikel „Wochen der Entscheidung“ auf den Kopf: Die Krankenkassen dürfen das System verlassen, wann immer sie wollen. Sie haben alle Freiheiten, das System zu ökonomisieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) bringt sich lieber ein, als nach den Interessen der Vertragsärzte (und der Patienten!) zu fragen: Lieber mitmachen als Rückgrat zeigen scheint immer noch eine weit verbreitete deutsche Eigenschaft zu sein.

Das Verhalten zeigt aber auch die Hilflosigkeit der KVB: diese ist eben keine Interessenvertretung der Vertragsärzte, sie ist ein Zwangsinstrument des Sozialstaates, um Ärzte zu disziplinieren und staatliche Interessen durchzusetzen.

Um Interessen der Vertragsärzteschaft durchzusetzen, bedarf es eines freien Verbandes, die KVB ist dazu nicht in der Lage.

*Dr. Michael Thümmeler, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, 91058 Erlangen*

Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im Bayerischen Ärzteblatt beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt, Redaktion Leserbrief, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Fax 089 4147-202, E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

## Moderne Brustkrebsdiagnostik

**Zum Titelthema von Professor Dr. Dietbert Hahn in Heft 2/2008, Seite 72 ff.**

Auf welche Studien bzw. Literaturangaben beziehen Sie sich bei Ihren Aussagen zu der Strahlenexposition bei der Speicherfolien-Mammographie (CR)? Sie behaupten, die Speicherfolien-Mammographie sei sowohl in Bezug auf die Strahlendosis als auch die räumliche Auflösung den beiden anderen Verfahren deutlich unterlegen und stelle derzeit die schlechtere Alternative dar. Außer Acht lassen Sie hierbei offensichtlich die Detaillierbarkeit, auf die es ankommt.

Hierzu schreibt Professor Schulz-Wendland auch in seinem Artikel „Experimentelle Untersuchungen zur Bildgüte konventioneller Film-Folien-Mammographie und digitaler Mammographie mit Speicherfolien ohne Vergrößerungstechnik“.

„... Zu betonen ist, dass der Dosisbedarf bei digitaler Mammographie mit Speicherfolien ohne Vergrößerungstechnik deutlich niedriger liegt, als der bei konventioneller Film-Folien-Mammographie [4] ...“. (Ist genau das Gegenteil, was Professor Hahn behauptet!)

*Dr. Andreas Kämena, Facharzt für Diagnostische Radiologie, 97070 Würzburg*

### Zum selben Thema:

In dem sehr interessanten Übersichtsartikel zur Brustkrebsdiagnostik werden auch die Wertigkeit der Magnetresonanztomographie (MRM) und die speziellen Indikationen als Kassenleistung dargestellt. Dabei wurde nicht erwähnt, dass bei Frauen mit hoher erblicher Disposition die Durchführung der MRM zur Früherkennung von Mammakarzinomen ebenfalls empfehlenswert ist und von den Kassen auch übernommen wird. Die Indikation hierzu lässt sich am besten in Anlehnung an die „NICE“ Richtlinien (National Institute for Health and Clinical Excellence; [www.nice.org.uk/guidance/CG41](http://www.nice.org.uk/guidance/CG41)) stellen:

- BRCA1/2 Mutationsträgerinnen und erstgradig blutsverwandte Frauen ab dem 30. Lebensjahr,
- TP53 Mutationsträgerinnen und erstgradig blutsverwandte Frauen ab dem 20. Lebensjahr,
- Frauen mit einer mindestens 30-prozentigen Wahrscheinlichkeit für eine Mutation in BRCA1/2 oder TP53,
- 30- bis 39-jährige Frauen mit einem Zehnjahres-Brustkrebsrisiko von mehr als acht Prozent,
- 40- bis 49-jährige Frauen mit einem Zehnjahres-Brustkrebsrisiko von mehr als 20 Prozent oder
- 40- bis 49-jährige Frauen mit einem Zehnjahres-Brustkrebsrisiko von mehr als zwölf Prozent, wenn in der Mammographie ein dichtes Muster besteht.

