

# Patientenwissen und ärztliche Kompetenz

---

## Frage 1:

**Warum bieten Rehakliniken Gesundheitstraining an,  
was ist das Ziel von Arzt-Patienten-Seminaren,  
was sollten Patienten wissen ?**

# Warum lernen ?

---

**Je mehr man lernt, desto mehr weiß man,  
Je mehr man weiß, desto mehr vergißt man,  
Je mehr man vergißt, desto weniger weiß man.**

**Warum also lernen?**

*(unknown)*

# **Wir behalten / nehmen auf:**

---

**Gesagt ist nicht gehört,  
gehört ist nicht verstanden,  
verstanden ist nicht einverstanden,  
einverstanden ist nicht angewandt,  
angewendet ist noch lange nicht beibehalten.**

*Lorenz, Kempf (1995)*

# Wir behalten / nehmen auf:

---



**10 %** vom dem, was wir *lesen*



**50 %** von dem, was wir *sehen und hören*



**20 %** von dem, was wir *hören*



**70 %** von dem, was man *selbst sagt*



**30 %** von dem, was wir *sehen*

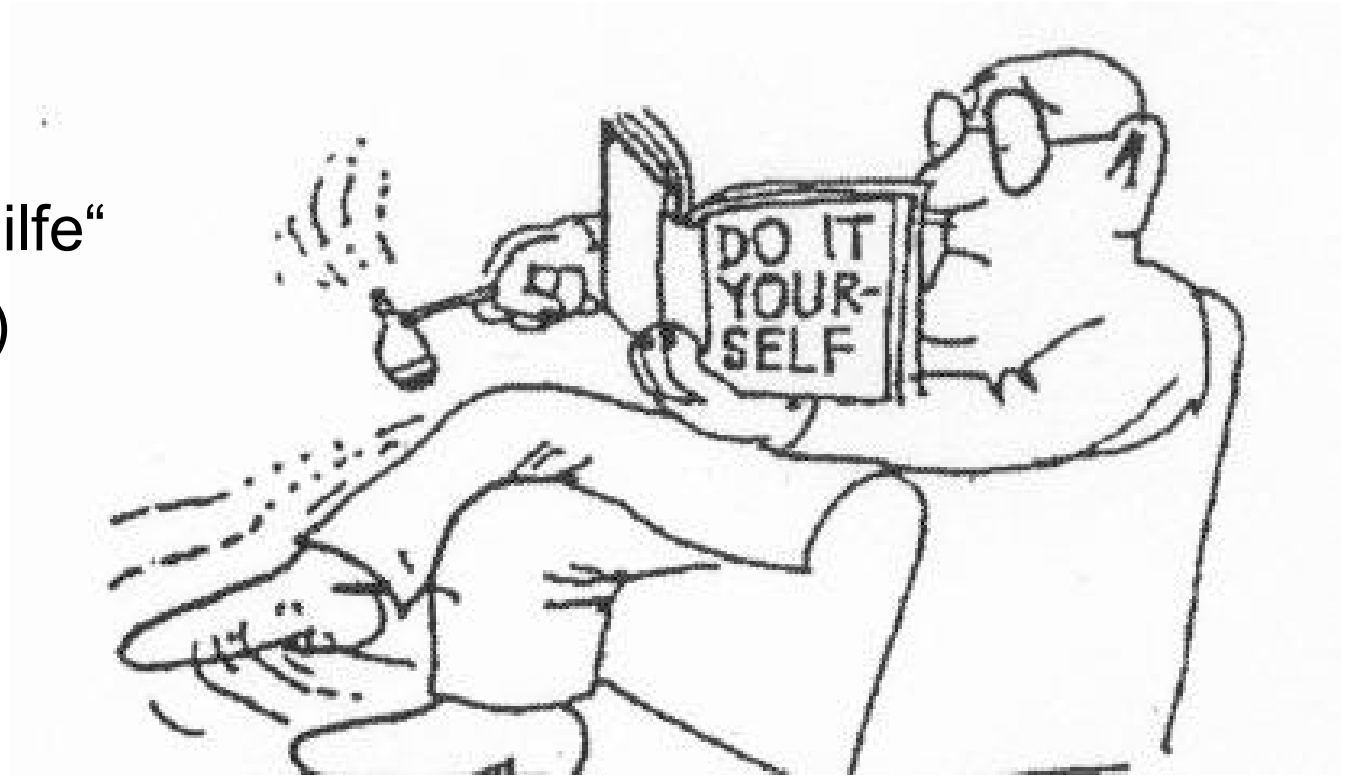


**90 %** von dem, was man *selbst tut*

# Ziel des Gesundheitstrainings

---

„Hilfe zur Selbsthilfe“  
(§ 29 SGB IX)



# Ziel des Gesundheitstrainings

---



„Jeder Patient soll  
Spezialist in seiner  
eigenen Erkrankung  
werden.“  
(Max J. Halhuber)

*Max Halhuber im Gespräch mit Thomas Wendt (1995)*

# Zum Thema Unwissenheit bei Patienten (1)

---

**FAZ 29.10.2003**

## Katastrophales Unwissen über Herzleiden

In Deutschland müssen nach Auffassung von Berliner Herzspezialisten jedes Jahr unnötig Milliarden Euro für die aufwendige Behandlung von Herzkrankheiten ausgegeben werden, weil in der Bevölkerung „katastrophale Wissenslücken“ über die entsprechenden Symptome herrschen. Gert Baumann und seine Kollegen von der Charité haben an zwei Berliner Fernbahnhöfen wartende Reisegäste befragt. Etwa zweitausend Fragebögen wurden ausgefüllt. Die Ergebnisse haben gezeigt, daß die allermeisten weder über die Symptome eines Herzinfarktes bei Mann und Frau Bescheid wissen noch die Bedeutung der Angina pectoris kennen, die auch als Brustenge bekannt ist („Intensiv- und Notfallmedizin“, Bd. 40, S. 590). Wann ein Notarzt zu verständigen ist, sei nur den wenigsten Menschen klar. Die Berliner Mediziner fordern deshalb eine ähnliche bundesweite Aufklärungskampagne wie für die Aids-Prävention: „Durch Aufklärung könnten in Deutschland bis zu 200.000 Fälle von chronischen Herzerkrankungen verhindert werden“, so Baumann. F.A.Z.

## Chronische Herzinsuffizienz

### Unwissen bei Laien

Bei Umfrage nannten nur drei Prozent die richtigen Symptome.

