

MedIRente

Maßgeschneiderte
Individualrente für
Ärzte, Zahnärzte, Apotheker

Info: ☎ (09129/8022)
Maß & Partner GmbH
Vermögen ist Privatsache

Zu Leserbriefen – Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion.

Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss. Leserbriefe sollten sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.

Die LIFE-Studie – Ein Meilenstein in der Hypertoniebehandlung

Zum Interview mit Professor Dr. Björn Dahlöf in Heft 8/2002, Seite 431 f.

Als bayerischer Hausarzt unter dem allseits bekannten Budgetdruck stehend, habe ich mit Staunen im Bayerischen Ärzteblatt 8/2002 ein Interview mit Professor Björn Dahlöf, dem Leiter der LIFE-Studie, gelesen. Um dieses Interview zusammenzufassen ist Losartan (Lorzar – aut idem ist hier nicht möglich) das Medikament, das alle bayerischen Hausärzte in vorausweisendem Gehorsam, also bevor die langweiligen Leitlinien-schreiber soweit sind, allen ihren Hypertonikern verordnen sollten. Sollte da noch jemand Fragen haben, empfiehlt Matthias Stadelmann von der Bayerischen Landesärztekammer sich doch an die Firma MSD zu wenden.

Im Detail gibt es aber noch einiges anzumerken:

1. Wenn Björn Dahlöf selbst herausgefunden haben will, dass die „Blockierung des renin-angiotensiven Systems für eine bessere Aufhebung von Strukturveränderungen sorgen kann als andere Therapien“, warum testet er dann nicht gegen eine Substanz, die das ebenso vermag, nämlich den ACE-Hemmer.
2. Björn Dahlöf verweist auf eine demnächst veröffentlichte Studie in der tatsächlich ein ACE-Hemmer mit Losartan verglichen wird. Vermutlich meint er hier die OPTIMAAL-Studie (*The Lancet*, Vol 360, September 7, 2002). Diese Studie schloss mit der Aussage, dass Losartan im Gegensatz zu Captopril nicht generell als Therapie bei Hochrisikopatienten nach Myokardinfarkt empfohlen werden kann. Selbst das Ziel zu zeigen, dass Losartan dem ACE-Hemmer nicht unterlegen sei, wurde nicht erreicht.
3. Für den primären kombinierten Endpunkt von Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall lag in der LIFE-Studie die absolute Risikoreduktion bei 2 %. Dies bedeutet eine Number needed to treat (NNT) von 50 über knapp fünf Jahre, also eine NNT/Jahr von 250. Das bedeutet, ich muss 250 Patienten über ein Jahr mit Losartan statt mit Atenolol behandeln, um einen der oben genannten Endpunkte zu

verhindern. Ein Jahr Behandlung mit Lorzar kostet 796,5 €. Für 250 Patienten sind also 199 141,43 €/Jahr auszugeben, um bei einem von ihnen einen der Endpunkte zu verhindern. Die gleiche Zahl von Patienten mit Atenolol behandelt kosten 22 176,7 €/Jahr. Aber wie Björn Dahlöf sarkastisch bemerkt „Qualität hat nun einmal ihren Preis“. Glauben Sie ernsthaft, irgendein Patient, wenn er selbst das Medikament bezahlen müsste (und das Lustige ist, er tut es – und begreift es nicht!), wäre bereit diesen Preis zu bezahlen?

4. Professor Dahlöf reklamiert einen besseren Schutz gegen neu auftretenden Diabetes bei Losartan. Es ist längst bekannt, dass speziell nicht-selektive Betablocker hier ein Problem haben. Die gleiche Studie zum Beispiel mit Bisoprolol hätte hier wahrscheinlich keinen Unterschied gezeigt. Es bleibt bei der LIFE-Studie unverständlich, warum ausgerechnet der älteste Betablocker zum Vergleich gewählt wurde.

5. „Eine Übertragung der LIFE-Ergebnisse auf andere Sartane entbehre jeder Beweiskraft.“ Diese Aussage entspricht insofern den Tatsachen, als es noch keine solchen Beweise gibt. Allerdings geht schon der Kommentator im selben Heft des *Lancet*, in dem die Studie veröffentlicht wurde, von einem Gruppeneffekt aus.