Die Berechnung und Evaluierung dieser Risikosituationen kann in Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und Humangenetik erfolgen. Folgende Patienten sollten nach den Empfehlungen des NCCN (National Comprehensive Cancer Network; [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/genetics\\_screening.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/genetics_screening.pdf); Seite 6) einer für erbliche Krebserkrankungen spezialisierten Einrichtung (zum Beispiel Facharzt für Humangenetik in der Niederlassung oder einem universitären Institut für Humangenetik) für ein Beratungsgespräch vorgestellt werden:

- Patientinnen, die unter 51 Jahren an Brustkrebs erkrankt sind/waren oder
- Patientinnen mit Brustkrebs, bei der ein weiterer Blutsverwandter an Krebs erkrankt ist/war oder
- Patientinnen, die außer Brustkrebs an einer weiteren Krebserkrankung (Hautkrebs, Darmkrebs, Gebärmutterkrebs usw.) erkrankt sind/waren oder
- Patientinnen mit beidseitigem/zweifachem Brustkrebs oder
- Männer mit Brustkrebs oder
- Patientinnen, die sich gerne über erbliche Aspekte der eigenen Erkrankung oder die Erkrankungen in der Familie erkundigen möchten, jedoch keine der obigen Bedingungen erfüllt ist.

Dort kann mit Hilfe verschiedener Methoden (Stammbaumanalyse; IBIS Breast Cancer Risk Evaluation Tool Version 6.0.0; BOADICEA [www.srl.cam.ac.uk/genepi/boadicea/boadicea\\_intro.html](http://www.srl.cam.ac.uk/genepi/boadicea/boadicea_intro.html); DNA-Testung) herausgearbeitet werden, ob eine der oben dargestellten MRM-Indikationen für Frauen in solchen Familien vorliegt.

Die genetischen Beratungen und eventuellen DNA-Testungen werden von den privaten und

gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Sie sind nicht budgetiert und werden deshalb nicht vom (Labor-)Budget des überweisenden Arztes abgezogen.

Fazit:

Gemäß Richtlinien könnten weit mehr Patientinnen in der genetischen Beratung vorgestellt werden, als momentan im klinischen Alltag praktiziert wird.

Privatdozent Dr. Peter Meyer, Facharzt für Humangenetik, 82152 Martinsried

## Antwort von Professor Dr. Dietbert Hahn

Der Leserbrief von Kollegen Andreas Kämena kritisiert meine Ausführungen zur Strahlenexposition bei den unterschiedlichen Mammographie-Techniken. Weitere Zuschriften beschäftigen sich neben den Aussagen zur Strahlenexposition mit dem Begriff „Vorsorge-Mammographie“, Abklärungsdiagnostik und Mammographie außerhalb des Screenings. Ich darf daher bei meiner Antwort noch einmal etwas ausführlicher auf Strahlenexposition, Ortsauflösung, Detaillierbarkeit und Brustkrebsdiagnostik außerhalb des Screenings eingehen.

Der zweite Leserbrief von Privatdozent Dr. Peter Meyer bezieht sich auf das Problem der Risiko-/Hochrisikopatientinnen, das sicherlich einer getrennten Diskussion bedarf.

Zum Leserbrief von Dr. Andreas Kämena

### Strahlenexposition und Ortsauflösung

In einer Reihe von Einladungsschreiben an Patientinnen zum Screening wird geworben mit den Worten: digitale Mammographie mit besonders geringer Strahlendosis. Diese Aussage ist nicht korrekt!

Man muss davon ausgehen, dass vielen Ärztinnen und Ärzten sicherlich die feinen Unterschiede zwischen den einzelnen Verfahren nicht genau bekannt sind. Nicht alles, das als digital bezeichnet wird, ist auch wirklich digital.

Aus diesem Grund hatte ich versucht, die drei Techniken der Mammographie etwas ausführlicher darzustellen.

1. Die analoge konventionelle Film-Mammographie (FFS – FilmFolienSystem).
2. Die Speicherfolien-Mammographie (CR – ComputerizedRadiography).
3. Die digitale Flachdetektor-Mammographie (DR – DigitalRadiography), das einzige wirklich digitale Verfahren.

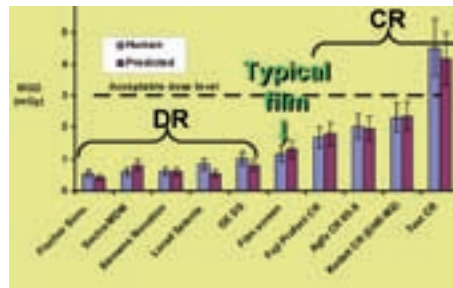


Abbildung 1: Dosis-Messungen für DR-, FFS- und CR-Systeme – Dosis für minimale Bildqualität.