Die European Society of Cardiology (ESC) ist schockiert über die Unkenntnis der Bevölkerung zur chronischen Herzinsuffizienz, obwohl bereits 14 Millionen Europäer davon betroffen sind und das Lebenszeitrisiko für diese Erkrankung etwa 20 Prozent beträgt. Nach Auswertung der „Study of Heart failure Awareness and Perception in Europe“ (SHAPE), an der 8 000 Erwachsene aus neun Ländern teilnahmen, hatten zwar die meisten Menschen schon einmal den Begriff gehört, doch nur drei Prozent der Befragten waren in der Lage, die richtigen Symptome aus einer vorgegebenen Liste auszuwählen.

**Dtsch Ärztebl vom 09.09.05**

# Zum Thema Unwissenheit bei Patienten (2)

---

## Chronische Herzinsuffizienz

### Unwissen bei Laien

Bei Umfrage nannten nur drei Prozent die richtigen Symptome.

Die European Society of Cardiology (ESC) ist schockiert über die Unkenntnis der Bevölkerung zur chronischen Herzinsuffizienz, obwohl bereits 14 Millionen Europäer davon betroffen sind und das Lebenszeitrisiko für diese Erkrankung etwa 20 Prozent beträgt. Nach Auswertung der „Study of Heart failure Awareness and Perception in Europe“ (SHAPE), an der 8 000 Erwachsene aus neun Ländern teilnahmen, hatten zwar die meisten Menschen schon einmal den Begriff gehört, doch nur drei Prozent der Befragten waren in der Lage, die richtigen Symptome aus einer vorgegebenen Liste auszuwählen.

Im Gegensatz dazu waren die Vorbotsen von Schlaganfall und Herzinfarkt präsenter: Die Hälfte der Befragten kannte die Zeichen einer transitorischen ischämischen Attacke und ein Drittel die Beschwerden einer Angina pectoris. Zwei Drittel der Befragten meinten, dass Patienten mit chronischem Herzversagen länger leben als Krebspatienten oder HIV-Infizierte, während in Wirklichkeit 40 Prozent aller Patienten mit chronischem Herzversagen im ersten Jahr nach der ersten Hospitalisierung sterben.

sagen im ersten Jahr nach der ersten Hospitalisierung sterben.

Nur 29 Prozent der Befragten meinten, dass die Kardinalsymptome Atemnot, Erschöpfung und Ödeme eine schwerwiegende Einschränkung für die Patienten sind, was nach Ansicht von Studienleiter Willem Remme vom Cardiovascular Research Institute in Rhon (Niederlande) die Patienten davon abhalten könnte, rechtzeitig einen Arzt zu konsultieren. Andererseits waren fast 60 Prozent der Befragten der Überzeugung, dass Patienten mit chronischem Herzversagen ständig in der Gefahr leben, einen plötzlichen Herztod zu erleiden, weshalb sie sich nach Möglichkeit schonen sollten. Dagegen raten die Kardiologen heute in milden Fällen ausdrücklich zu mäßiger Bewegung.

Rüdiger Meyer

**Dtsch Ärztebl vom 09.09.05**

# Zum Thema Unwissenheit bei Patienten (3)

N. Teich<sup>1</sup>  
L. Engelmann<sup>2</sup>  
D. Pfeiffer<sup>2</sup>

## Laienreanimation: schlechte Kenntnisse in Deutschland

*Resuscitation by laypersons: lack of knowledge of first-aid  
measures in Germany*

**Grundproblematik:** Der plötzliche Herztod ist eine der häufigsten Todesursachen. In Deutschland überleben weniger als 10% aller Betroffenen eine kardiopulmonale Reanimation. Die Prognose eines Betroffenen wird wesentlich durch das Verhalten zufälliger Zeugen bestimmt.

**Methode:** Wir befragten in einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe 1007 (462 Männer, 545 Frauen, Altersmedian 39 Jah-

**Background and objective:** Sudden cardiac death is a leading cause of death. In Germany, only 10% of patients will survive reanimation. The prognosis is mainly determined by the first-aid skills of accidental witnesses.

**Methods:** The reaction of 1007 German-speaking adults (462 males, 545 females, median age 39 years) was investigated in an emergency scenario with symptoms of sudden cardiac death in

Originalien

### Konsequenz für Klinik und Praxis

- Einfache Erste-Hilfe-Regeln scheinen in Deutschland unzureichend bekannt zu sein.
- Defizite bestehen besonders bei älteren Bürgern.
- Eine deutliche Verbesserung der Laienreanimationskenntnisse ist für künftige Betroffene des plötzlichen Herztodes von überlebensentscheidender Bedeutung.

**DMW 130: 2759-2762 (2005)**

# 1 Stunde Gesundheitstraining verbessert die Prognose von Patienten mit Herzinsuffizienz !

---

## Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure

Todd M. Koelling, MD; Monica L. Johnson, RN; Robert J. Cody, MD; Keith D. Aaronson, MD, MS

**Background**—Although interventions combining patient education and postdischarge management have demonstrated benefits in patients with chronic heart failure, the benefit attributable to patient education alone is not known. We hypothesized that a patient discharge education program would improve clinical outcomes in patients with chronic heart failure.

**Methods and Results**—We conducted a randomized, controlled trial of 223 systolic heart failure patients and compared the effects of a 1-hour, one-on-one teaching session with a nurse educator to the standard discharge process. Subjects were contacted by telephone at 30, 90, and 180 days to collect information about clinical events, symptoms, and self-care practices. The primary end point of the study was the total number of days hospitalized or dead in the 180-day follow-up period. Subjects randomized to receive the teaching session ( $n=107$ ) had fewer days hospitalized or dead in the follow-up period (0 and 10 days, median and 75th percentiles) than did controls ( $n=116$ , 4 and 19 days;  $P=0.009$ ). Patients receiving the education intervention had a lower risk of rehospitalization or death (relative risk, 0.65; 95% confidence interval, 0.45 to 0.93;  $P=0.018$ ). Costs of care, including the cost of the intervention, were lower in patients receiving the education intervention than in control subjects by \$2823 per patient ( $P=0.035$ ).

**Conclusions**—The addition of a 1-hour, nurse educator–delivered teaching session at the time of hospital discharge resulted in improved clinical outcomes, increased self-care measure adherence, and reduced cost of care in patients with systolic heart failure. (*Circulation*. 2005;111:179-185.)