6. „Ich bin sicher, dass viele Kollegen ihren Patienten Gelegenheit geben werden, auf diese bessere Behandlungsmöglichkeit zurückzugreifen.“ Nach Ihrem Artikel bin auch ich davon überzeugt (das war sarkastisch gemeint!).

7. Und nun noch mal zum Gipfel: Der Interviewer und damit Autor des Artikels empfiehlt, sich für weitere Informationen doch direkt an MSD zu wenden. Und damit das nicht so umständlich ist, werden gleich noch Telefon, Fax und Internetverbindung genannt.

Diesem ist eigentlich nichts mehr hinzuzufügen.

*Dr. Thomas Kühlein, Allgemeinarzt,
96231 Bad Staffelstein*

Ein Pflaster als Blickfang – KVen machen Werbung in eigener Sache

Zum Titelthema in Heft 9/2002, Seite 448 ff.

Die Werbekampagne für die KV insgesamt fällt in eine Zeit, in der leider viele Missstände und Behinderungen der kassenärztlichen Tätigkeit zu erleben sind. Ich kann diese Kampagne keinesfalls befürworten und sehe darin eine Flucht nach vorne und einen fraglichen Umgang mit den Mitgliedsbeiträgen.

Die kassenärztliche Tätigkeit ist geprägt von ständiger Einengung durch Bürokratie, Sparmaßnahmen und Fehlinformationen.

Beispiele:

- Bestimmungen zur FSME-Impfung in Bayern in den letzten neun Monaten.
- Verschlechterung der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege, zum Beispiel keine Bezahlung der Kompressionstherapie bei Pflegeeingestufenen.
- Totale Verunsicherung durch Aut-idem-Regelung.
- Verschlechterung beim ambulanten Reha-Sport, wird überwiegend von der GKV abgelehnt.
- Keine Prävention von WS-Erkrankungen trotz eindeutiger Forschungsergebnisse für gezielte Sportgruppen.

Die Liste der Missstände ließe sich noch verlängern. Das gesamte Abrechnungssystem ist wohl einzigartig in seiner Kompliziertheit und völlig unüberschaubar. Ein Betrieb könnte mit so einem System nicht überleben. Ein Platz im Museum für Betriebsgeschichte ist überfällig.

Die Methode des „Pflasters“ wird seit Jahrzehnten als Strategie der KV zur Regulierung der Kassenärzte benutzt. Dieses „Pflaster“ als positive Werbestrategie zu verwenden ist nahezu ironisch.

*Dr. Albrecht Weber, Allgemeinarzt,
97082 Würzburg*

Aufklärung eines fremdsprachigen Patienten

Zu Rechtsfragen in Heft 10/2002, Seite 547.

Wenn man versucht, sich in die geschilderte Patientin nach allem hineinzusetzen, welche Folgeeingriffe sie noch hatte, der aber vom Aufklärenden vorher gesagt wurde, es funktioniere wie bei einer Maschine, und sie entgegnete, sie wolle nicht, auch seien bei früheren Eingriffen ihre Zähne in Mitleidenschaft gezogen worden, sie wolle dieses Risiko nicht eingehen, dürfte sie zumindest diesen Teil der Aufklärung als falsch und eine Überredung zum Eingriff sehen, aber keine individuell-patientenbezogene Aufklärung, die auch ein Nein zum geplanten Eingriff zulassen muss. Diesen Teil hat auch das Oberlandesgericht als ein Herunterspielen des Risikos bewertet. Abgesehen vom für Klinik und beteiligte Ärzte günstigen, nach Aus-