K. Young (2007) EUREF, European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services.

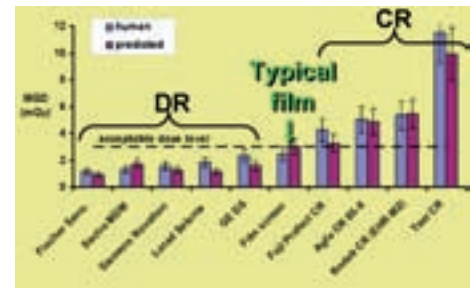


Abbildung 2: Dosis-Messungen für DR-, FFS- und CR-Systeme – Dosis für ausreichende Bildqualität.

K. Young (2007) EUREF, European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services.

Mit dem Leserbrief von Kollegen Kämena wurde mir als Beleg eine Arbeit von Professor Schulz-Wendtland aus dem Jahr 2001, veröffentlicht in *electromedica* 69 (2001), Heft 1, 53 bis 55 zugesandt.

In dieser Arbeit vergleicht Schulz-Wendtland lediglich die Bildgüte konventioneller Mammographien (FFS) mit Speicherfolien-Mammographien (CR). Auf die digitale Flachdetektor-Mammographie geht er in diesem Artikel mit keinem Wort ein.

Alle Untersuchungen wurden an einem amerikanischen 45 mm Wachsphantom durchgeführt. Die in Tabelle 1 dieser Arbeit aufgeführten Dosisangaben für FFS und CR sind nicht auf Mammographien bei Patientinnen übertragbar.

Schulz-Wendtland führt eindeutig aus, dass die Ortsauflösung der CR-Systeme ohne Vergrößerungstechnik bei 5 LP/mm, mit Vergrößerungstechnik bei 8 LP/mm liegt.

FFS erreichen dagegen 13 LP/mm. Die DR-Mammographie hat dagegen eine Ortsauflösung von 9 LP/mm. Auf Grund der geringeren Ortsauflösung einzelner CR-Systeme besitzen auch nicht alle Geräte eine volle Zulassung, sondern nur eine Teilzulassung!

Fazit: Die Speicherfolien-Mammographie weist eine geringere Ortsauflösung als die digitale Flachdetektor-Mammographie und die konventionelle FFS-Mammographie auf. Nichts anderes hatte ich geschrieben!

Im Rahmen dieser Studie hat Schulz-Wendtland keinerlei Dosis-Untersuchungen durchgeführt, sondern bezieht sich lediglich in dem zitierten Satz „der Dosisbedarf der CR-Mammographie liegt deutlich niedriger als bei der FFS-Mammographie“ auf eine eigene Publikation aus

dem Jahr 2001 in den *Röntgenfortschritten*, die jedoch nicht wie angegeben unter *Fortschr Röntgenstr* 2001; 173: 1–4, sondern bereits 2000 unter *Fortschr Röntgenstr* 2000; 172: 965–968 veröffentlicht wurde. Falls der Autor des Leserbriefes diese Veröffentlichung gelesen haben sollte, ist ihm sicherlich vor allem aufgefallen, dass diese Arbeit mitnichten dem Stand der Technik entspricht.

Es gibt jedoch eine aktuelle Arbeit von Weigel et al. ebenfalls veröffentlicht in den *Röntgenfortschritten* 2007, die erste Ergebnisse aus dem Screening umfasst. Hier wurde die mittlere Parenchymdosis (AGD, zum Teil auch als MGD bezeichnet) für zwei hochmoderne Speicherfoliensysteme (Kodak Direct View CR975 und Fuji FCR Profect CS) verglichen mit einem digitalen Flachdetektorsystem (MDM Sectra). Gemittelt über alle Brustdicken lag die Parenchymdosis für das CR-System von Kodak bei 1,3 mGy, für das CR-System von Fuji bei 1,5 mGy und für das DR-System von Sectra bei 0,7 mGy. Das DR-System benötigte somit nur die halbe Dosis!