# Internetrecherche und Patientenwissen

---

## Mit der ausgedruckten Website zum Arzt

Die Überforderung ist programmiert: Chancen und Risiken medizinischer Informationen im Internet

Immer häufiger bringen Kranke ihre neueste Online-Recherche mit in die Arztpraxis. Eine Umfrage der Humboldt-Universität in Berlin unter 360 Patienten hat ergeben, daß drei Viertel von ihnen schon einmal solcherart vorinformiert ins Beratungsgespräch gingen. Über die Hälfte hat den Eindruck, der Arzt könne gut damit umgehen, aber ein knappes Viertel glaubt immerhin, als Laie den eigentlichen Experten zu überfordern. In den Vereinigten Staaten klafft laut Wall Street Journal die größte Lücke zwischen dem, was Patienten von ihrem Arzt erwarten, und dem, was dieser ihnen bietet, in der mangelnden Aktualität seines medizinischen Wissens. Konsequenz wie nie zuvor wurden daher auf dem diesjährigen Internistenkongreß in Wiesbaden Internetrecherchen nicht nur in Symposien wissenschaftlich diskutiert, sondern auch in zahlreichen Kursen für Ärzte angeboten.

Der Druck ist immens. Zum Beispiel bietet Medline, die führende medizinische Datenbank, eine Auswahl unter fünf Millionen Fachartikeln, und täglich kommen

sie beantworten zu oft nicht genau jene Frage, die der Kliniker stellen würde. Und schließlich geht auch schon die Rede von der Leitlinien-Apoptose um, vom gleichsam selbstinduzierten Kollaps jener Handreichungen, die die medizinischen Fachgesellschaften eigentlich zur Erleichterung der täglichen Arbeit ihrer Mitglieder erarbeiten.

In die Lücke stößt mit zunehmendem Erfolg ein amerikanisches Konzept, das überdies noch genauso heißt, wie alle Ärzte gerne wären, nämlich „UpToDate“. Es handelt sich um ein medizinisches Informationssystem, das mit Hilfe von mehr als 3000 Fachärzten aus führenden Kliniken der Vereinigten Staaten rund 7500 Themen abhandelt. Alle vier Monate werden bedeutsame Neuerungen aus etwa 330 Fachzeitschriften eingearbeitet. Aber nicht die Bewältigung der schiereren Fakten ist das Erfolgsgeheimnis. Dieses liegt vielmehr in der Nutzbarmachung des Wissens für den Arzt. „Ärzte brauchen nicht nur Informationen; was sie vor allem brauchen, sind konkrete Anweisungen für die

gen unter den Zuhörern im Saal ließen ahnen, daß es hier einen Markt von weithin enttäuschten Ärzten zu erobern gibt. Die vorsichtige Kritik bezog sich denn auch lediglich auf die mögliche Monopolstellung dieses Mammutlehrbuches. Außerdem ist das bereitgestellte Fachwissen, das klang in Wiesbaden ebenfalls an, noch zu amerikakalastig. Zuwenig seien die europäischen Leitlinien berücksichtigt, manche Krankheit würde hier eben anders behandelt. Angesichts des Versagens aller hiesigen Versuche, ein derart überzeugendes Hilfsmittel für die tägliche ärztliche Praxis bereitzustellen, sind das allerdings eher Schönheitsfehler als ernsthafte Mängel.

Deutsche Ärzte trauen am allerwenigsten den medizinischen Informationen aus der pharmazeutischen Industrie, wie eine Umfrage der Universität Regensburg gezeigt hat. Diese Skepsis teilt UpToDate und verzichtet auf Prinzip auf jegliche Werbung, um die eigene Unabhängigkeit zu wahren. Ein weiteres Angebot sind rund 300 Themen, die eigens auf Patienten zugeschnitten sind. Das dürfte für jene

*FAZ vom 06.04.05*

Keine Glosse, sondern harte Realität:

## Jetzt kommen die Diplom-Patienten!

**K**ennen Sie auch den Patiententypus, der alles besser zu wissen glaubt als der Doktor? Der kommt womöglich bald in akademisch geadelter Form in die Praxis. Die Medizinische Hochschule Hannover hat jedenfalls kürzlich mitgeteilt, dass sie die erste Patientenuniversität Deutschlands gegründet hat.

Gedacht ist die Patientenuni „für Bürgerinnen und Bürger, für Patientinnen und Patienten und für Patientenvertreterinnen und -vertreter

aus Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen und Patientenberatungseinrichtungen“. Die Kurse im Block „Gesundheitssystemkompetenz für Patientenvertreter“ haben schon begonnen. Dabei wird Fachwissen für Interessenvertretungen in politischen Gremien vermittelt. Im März 2007 startet der zweite große Block, die „Gesundheitsbildung für Bürger“. In diesen Kursen sollen medizinische Themen laienverständlich erklärt werden. Der dritte Block „Patientenschu-

lungen für Erkrankte“ wird im Juni 2007 an den Start gehen. Hier werden Schulungsprogramme zur Unterstützung des Selbstmanagements bei Erkrankungen angeboten.

### „Universitäres Wissen für alle“

„Die Patientenuniversität dient dazu, mit strukturierten Bildungsangeboten das universitäre Wissen und aktuelle Forschungsergebnisse nicht nur Expertenkreisen, sondern der gesamten Bevölkerung

zur Verfügung zu stellen“, erläutert Professorin Dierks, die Leiterin der Patientenuniversität. Sie will Wissen der Medizin vermitteln, über körperliche und seelische Abläufe im menschlichen Körper aufklären und Erkrankte und ihre Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung unterstützen, aber auch Kenntnisse über Strukturen des Gesundheitswesens und methodische Grundlagen verständlich machen.

Bleibt zu hoffen, dass sich nicht nur notorische Besser-

wisser und Hypochonder einschreiben, sondern diejenigen, die es wirklich brauchen. Denn ein gut informierter Patient kann ja auch ein Segen sein. Schließlich ist es immer wieder erstaunlich, wie selbst gebildete Patienten Aussagen des Arztes missverstehen können – jeder Kollegen kennt in dieser Hinsicht den einen oder anderen Schwank. *bw*

☞ Wer mehr über die Patientenuni wissen will, findet sie auch im Internet unter [www.patientenuniversitaet.de](http://www.patientenuniversitaet.de)

# Die Hausarztsprechstunde heute

## 18-Sekunden-Sprechstunde

Zerrüttet: Wie finden Arzt und Patient wieder zusammen?

Wenn heute über Reformen im Gesundheitswesen gesprochen wird, geht es fast nur noch um finanzielle Aspekte: Gesundheitspolitik ist seit dreißig Jahren Kostendämpfungspolitik. Die Leistungsschau der Spitzenmedizin dient als Tröstung und Begründung für den harschen Sparkurs. Das, was bei der Begegnung zwischen dem heilkundigen Arzt und dem hilfeschuchenden Patienten tatsächlich geschieht, wird zunehmend als nachrangig betrachtet. Dabei ist die Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses integraler Bestandteil der Behandlung. Bei einigen wachsamem Medizinern regt sich angesichts dieser Entwicklung der Widerstand – bei solchen wie dem Kölner Chirurgen Manfred Weber von der Universitätsklinik in Köln, der sich als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin unlängst mit einer Standortbestimmung zu diesem fragilen Verhältnis zu Wort gemeldet hat.