kunft rechtskräftigen Gerichtsurteil, eine Äußerung des Patienten nicht zu wollen, kein solches Risiko, sollten beim Aufklärenden alle Alarmglocken läuten und erst recht bei fehlender Akutheit lieber auf den Eingriff verzichten lassen. Ein positiver Beweis des informed consent zu allen Ungeplanten und allen Komplikationen dürfte nämlich immer recht schwierig sein. Abgesehen von diesem Fall, ist ein ausführliches Aufklärungsprotokoll mit allem Typischen und Unterzeichnung auch unter Zeugen bei „heiklen Patienten“ mit dem Passus „alles verstanden und keine Fragen mehr zu haben“ – und bei Ausländern der Hinweis, dass auf das Angebot eines Dolmetschers verzichtet wird, sicher hilfreich und schützend. Auch ist Aufklärung durch den Operateur bzw. den Anästhesisten selbst, der den Eingriff durchführt, immer einer delegierten Fremdaufklärung vorzuziehen. Hierdurch werden Verwechslungen vermieden und andere Besonderheiten gehen im di-

rekten Patienten-Arzt-Verhältnis dann nicht bei Übermittlung verloren. Auch dürfte so die Kompetenz und Erfahrung des Aufklärenden gewährleistet sein. Damit ist ein AiP-Einsatz zur Aufklärung zweifelhaft. Zeit für die Aufklärung darf nicht zu knapp sein. Der Aufklärende sollte sich hier rechtzeitig gegen ein fremdbestimmtes Schnell-Schnell wie bei anderem Wichtigem wehren, sonst begeht er Übernahmeverschulden. Wenn der Vorgesetzte bei Kenntnis davon nicht reagiert, zeigt dieser Organisationsverschulden. Leider ist hier nur sehr wenig über solche Hinweise bekannt, weil diejenigen, welche die Probleme aufzeigen müssten, Nachteile für sich befürchten, und so bleibt leider fast immer alles beim Alten.

Dr. Klaus Blumberg, Internist, Arbeitsmediziner und Radiologe, 93309 Kelheim

BLÄK amtliches

Berichtigung der amtlichen Bekanntmachung der Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns hier: Nr. 8 „Anhang“

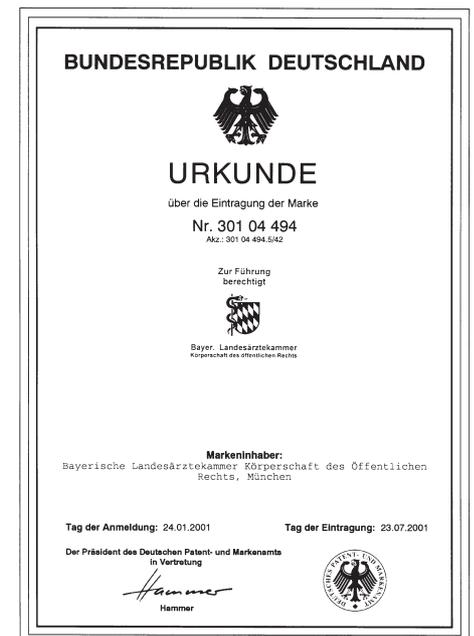
Im Bayerischen Ärzteblatt Nr. 11/2002 ist der Anhang über die Eintragung der Marke Nr. 301 68 325 unter Amtliches auf Seite 617 abgedruckt.

Diese Urkunde stimmt nicht mit der eingetragenen Marke „Zur Führung berechtigt“,

die unter Nr. 301 04 494 beim Deutschen Patent- und Markenamt eingetragen ist, überein.

Es erfolgt somit die Fehlerberichtigung, unter Abdruck der vom 55. Bayerischen Ärztetag beschlossenen und vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz mit Bescheid vom 24. Oktober 2002, Nr. 3.2/8502/103/02, als Anhang nach Kapitel D IV. Nr. 15 genehmigten Bestandteil der Berufsordnung:

„ANHANG



Ausgefertigt, München, den 18. November 2002


Dr. med. H. Hellmut Koch
Präsident

Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzleute zur Bayerischen Landesärztekammer

vom 9. bis 13. Dezember 2002

Das Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzleute zur Bayerischen Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/2002 des Bayerischen Ärzteblattes bekannt gegeben.

Gemäß § 17 Nr. 2 Satz 2 Wahlordnung ist das Wahlergebnis gleichzeitig in den Internetseiten der Bayerischen Landesärztekammer unter www.blaek.de eingestellt.

Das Wahlergebnis ist gesondert abgedruckt in der Mitte dieser Nummer eingehftet. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

München, 17. Dezember 2002

Landeswahlleiter
Kalb