Meine Aussagen zur Strahlenexposition beziehen sich auf die unabhängigen Messungen von K. Young (2007, European Reference Organisation, EUREF – Abbildung 1 und 2). Hier werden DR-, FFS- und CR-Systeme verglichen. Ein solcher Vergleich setzt natürlich voraus, dass moderne DR- und CR-Systeme auch mit den modernsten FFS-Systemen verglichen werden. Die Veröffentlichung dieser Werte von Young 2007 hat sicherlich nicht nur einige Hersteller, sondern auch Anwender irritiert!

Fazit: Alle derzeit in Deutschland eingesetzten CR-Systeme erfüllen sicherlich die gesetzlichen Vorgaben. Aber: Digitale Flachdetektor-Mammographien benötigen in aller Regel weniger Dosis als Speicherfolien-Mammographien. Neueste Speicherfolien-Systeme können äh-

liche Werte wie die konventionelle Mammographie erreichen, sind auf Grund der hohen Kosten jedoch noch nicht flächendeckend verfügbar. Der Durchschnitt der gängigen CR-Systeme in Europa liegt noch oberhalb der Dosis von FFS-Mammographien.

### Detailerkennbarkeit

Auf das Problem der Detailerkennbarkeit wollte und bin ich in diesem Fortbildungsartikel bewusst nicht eingegangen. Sowohl DR- als auch CR-Systeme erlauben eine digitale Nachbearbeitung und damit eine höhere Entdeckungsrate, unter anderem von Mikrokalk.

Mindestens genauso wesentlich für die Detailerkennbarkeit ist jedoch die Art der Bildauswertung. Dabei muss auch hinterfragt werden, ob und wie die Aufnahmen auf Film ausgedruckt oder an einem Monitorsystem beurteilt werden. Bei Monitorauswertungen hängt das Ergebnis naturgemäß von der Qualität des Systems ab. Auch hier gibt es gravierende Unterschiede, qualitativ wie preislich. Diese Diskussion sprengt allerdings den Rahmen dieses Fortbildungsartikels.

Die Detailerkennbarkeit ist aber auch dosisabhängig. Es kann durchaus sein, dass einige Anwender die Dosis ihres digitalen Systems zur Verbesserung des Signal-zu-Rausch-Verhältnisses erhöhen. Dies kann jedoch bei einer generellen Betrachtung der notwendigen Strahlenexposition nicht berücksichtigt werden.

Zum Leserbrief von  
Privatdozent Dr. Peter Meyer

### Brustkrebsdiagnostik außerhalb des Screening-Programms

Das Screening-Programm in Deutschland sieht lediglich Untersuchungen für Patientinnen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr vor. Wie ich in meinem Fortbildungsartikel ausgeführt habe, gibt es und muss es natürlich auch Möglichkeiten zur Abklärung von Erkrankungen der Brustdrüse für Patientinnen vor dem 50. und nach dem 69. Lebensjahr geben. Aber auch Patientinnen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr können außerhalb des Screenings eine Mammographie zum Ausschluss einer Brust-erkrankung bei einem Arzt ihres Vertrauens durchführen lassen.

Eine Mammographie außerhalb des Screenings muss, wie jede Röntgenuntersuchung, natürlich von einem fachkundigen Arzt angeordnet werden und eine rechtfertigende Indikation aufweisen. Ich hatte diese Mammographien als „Abklärungsdiagnostik“ im Rahmen von Vorsorge- und Krebsfrüherkennungen (zum Beispiel die jährliche Krebsfrüherkennung beim

Gynäkologen) bezeichnet. In der Literatur werden diese Untersuchungen meist als „kurative Mammographie“ bezeichnet, aus meiner Sicht kein besonders sinnvoller Begriff.

Rechtfertigende Indikationen zu einer Mammographie außerhalb des Screenings sind nicht nur ein unklarer Tastbefund oder ein unklarer Mamma-Ultraschall, sondern auch ein erhöhtes Risiko durch andere Krebserkrankungen oder eine positive Familienanamnese.

Nicht unwidersprochen kann auch die Aussage bleiben, dass eine invasive Abklärungsdiagnostik (zum Beispiel stereotaktische Biopsie oder Vakuumstanzbiopsie) einer Patientin, bei der im Rahmen des Screenings der Verdacht auf ein Mammakarzinom erhoben wird, nur durch den zertifizierten, programmverantwortlichen Arzt des Screening-Programms durchgeführt werden darf. Wie viele Anrufe von Patientinnen bestätigen, werden hier, nicht nur von den Krankenkassen, zum Teil bewusst unklare,

irreführende und auch falsche Auskünfte gegeben.