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird nach seiner Ansicht von mehreren Seiten belastet. Der rapide Wissenszuwachs und die beiden ethischen Fragen, für die es konträre Lösungsmöglichkeiten in unserer Gesellschaft gibt, machen es dem Arzt immer schwieriger, mögliche Auswirkungen auf den Patienten zu beurteilen und zu gewichten. Die Ärzte besitzen kein gesellschaft-

liche Naturwissenschaft wie die Physik, sondern eine auf Werten gegründete Disziplin. Nur bei einem Wertekonsens kann die Medizin als verlässlich eingestuft werden.

Das Verhältnis von Arzt zu Patient leidet zudem unter der Aufmerksamkeit, die der wachsenden Medizintechnik geschenkt wird. Dies geht leicht auf Kosten der menschlichen Zuwendung. Wo im Minutentakt behandelt wird und der Patient im Durchschnitt schon nach achtzehn Sekunden – der Wert stammt aus amerikanischen Untersuchungen – beim Beschreiben seiner Beschwerden vom Arzt unterbrochen wird,

wächst wenig Vertrauen. Der Patient fühlt nur allzu schnell, daß der Blick des Arztes von ihm selbst weg auf seine Organe, seine veränderten Laborwerte oder seine Symptome geht. Er erlebt eine Kluft zwischen der wissenschaftlichen Genauigkeit und der bloßen Wahrnehmung seiner Person sowie zwischen dem Expertenwissen des Arztes und seiner individuellen Befindlichkeit. Diese Kluft fördert das Mißtrauen. Dabei legen gerade Patienten mit chronischen Erkran-

Viele spüren es, nur wenige reagieren: Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird immer mehr durch allzu starke Fokussierung auf Technik und Ökonomie gestört. Der Patient wird abgefertigt. Und dieser antwortet mit oft überzogenen Schadenersatzklagen.

kungen Wert auf eine kompetente Führung durch den Arzt.

Die Gesundheitsindustrie täte überdies gut daran, beim Wachstum nicht nur auf technologische Highlights zu setzen, sondern auch auf menschliche Dienstleistungen. Wie hoch der Bedarf der Patienten

**FAZ 11.05.05**

# Ziel des Gesundheitstrainings

---



Philosophie des Rehasentrums Bad Nauheim:  
„Ärzte empfehlen, Patienten entscheiden.“  
(Th. Wendt)

# Patientenwissen und ärztliche Kompetenz

---

## Frage 2:

**Zwei Ärzte - zwei Meinungen: was nun?**

# Zum Thema Cholesterin: Risikofaktor ja

## Cholesterinsenker – nicht kleckern, sondern klotzen

Neuer Standard im Kampf gegen Herzinfarkt: Intensive Statin-Therapie am erfolgreichsten / Von Nicola von Luttermann 17.3.04

An der koronaren Herzkrankheit und deren Folgen – Herzinfarkt und Herzschwäche vor allem – sterben hierzulande nach wie vor mehr Menschen als an jedem anderen Leiden. Maßgeblich begünstigt wird dieses durch eine Vielzahl von Risikofaktoren, die am Ende zur Verengung der das Herz versorgende Blutgefäße führen. Die Blarlette sind hier besonders zu nennen. Am meisten ins Gewicht fällt ein zu hoher Gehalt des „schlechten“ Cholesterins, des LDL, im Blut. Eine Senkung erhöhter LDL-Werte gilt daher als ein wichtiges Ziel, um die Gefahr von Herzinfarkten zu reduzieren. Besonders wirksam, zugleich aber seit einiger Zeit auch verpönte und nicht unmittelbare Cholesterinsenker sind die sogenannten Statine. Sie werden nun im Zuge neuer Erkenntnisse über ihre Wirkung regelrecht wiederentdeckt.

Eine Behandlung mit Statinen kann das Infarktrisiko offenbar auch dann vermindern, wenn der Gehalt an LDL im Blut im Normbereich liegt. Allgemein gilt: Je weiter man das „schlechte“ Cholesterin in die Knie zwingt, desto seltener kommt es zu einer Herzattacke. Das legen jedenfalls die Ergebnisse einer aktuellen Studie nahe, die Christopher Cannon vom Brigham and Women's Hospital in Boston/Massachusetts vergangene Woche auf der Jahresagung des American College of Cardiology in New Orleans vorgestellt hat. Bei der Behandlung erhöhter Mengen an Blutfett galt eine Konzentration von hundert Milligramm LDL pro Deziliter Blut belang als unterster Zielwert. Empfohlen werden so niedrige Cholesterinspiegel für Personen, die ein deutlich erhöhtes Infarktrisiko aufweisen. Aufgrund der neuen Erkenntnisse muß dieser Wert

nur wohl weiter nach unten korrigiert werden. In der von Cannon vorgestellten Studie wurden rund viertausend infarktgefährdete Männer und Frauen entweder mit einer mittleren (40 Milligramm Pravastatin) oder einer hohen Dosis Statin (80 Milligramm Atorvastatin) behandelt. In der ersten Gruppe fiel der LDL Spiegel daraufhin auf durchschnittlich 95 Milligramm pro Deziliter Blut, in der zweiten Gruppe auf 52 Milligramm pro Deziliter.

Wie sich zeigte, konnte die intensive Statin-Behandlung sehr viel mehr schwe-

### DER AKTUELLE KONGRESSBERICHT

re, teilweise tödliche Herzattacken verhindern als die weniger intensive. Die Einnahme so großer Mengen an Atorvastatin führte überdies nur selten zu ernsthaften Nebenwirkungen, etwa einer Erhöhung der Leberwerte und Muskelschäden. Alle Details der Studie sollen Anfang April in der Zeitschrift „New England Journal of Medicine“ veröffentlicht werden.

Wirtschaftlich betrachtet zählen die Statine zu den besonders umsatzkräftigen Herz-Kreislaufrmitteln. So bringen sie der Pharmaindustrie jährlich rund 19 Milliarden Dollar ein. Um sich ein möglichst großes Stück dieses Kuchens zu sichern, weist jeder Statinhersteller daher auf die besonderen Vorzüge seines Kandidaten hin. Besuchen aber wirklich erwünschte Unterschiede zwischen den einzelnen Statinen? Mit dieser wichtigen Frage haben sich am Rande des Kongresses namhafte Experten der „International Task Force for the Prevention of Coronary Heart Disease“ beschäftigt. Das Ergebnis

der Konsensuskonferenz in New Orleans präsentierte der Organisator des Expertentreffens, Gerald Assmann, vom Institut für Atheroskleroseforschung der Universität Münster. Demnach gibt es tatsächlich bedeutende Unterschiede zwischen den einzelnen Vertretern dieser Gruppe von Cholesterinsenkern. Klinisch von Bedeutung ist allerdings nur das Verhältnis zwischen der Wirksamkeit und der Sicherheit eines Statins, also wie weit man damit den Cholesteringehalt im Blut senken kann, ohne dem Patienten zu schaden. Bei einigen Vertretern, etwa Atorvastatin und Simvastatin, gelingt dies besser, bei anderen deutlich schlechter. David Waters vom San Francisco General Hospital in Kalifornien hielt eine Verwendung schwacher Statine daher nicht mehr für gerechtfertigt, zumal diese das Risiko von Herzattacken nicht hinreichend zu senken vermögen. Die Dosis eines Statins läßt sich aber nicht beliebig steigern, da damit zugleich das Risiko von Nebenwirkungen wachse.

Das Fachgremium wies außerdem auf die vielfach verkantete Gefahr von Wechselwirkungen von Statinen mit anderen Medikamenten hin. Rund 60 Prozent aller Nebenwirkungen, die der amerikanischen Gesundheitsbehörde FDA im Zusammenhang mit einer Statintherapie gemeldet wurden, beruhen offenbar auf solchen Interaktionen. Zu den Medikamenten, die bei gleichzeitiger Einnahme mit einem Statin Komplikationen verursachen können, zählen unter anderem der Cholesterinsenker Gemfibrozil, das Immunsuppressivum Cyclosporin, bestimmte Antibiotika, den blutverdünnenden Wirkstoff Warfarin und das Heremittel Digoxin.

Das Risiko von Wechselwirkungen ist allerdings nicht für alle Statine gleich hoch.

Generell gilt, daß die wirksameren Vertreter dieser Wirkstoffgruppe eher Interaktionen mit anderen Medikamenten verursachen als die schwächeren. Auch zu dieser Regel gibt es allerdings Ausnahmen. Im Einzelfall muß man daher immer abwägen, welches Statin das jeweils geeignetere ist.

Obgleich am Nutzen einer cholesterinsenkenden Therapie insofern kein Zweifel mehr besteht, werden diese Medikamente immer noch zu selten oder nicht konsequent genug angewandt. Die hierfür verantwortlichen Gründe sind unterschiedlicher Natur. Zum einen verschreiben die Ärzte ihren Patienten aus Kostengründen oft zu geringe Mengen der Cholesterinsenker, zum anderen nehmen viele Patienten ihre Medikamente nicht regelmäßig ein. Nach Überzeugung Assmanns ist die mangelnde Therapietreue der Kranken eines der großen Hindernisse für eine erfolgreiche Behandlung. Ist der Cholesterinwert gefallen, nehmen einige Patienten fälschlicherweise an, daß sie nun geheilt sind und keine Tabletten mehr benötigen.

Im Wege stehen einer konsequenten Therapie hierzulande nicht zuletzt auch die hohen Kosten für Generika, also für die wesentlich preisgünstigeren Kopien nicht mehr patentgeschützter Wirkstoffe. Während in den Vereinigten Staaten solche Nachahmerpräparate nur etwa fünf Prozent des Originalpreises kosten, sind Generika hierzulande sehr viel teurer. Auch bei den Statinen gibt es inzwischen einige Präparate, deren Patentschutz ausgelaufen ist oder kurz davor steht. Kostengünstigere Medikamente könnten aber erheblich dazu beitragen, daß die in den großen Studien erzielten Erfolge auch im klinischen Alltag erreichbar werden.



# Herzinfarkt: Eine Vitaminmangelkrankheit ?

## ZELLULARTHERAPIE NACH DR. RATH

... Könnten Sie die Präparate der Zellulärtherapie nach Dr. RATH im a-r behandeln? ...

Dr. rer. nat. K. SCHLICHTING  
D-24229 Strande

Die als „Nahrungsergänzung“ deklarierten Präparate des über die Niederlande agierenden Dr. RATH enthalten Vitamine, Aminosäuren, Elektrolyte, Spurenelementen und Stoffe wie Coenzym Q10 (z.B. in ENERCOR; a-t 7 [1993], 72; 12 [1994], 120), L-Carnitin (siehe unten) oder Inositol. Sie werden bei chronischen Erkrankungen wie ALZHEIMER-Demenz, Arteriosklerose, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Krebs, Multipler Sklerose oder Osteoporose propagiert. Das als „Basis-Vitamin-Zell-Komplex“ dargestellte VITACOR PLUS kostet 88 DM für 90 Tabletten.

Wissenschaftliche Untersuchungen zum Nutzen solcher Vielfachmischungen fehlen. Auch für Einzelbestandteile sind positive Wirkungen nicht belegt, sofern kein Mangel besteht. So senkt z.B. Vitamin E die kardiovaskuläre Mortalität nicht. Prophylaktische Einnahme von Vitamin A und Betakaroten erhöht bei Rauchern das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken und zu versterben. In randomisierten Interventionsstudien findet sich eine Tendenz zu häufigeren Angina-pectoris-Anfällen und Zunahme der Gesamtsterblichkeit (a-t 3 [1996], 30; 4 [1998], 41). Für Inositol ist ein therapeutischer Nutzen nicht bekannt (Negativmonographie als „Lebertherapeutikum“ und bei progressiver Muskeldystrophie).<sup>1</sup> Der Stoff ist in Getreide und Obst in genügender Menge vorhanden. Zusätzliche Einnahme erhöht lediglich die Ausscheidung über die Nieren. Coenzym Q10 wird vom Körper in ausreichender Me

„Der in diesem Buch dokumentierte medizinische Durchbruch ist ein Hauptgrund für die pharmazeutische Industrie, Vitamine und andere nicht patentierbare Naturheilverfahren zu bekämpfen.“  
336 Seiten, € 12.90



**Arznei Telegramm 8/99**

# Schutzfaktor Vitamine

---

**Ein übermäßiger Verzehr von Obst- /Gemüsesorten mit einem hohen Beta-Carotinanteil schadet nicht.**

**Nimmt man mit Vitaminpräparaten (in Kapsel- oder Tablettenform) mehr als 20 mg Beta-Carotin / Tag zu sich, so steigt bei starken Rauchern die Lungenkrebsrate erheblich.**

# Täglich 1 Flasche gefährlich für Raucher !!!

---



! Nimmt man mit Vitaminpräparaten (in Kapsel- oder Tablettenform) mehr als 20 mg Beta-Carotin / Tag zu sich, so steigt bei starken Rauchern die Lungenkrebsrate erheblich !