Der programmverantwortliche Arzt (PVA) ist im Rahmen des Screenings verpflichtet, die Abklärungsdiagnostik persönlich durchzuführen. Lediglich die MR-Mammographie und die Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle sind delegierbar. Die Patientin mit Verdacht auf Mammakarzinom ist dagegen zu gar nichts verpflichtet. Sie hat immer noch und hoffentlich auch in Zukunft die Möglichkeit der freien Arztwahl und kann Abklärung, Operation und Behandlung bei einem Arzt ihres Vertrauens durchführen lassen, ohne dafür finanzielle Nachteile in Kauf nehmen zu müssen.

### Risiko-/Hochrisiko-Patientinnen

In meinem Fortbildungsartikel konnte ich nur sehr kurz auf die besondere Problematik von Risiko- und Hochrisiko-Patientinnen eingehen. Ich hatte ausgeführt, dass die MR-Mammographie generell zur Früherkennung bei Hochrisiko-

Anzeige

WZK 04/08-30

## 2. Medizinisches Symposium der Waldburg-Zeil Kliniken


**Thema: 50plus! – Modelle für ein gesundes Alter  
am 28. Juni 2008 im Schloss Neutrauchburg**

**Programm von 9.00 bis 14.00 Uhr:**

- **Eröffnung und Begrüßung**  
durch Ellio Schneider, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil Kliniken, und den Schirmherrn, S.D. Fürst von Waldburg-Zeil
- **Das Feuer bewahren – Herausforderungen für die Führung von Kliniken mit langer Tradition**  
Prof. Dr. Thomas Giernalczyk, IPOM
- **Beiträge der Medizin für ein gesundes Alter**  
Prof. Dr. Wolfgang von Scheidt, Klinikum Augsburg: „Hüte Dein Herz mit allem Fleiß, denn daraus kommt das Leben“  
Prof. Dr. Karl Tillmann, Rheumaklinik Bad Bramstedt  
Dr. Isabel Böge, Zentren für Psychiatrie, Südwürttemberg, Die Weißenau, Ravensburg  
Prof. Dr. Bernd Frank, Klinik Leetzen: „50plus – Interdisziplinäre Frührehabilitation – wenn nicht jetzt, wann dann?“
- **Sport und Alter**  
Prof. Dr. Wildur Hollmann, Sporthochschule Köln: „Altern, Gehirn, Leistungsfähigkeit“
- **Lunch im Schlossgarten**

<p><b>Veranstaltungsort:</b> Schloss Neutrauchburg Schlossstrasse 11 88316 Isny-Neutrauchburg</p>	<p><b>Fortbildungspunkte:</b> Kategorie A, Fortbildungspunkte: 8, Fortbildungseinheiten: 6 Teilnahme kostenlos</p>
---	--

**Weitere Informationen und Anmeldung:**  
Waldburg-Zeil Kliniken  
Riedstrasse 16  
88316 Isny-Neutrauchburg  
Telefon 07562 71-1101, Fax -1042  
www.wzk-portal.de

 **WALDBURG-ZEIL  
KLINIKEN**  
individuell behandelt

Patientinnen eingesetzt wird. Ich bin daher dem Autor dieses Leserbriefes sehr dankbar, dass er dieses Problem aufgegriffen hat.

Welche Patientin als Risiko-Patientin einzustufen ist, ist weder eindeutig definiert noch allgemein bekannt. Es sind nicht nur die klassischen, bekannten Risiken wie Brustkrebs in der Familie, sondern auch andere Krebserkrankungen zum Teil auch der männlichen Verwandten.

Eine bessere Definition dieser Risikogruppen und Information aller Ärzte, nicht nur der Spezialisten, sondern vor allem der Hausärzte, ist dringend erforderlich, da diese Patientinnen einer differenzierten Krebsfrüherkennung zugeführt werden sollten.

Für Hochrisiko-Patientinnen mit familiärem Brustkrebs existieren bereits spezielle Vorsorge-Programme, die regelmäßige Mamma-Ultraschall-Untersuchungen und MR-Mammographien statt oder in Ergänzung zur Mammographie enthalten.