# Zum Thema Cholesterin: Risikofaktor nein

---

## ZELLULARTHERAPIE NACH DR. RATH

... Könnten Sie die Präparate der Zellulärtherapie nach Dr. RATH im a-t behandeln? ...

Dr. rer. nat. K. SCHLICHTING  
D-24229 Strande

Die als „Nahrungsergänzung“ deklarierten Präparate des über die Niederlande agierenden Dr. RATH enthalten Vitamine, Aminosäuren, Elektrolyte, Spurenelemente und Stoffe wie Coenzym Q10 (z.B. in ENERCOR; a-t 7 [1993], 72; 12 [1994], 120), L-Carnitin (siehe unten) oder Inositol. Sie werden bei chronischen Erkrankungen wie ALZHEIMER-Demenz, Arteriosklerose, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Krebs, Multipler Sklerose oder Osteoporose propagiert. Das als „Basis-Vitamin-Zell-Komplex“ dargestellte VITACOR PLUS kostet 88 DM für 90 Tabletten.

Wissenschaftliche Untersuchungen zum Nutzen solcher Vielfachmischungen fehlen. Auch für Einzelbestandteile sind positive Wirkungen nicht belegt, sofern kein Mangel besteht. So senkt z.B. Vitamin E die kardiovaskuläre Mortalität nicht. Prophylaktische Einnahme von Vitamin A und Betakaroten erhöht bei Rauchern das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken und zu versterben. In randomisierten Interventionsstudien findet sich eine Tendenz zu häufigeren Angina-pectoris-Anfällen und Zunahme der Gesamtsterblichkeit (a-t 3 [1996], 30; 4 [1998], 41). Für Inositol ist ein therapeutischer Nutzen nicht bekannt (Negativmonographie als „Lebertherapeutikum“ und bei progressiver Muskeldystrophie).<sup>1</sup> Der Stoff ist in Getreide und Obst in genügender Menge vorhanden. Zusätzliche Einnahme erhöht lediglich die Ausscheidung über die Nieren. Coenzym Q10 wird vom Körper in ausreichender

**Arznei Telegramm 8/99**

# Zwei Ärzte – zwei Meinungen: was nun ?

1.)

Sprechstunde:  
Patienten fragen – Ärzte antworten

## Sportliche Aktivität bei Herzkrankheit

*Ich spiele seit mehreren Jahren mäßig Golf. Bisher sind gesundheitliche Probleme dabei weder während des Golfens noch danach aufgetreten – auch nicht nach dem Einsetzen eines Schrittmachers und nach der Bypass-Operation – mit einer Ausnahme von leichten Brustnarbenschmerzen und das Spüren beim Golfschlag. Schadet mir der Golfsport?*

Bruno K., Sindelfingen

Prinzipiell müssen bei Herzkranken vor der (Wieder-)Ausübung sportlicher Aktivität vor allem folgende drei Gesichtspunkte abgeklärt werden.



■ Die Frage der Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit, welche man im Rahmen eines Belastungs-EKGs prüft.

■ Die Frage der Pumpfähigkeit des Herzens, die mittels des Ultraschalls beantwortet wird, und

■ die Frage nach Herzrhythmusstörungen, nach denen man im Ruhe-, Belastungs- und 24-Stunden-

EKG fahnden kann.

In Ihrem individuellen Falle nach einer Herzoperation sollte zudem das Brustbein wieder vollständig verheilt sein, damit Sie den Schwung schmerzfrei ausüben können. Sollte dies alles in Ordnung sein, können Sie mit dem Golfspielen wieder anfangen. Wenn Sie es regelmäßig ausüben, wird es dazu beitragen, Ihre Risikofaktoren zu kontrollieren und die Bypässe offen zu halten.

Prof. Dr. med. Thomas Wendt

# Leitlinie: Definition

---

**„Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlage für die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzten und ihren Patienten zu einer im Einzelfall sinnvollen, gesundheitlichen Versorgung sein sollen.“**

*ZAllgMed 73: 1315 (1997)*

# Leitlinie und Prognose

---

## Therapie nach Leitlinie kann Leben retten

Wenn in Krankenhäusern nach Leitlinien behandelt wird, ziehen die Patienten einen meßbaren Nutzen daraus. Das ergab eine Überprüfung der Therapie von rund 65 000 Patienten, die in 350 amerikanischen Kliniken wegen Herzinfarkt eingeliefert wurden. Die neuesten Behandlungsrichtlinien der American Heart Association und des American College of Cardiology lagen der Bewertung zugrunde. Sie bezogen sich sowohl auf koronarangiographische Eingriffe als auch auf den Einsatz von Medikamenten bei Einlieferung und Entlassung. In den Kliniken, die in mehr als vierzig Prozent der Fälle die Empfehlungen vernachlässigten, verstarben 6,31 Prozent der Herzinfarktpatienten. Wurden sie indes zu mehr als achtzig Prozent befolgt, betrug die Sterblichkeitsrate 4,15 Prozent. Eric D. Peterson von der Duke-Universität in Durham errechnete daraus eine fortlaufende Entsprechung von Sterblichkeit und „Leitliniengehorsam“: Pro zehn Prozent mehr Patienten, die den Leitlinien gemäß behandelt werden, sinkt die Sterblichkeit der Patienten um zehn Prozent („Jama“, Bd. 295, S. 1912). Das Ergebnis widerspricht dem oft gegen Leitlinien erhobenen Einwand, diese würden wegen der mangelnden Berücksichtigung der individuellen Umstände mehr schaden als nutzen. mls

**FAZ vom 24.05.2006**

# Leitlinien und Arzthaftung

---

Deutsches Ärzteblatt, 25.03.05

THEMEN DER ZEIT

## Arzthaftungsrecht

### Die Relevanz medizinischer Leitlinien nimmt zu

Die Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften werden vor Gericht immer mehr zum Maßstab für ärztliches Handeln.

Neben der Kosteneinsparung werden im Zuge der tief greifenden Veränderungen im Gesundheitswesen vor allem auch die medizinische Qualitätssicherung und -verbesserung diskutiert. Gleichzeitig wachsen die Erwartungen der Patienten an die moderne Medizin und das öffentliche Bewusstsein um deren Rechte. Aus haftungsrechtlicher Sicht ist der fachärztliche Standard für die Qualität der ärztlichen Behandlung

fehler, den eingetretenen Schaden, die Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden sowie das Verschulden des Arztes darlegen und im Bestreitensfall belegen. Jede Arzthaftung setzt ein Verschulden voraus, das nicht stets bei jedem Fehler anzunehmen ist (1). Gelingt dem Patienten zwar der Beweis eines Behandlungsfehlers in der Form eines Diagnosefehlers oder eines Fehlers in der Befunderhebung, nicht aber der Nachweis der Ur-

arztstandards ist eine Erfordernis, die in der Sphäre des wissenschaftlich ausgebildeten Arztes liegt. Welche beweisrechtlichen Konsequenzen dies im Rahmen der Verschuldensvermutung von § 280 Abs. 1 Satz 2 BGB nach neuem Recht hat, ist noch nicht abschließend geklärt. Es könnte davon auszugehen sein, dass der Arzt die Darlegungs- und Beweislast dafür trägt, er habe den zum Zeitpunkt der streitigen Behandlung aktuellen Facharztstandard gewahrt oder auch nicht erkennen können (3). Da individuelle Eigenschaften des jeweils behandelnden Arztes, insbesondere seine Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen, bei der Beurteilung der Fahrlässigkeitsfrage grundsätzlich unberücksichtigt bleiben, ist für die Frage des medizinischen Haftungsstandards und damit auch für das Verschulden des Arztes ausschlaggebend, ob bei fahrlässigem Handeln die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gewahrt wurde. Der objektivierte



[www.awmf.org](http://www.awmf.org)



**www.awmf.org**

---

**AWMF online**



Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen  
Medizinischen  
Fachgesellschaften e.V.

**Bestehende aktuelle Leitlinien  
(Volltext)  
nach Fachgebieten sortiert**

**Patienteninformationen zu  
Leitlinien**

# Leitlinien und Arztwissen

---

Wo liegt der ideale LDL-Wert?

## Jeder 10. Kollege hat keine Ahnung

**I**mmer wieder wird beklagt, dass im Praxisalltag behandelte Patienten ihre LDL-Cholesterin-Zielwerte nicht erreichen. In einer von der britischen Marktforschungsfirma TNS ausgeführten Befragung sollte ermittelt werden, worin die Gründe dafür liegen. 879 Kardiologen und Allgemeinmediziner aus Frankreich, Deutschland, Italien und Großbritannien nahmen an der Untersuchung teil. Die Ergebnisse wurden auf einer Pressekonferenz von MSD während des Weltkardiologenkongresses in Barcelona vorgestellt.

Demnach waren 72 Prozent der Allgemeinärzte und Kardiologen der Ansicht, dass viele Patienten mit Hypercholesterinämie und Risikofaktoren wie koronare Herzkrankheit (KHK) und Diabetes

mit einer Statin-Monotherapie nur unzureichend behandelt sind. 64 Prozent der Befragten meinten, dass Bedenken wegen der Sicherheit und der Nebenwirkungen Ärzte davon abhalten würden, Statine hoch dosiert ihren Risiko-Patienten zu verschreiben.

### „Leitlinien werden nicht adäquat befolgt“

Und insgesamt 48 Prozent wussten, dass eine Verdopplung der Statin-Dosis nur eine zirka sechsprozentige Absenkung des LDL-Cholesterins ergibt. Dies traf für 55 Prozent der befragten Kardiologen und 44 Prozent der Allgemeinmediziner zu.

Sieben von zehn Ärzten glaubten, dass nur etwa die Hälfte ihrer Risiko-Patienten die Zielwerte für das LDL-

Cholesterin erreicht hätten. Etwa zehn Prozent der Ärzte kannten den idealen LDL-Wert für ihre Risiko-Patienten nicht. Dabei schnitten die Allgemeinmediziner schlechter ab als Kardiologen (etwa 13 % versus 6 %). Signifikant mehr Allgemeinmediziner als Kardiologen (17 % versus 11 %) waren der Ansicht, dass die Leitlinien deshalb nicht befolgt würden, weil eine Annäherung von 80 bis 90 Prozent an die empfohlenen Zielwerte ausreichten. Insgesamt meinten 77 Prozent der befragten Ärzte, dass die Leitlinien nicht adäquat befolgt würden. Und deutlich mehr Allgemeinmediziner als Kardiologen (39 % versus 16 %) waren nicht in der Lage, die Leitlinie einer der kardiologischen Fachgesellschaften für Risiko-Patienten zu benennen. *rh*

# Ganz genau hinsehen, wenn die Kraft des Herzens

Eine Studie deckt die unzureichende Versorgung der Patienten auf: Unprofessionelle Diagnosen oder fahrlässige

Obgleich die Herzschwäche eine enorm quälende Erkrankung ist und noch dazu extrem häufig vorkommt, liegt bei der Versorgung der Betroffenen nach wie vor vieles im Argen. Allein in Deutschland leiden knapp zwei Millionen zumeist ältere Männer und Frauen an einem krankhaften Kräfteabwund des Herzens, und jedes Jahr kommen etwa 250 000 weitere hinzu. Enorm wichtig erscheint es vor diesem Hintergrund, die nachweislich wirksamen Medikamente konsequent anzuwenden. Hierzu zählen mit an erster Stelle ACE-Hemmer und Beta-Blocker, bei Wasseransammlungen in den Beinen außerdem Diuretika und im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung vielfach auch Aldosteron-Antagonisten.

Nur eine Minderheit der Betroffenen wird gleichwohl leitliniengerecht behandelt. Das geht nun auch aus einer neuen europäischer Studie „Shape“ hervor, deren erst kürzlich vorgestellte Ergebnisse demnächst in einem Fachjournal veröffentlicht werden sollen.

Welche Versorgungslücken die Untersuchung aufgedeckt hat, erläuterte Bernhard Rauch vom Institut für Herzinfarktforschung am Klinikum der Stadt Ludwigs-hafen, einer der Organisatoren des Projekts. Demnach scheinen sowohl bei der Diagnose als auch bei der Therapie von Patienten mit Herzinsuffizienz erhebliche Missstände zu bestehen. So stellt offenbar ein Großteil der befragten Hausärzte die

Diagnose allein aufgrund der Symptome, etwa Atemnot, Wasseransammlungen in den Beinen und Müdigkeit. Rund vierzig Prozent von ihnen verschreiben zudem selbst jenen Patienten als Erstes, teilweise sogar ausschließlich Diuretika, die nicht an Ödemen leiden und daher auch keine wasser-treibenden Mittel benötigen. Sehr viel wichtiger ist in solchen Fällen die Anwendung von ACE-Hemmern und Beta-Blockern, und das in hinreichend hohen Mengen. Denn nur diese Medikamente können die Prognose nachweislich bessern und die Zahl von Krankenhausaufenthalten verringern.