Hier sind jedoch noch weitere Anstrengungen und Aufklärung notwendig.

#### Zusammenfassung

In meinem Fortbildungsartikel wollte ich

1. allen Ärztinnen und Ärzten das Befundungssystem nach ACR und BI-RADS® näher bringen, damit sie selbst notwendige Konsequenzen aus einem Befund ziehen können;
2. darauf hinweisen, dass auf Grund der niedrigen Sensitivität der Mammographie für Karzinome in dichten Brüsten alle Patientinnen mit einer Parenchymdichte ACR III, zumindest bei der ersten Untersuchung, eine weiterführende Diagnostik mit Ultraschall oder MR-Mammographie benötigen,

derzeit allerdings nur außerhalb des Screenings möglich;

3. die Notwendigkeit einer differenzierteren Früherkennung von Risiko-Patientinnen hervorheben;
4. Unklarheiten und Verunsicherung von Patientinnen durch das Screening-Programm und dessen Interpretation ansprechen, vor allem Mamma-Diagnostik vor dem 50. und nach dem 69. Lebensjahr, aber auch Abklärungsdiagnostik im und außerhalb des Screenings;
5. Schwachpunkte des gegenwärtigen Screening-Programms aufzeigen und eine Diskussion zur Anpassung des Screenings an moderne internationale Leitlinien anregen.

Im Interesse unserer Patientinnen sollten sich die zuständigen Ministerien und die Kasernenärztliche Vereinigung Bayerns gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den großen zertifizierten Brustzentren, vor allem an den Universitäten, für eine Verbesserung der Brustkrebsfrüherkennung entweder innerhalb oder außerhalb des Screening-Programms einsetzen.

Eine ausgezeichnete Übersicht über die Problematik des Mammographie-Screenings in Deutschland bietet der Artikel „Mammographie-Screening in Deutschland: Wie, wann und warum?“ von Professor Dr. Ulrich Bick!

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt, Literaturhinweise) abgerufen werden.*

*Professor Dr. Dietbert Hahn,  
Direktor des Instituts für  
Röntgendiagnostik der Universität  
Würzburg, 97080 Würzburg*

## MRSA in Praxis, Pflegeheim und häuslichem Umfeld

**Zum Artikel von Privatdozent Dr. Dr. Stefan Borgmann, Dr. Maik Stark, Dr. Peter Kaiser und Professor Dr. rer. nat. Wolfgang Witte in Heft 3/2008, Seite 176 ff.**

Leider gibt das *Bayerische Ärzteblatt* Problemen von Hygiene/Infektionsschutz zu wenig Raum. Die Autoren sprechen mir daher aus dem Herzen. Einige Gedanken seien erlaubt: Eine große Gruppe von Betroffenen wurde bedauerlicherweise nicht erwähnt: Kolonisierte Ärzte, Pflegekräfte und Reinigungspersonal. Diese können – ohne ihren Status zu kennen – MRSA weiterverbreiten und Infektionsketten auslösen. Besonders kritisch ist die Lage für identifiziertes, kolonisiertes Personal in Risikobereichen. Die Not ist groß und der Aktionismus kennt keine Grenzen: Sofort-Urlaub, Sofort-Freistellung auf Anordnung des Gesundheitsamtes, Krankschreibung (!), Anruf des Personalrates, Einschaltung des Betriebsarztes mit folgendem meist halbherzigen Sieben („screening“) und Sanierungsversuchen. Nicht selten ist die OP-Schwester aber unersetzlich und arbeitet folglich weiter.

Nicht wenigen Ärzten in Kliniken und ambulanten Operateuren ist § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) unbekannt, der die Nachweispflicht für multiresistente Erreger regelt. Wer nicht nachweist, kann auch nicht melden, zum Beispiel nach § 7 Absatz 2 oder eventuell nach § 6 Absatz 1 Nr. 5 (nicht nach Absatz 2 Nr. 5!). Andere Ärzte sind nicht verpflichtet, Multiresistenzen zu dokumentieren und zehn Jahre lang zu archivieren. Warum eigentlich nicht?

Die Fortführung einer Dekolonisation wird Familienangehörigen übertragen, ohne dass immer die Voraussetzungen stimmen und eine fachliche Aufsicht vorhanden wäre, geschweige

Üben Sie mal Toleranz.

Nutzen Sie jede Gelegenheit zum Trainieren. Dann ist ein entspannter, respektvoller Umgang mit geistig behinderten Menschen bald Ihre leichteste Übung. Wir helfen Ihnen gern dabei.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.,  
Postfach 70 11 63, 35020 Marburg, [www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de)  
Spendenkonto 299, Marburger Bank, BLZ 533 900 00

Übung 14:  
Nicht tuscheln.

Lebenshilfe

denn, eine Erfolgskontrolle erfolgt. Wer sollte wohl die Kosten für Antiseptika und Kontrollabstriche übernehmen? Das Waschen der Kleidungsstücke bei maximal 60° C ohne Desinfektionskomponente ist nicht ausreichend (Seite 180, 8. Punkt).

Die Isolierung MRSA-Kolonisierter gegen deren Willen, zum Beispiel infolge von Umgebungsuntersuchungen, stellt einen schweren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar und bleibt in Deutschland ein ungelöstes Problem. Es laufen Zigtausende herum, ohne ihren Überträgerstatus zu kennen.

Die MRSA-Seuche ist weitaus komplexer als bisher angenommen und natürlich ein gesamtgesellschaftliches Problem. Es ist an der Zeit, endlich den Stöpsel der überlaufenden Wanne zu ziehen. Im oben genannten Artikel wird bezeichnenderweise ca. 15 mal das Wörtchen „sollte“ unter den Hygienemaßnahmen benutzt. Mehr gibt die Strategie des Robert Koch-Instituts (RKI) eben nicht her. Dass es auch weitaus bessere Resultate gibt, zeigen die Niederlande, an denen sich inzwischen die Euregio Münsterland orientiert. Es geht um einen restriktiven Antibiotikaeinsatz, die Struktur des Hygiene-sektors und die gesetzlichen Grundlagen. In den Niederlanden wird inzwischen sogar das Rückrufsieben („recall-screening“) implantiert. Für Bayern wünsche ich mir erst einmal eine Krankenhaushygiene-Verordnung, wie zum Beispiel in Sachsen.

*Dr. Bernd Bielau, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Facharzt für Arbeitsmedizin, 96482 Ahorn*

#### **Zum selben Thema:**

Zu dem genannten, sehr wichtigen Artikel erlauben wir uns, auf eine notwendige Ergänzung hinzuweisen. Zuvor allerdings der hausärztliche Dank für die Betonung, insbesondere der Handhygiene, eine der effektivsten und billigsten präventiven Maßnahmen in diesem Zusammenhang.

Im Artikel wird auf die Rolle enger sozialer Kontakte und der Aerosole für die Verbreitung von MRSA hingewiesen. Da der Nasen-Rachen-Raum das wichtigste Reservoir von Staphylokokkus aureus (empfindliche Stämme und MRSA) ist [1], muss die Koinfektion mit Viren beachtet werden, die Atemwegserkrankungen auslösen [2]. Für die Influenza ist nachgewiesen, dass bakterielle Sekundärinfektionen durch virenbedingte Schäden an den respiratorischen Epithelien vorbereitet werden. Bakterien profitieren dadurch von verbesserten Vermehrungsbedingungen. Gerade für Staphylokokkus

aureus ist die Viren-Bakterien-Interaktion gut beschrieben: Das Bakterium kolonisiert viral geschädigtes Epithel, sezerniert Proteasen, die das Eindringen der Viren in die Wirtszelle fördern, die Influenzaviren unterdrücken die zelluläre Immunantwort gegenüber Staphylokokkus aureus.

Deshalb sollten Schutzimpfungen zur Vorbeugung respiratorischer Erkrankungen unserer Ansicht nach integraler Bestandteil präventiver Maßnahmen auch zur Bekämpfung der MRSA-Verbreitung sein. Hierdurch lässt sich die aerosole Verbreitung beider bedeutender Erregertypen, Viren und Bakterien, reduzieren. Die Gripeschutzimpfung reduziert nachweislich die bakterielle Sekundärinfektion, ihre Aufnahme in den Maßnahmenkatalog zur Eindämmung der MRSA-Problematik sollte obligat sein, um die Besiedlung zu reduzieren.

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt, Literaturhinweise) abgerufen werden.*

*Professor Dr. Georg E. Vogel, Dr. Thomas Back, Dipl.-Biol. Matthias Manych,*

*Kontaktadresse: Professor Dr. Georg E. Vogel, Facharzt für Innere Medizin, Stievestraße 5, 80638 München, E-Mail: [profvogel@t-online.de](mailto:profvogel@t-online.de)*

### **Antwort von Privatdozent Dr. Dr. Stefan Borgmann et al.**

Die Autoren dürfen sich an dieser Stelle für die große Anzahl von Rückmeldungen zu unserem Artikel, sei es in Form von Leserbriefen oder von E-Mails, ganz herzlich bedanken.

Die Leserbriefverfasser haben einige Ergänzungen vorgeschlagen, die von den Autoren weitgehend als sinnvoll erachtet werden. Hintergrund, dass diese Punkte nicht im Artikel aufgeführt wurden, ist die vorgegebene Umfangsbegrenzung einzureichender Manuskripte. Es sei hier aber angemerkt, dass die Arbeit in seiner finalen Form diese Begrenzung erheblich überschritten hat. Dafür, dass das Manuskript in diesem Umfang dann auch abgedruckt wurde, dürfen sich die Autoren beim *Bayerischen Ärzteblatt* ausdrücklich bedanken. Zudem widerspricht diese Erfahrung der Behauptung, dass Problemen der Hygiene bzw. des Infektionsschutzes im *Bayerischen Ärzteblatt* kein Forum geboten wird.

Der Umgang mit medizinischem Personal, dass mit „Problemerregern“ besiedelt bzw. infiziert ist, stellt ein medizinisches und juristisches

Problem dar, dass einen eigenen Artikel wert wäre. An dieser Stelle sei auf weiter führende Aufsätze verwiesen [1,2,3].

Das von Bernd Bielau angesprochene holländische Vorgehen hat sich in den Niederlanden bisher zwar als erfolgreich erwiesen, dennoch wird aus verschiedenen Gründen angezweifelt, dass dieses Prozedere auch in Deutschland erfolgreich implementiert werden kann. Ferner werden zunehmend häufig Erreger isoliert, deren Nachweis die Isolation der betroffenen Patienten zur Folge haben müsste. Neben MRSA seien hier Noroviren, C. difficile, Glykopeptid resistente Enterokokken (VRE) und eingeschränkt auch ESBL produzierende Enterobakterien genannt. Diese Entwicklung stellt ein großes Problem für ärztliches und Pflegepersonal dar, von den monetären Auswirkungen ganz zu schweigen. Auch sind diese Maßnahmen für betroffene Patienten eine erhebliche Belastung sowie ein schwerer Eingriff in die persönliche Freiheit – zumal die konsequente Durchführung der Händedesinfektion durch medizinisches Personal die wichtigste Maßnahme zur Beeinträchtigung von MRSA-Übertragungen ist und bleibt.

Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, stellt sich vordergründig nicht die Frage, ob „Zigtausende“ zu einem bestimmten Zeitpunkt besiedelt sind, sondern die, von welchen der besiedelten Personen eine tatsächliche Gefahr der Weiterverbreitung ausgeht und für welche Personen die Besiedlung eine gesundheitliche Beeinträchtigung darstellt. Gerade zum ersten Aspekt gibt es erhebliche Erkenntnisdefizite, denen Mikrobiologen und Hygieniker sich zukünftig stellen sollten. Den zweiten Aspekt haben wir in unserem Artikel herausgearbeitet und dieser ist unter anderem die Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Institutes.

Die vermehrte Anwendung der Gripeschutzimpfung, wie von Georg E. Vogel, Thomas Back und Matthias Manych vorgeschlagen, ist ohne Frage zu unterstützen. Allerdings ist ja allgemein bekannt, dass ein im Fernsehen dargestellter toter Vogel das Impfinteresse deutlich mehr erhöht, als alle noch so sorgsam durchgeführten Risikoberechnungen. Wenn es gelingt, für MRSA eine ebenso mediale Präsenz wie für H5N1 zu erlangen, könnte durchaus eine Chance bestehen, höhere Durchimpfungsraten für die Gripeschutzimpfung zu erzielen und so die Weiterverbreitung von MRSA durch an Influenza erkrankten Patienten zu verhindern.

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt, Literaturhinweise) abgerufen werden.*