Wie die Studie ferner ergab, halten viele Hausärzte weiter gehende Untersuchungen oder auch die Überweisung an einen Spezialisten für unnötig. Eine genaue diagnostische Abklärung ist aber deshalb enorm wichtig, weil mitunter auch andere Krankheiten einer Herzinsuffizienz ähnelnde Symptome hervorrufen können und andererseits nicht alle Formen von Herzschwäche auf dieselbe Weise behandelt werden. Denn die Herzinsuffizienz ist keine einheitliche Erkrankung, sondern tritt als Spätfolge unterschiedlicher Leiden auf. Hierzu zählen arteriosklerotisch bedingte Verengungen der Kranzarterien, Herzinfarkte, hoher Blutdruck, Erkrankungen des Herzmuskels und Schäden der Herzklappen.

Falsche Vorstellungen über die Ursachen der Herzschwäche sind nicht zuletzt

ein wesentlicher Grund, weshalb das Leiden oft sehr spät entdeckt wird. Etliche Betroffene erachten den schleichenden Verlust ihrer Leistungsfähigkeit für eine natürliche Alterserscheinung. Anstatt einen Arzt aufzusuchen, passen sie ihre Aktivität ihrer abnehmenden Ausdauer an.

Die unzureichende medizinische Versorgung von Patienten mit Herzinsuffi-

zienz hat enorme Konsequenzen. Denn die Betroffenen sterben nicht nur viel früher, sondern müssen darüber hinaus wiederholt im Krankenhaus behandelt werden. Abgesehen von dem enormen menschlichen Leid, entstehen dabei Kosten in Milliardenhöhe. Wie Rauch ausführte, entfallen von den 2,5 Milliarden Euro, die jährlich für die Versorgung herzscha-

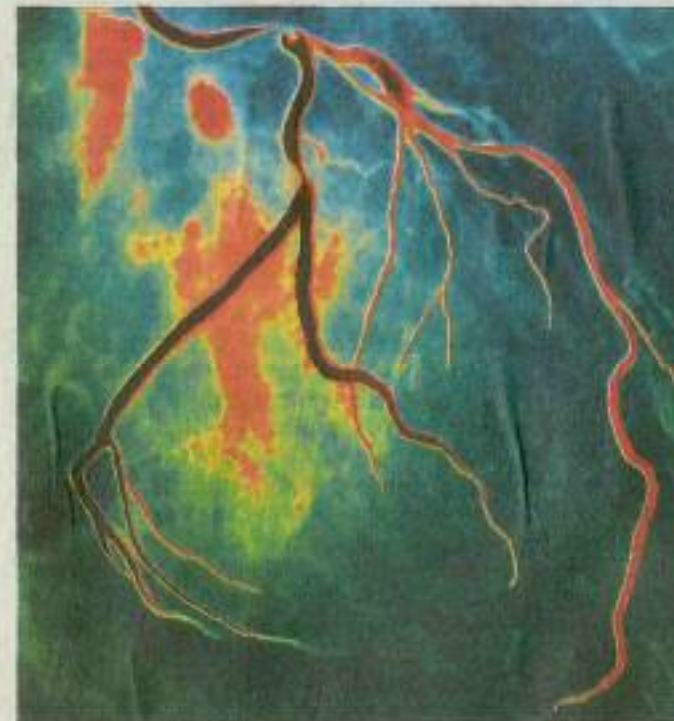


Foto ZephyrScience/Photo Library

Die Röntgenaufnahme des Herzens einer 53 Jahre alten Frau zeigt eine Gefäßverengung der Koronararterie, die zur Unterversorgung des benachbarten Herzgewebes führt (orange-farbener Bereich). Diese Minderversorgung kann zur Schwächung des Herzmuskels und damit zu einer Herzinsuffizienz führen. Viele solcher fortschreitenden Beeinträchtigungen werden in der Praxis nicht rechtzeitig erkannt.

# Zum Sinn des Gesundheitstrainings:

Veranstaltungen auf dem Kardiologenkongress im März – ab Seite 41

Nr. 01-02 / 1. Februar 2008 / 11. Jahrgang

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Rehazentrum Bad Nauheim  
04. Feb. 2008  
ISSN 1437-1073  
Klinik Wetterau

# Cardio News

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

## Vermassen wir die Erfolge der teuren Akutmedizin?



Akutbehandlung eines Infarktpatienten in Bad Oeynhausen

Gerade bei Herz-Kreislaufkrankheiten hat die moderne Medizin mit ihren medikamentösen, interventionellen und invasiven Therapien gewaltige Fortschritte gebracht. Auf der anderen Seite reduziert bei KHK-Patienten ein gesunder Lebensstil die Mortalität um 25 bis 45 Prozent. Die medikamentöse Sekundärprävention nach Herzinfarkt bringt es auf 18 bis 26 Prozent. Diese und andere Beobachtungen zeigen ziemlich

deutlich: Wir geben viel Geld für die teure und zweifellos effiziente Akutmedizin aus, aber investieren danach viel zu wenig in die natürlichen Aspekte der Sekundärprävention, in die Schulung und Motivation der Patienten. Und damit vermessen wir uns die Langzeiterfolge unserer teuren Akutmaßnahmen! Auch die stationäre Rehabilitation trägt ihren Teil zur Verbesserung des Erfolgs der Akutmedizin bei. Seite 16

Cardio news 1/2008

# Was weiß denn der Doktor schon?

Redselige Ärzte sind nicht immer die richtigen: Patienten beurteilen Leistung oft falsch

Was ihre Patienten von ihnen halten, wissen viele Ärzte nicht genau. Inzwischen geht aber die Beurteilung vieler Aspekte ärztlichen Handelns durch die Patienten immer öfter in eine Bemessung der Qualität ihrer Arbeit ein. Und damit wächst auch der Druck auf die Ärzte. Aber kann der Kranke auch ermessen, ob der Arzt über genügendes Wissen verfügt, ob er tatsächlich die angesagten Untersuchungen vornimmt, die richtigen Geräte zur Diagnose verwendet und die bestmögliche Behandlung wählt, wie dies manche Erhebungen mit erfragen?

Eine im „British Medical Journal“ (doi:10.1136/bmj.333.7557.1) veröffentlichte Untersuchung kommt zu dem Schluß, daß zumindest einige objektivierbare Aspekte ärztlichen Könnens nicht zutreffend von den in diesem Fall eher älteren Patienten eingeschätzt werden können. 3487 Patienten im Alter über 65 Jahre aus 18 ärztlichen Praxen in Basildon, einer repräsentativen, mittelgroßen Stadt in England, trugen zu der Untersuchung bei. Sie beantworteten in einem Fragebogen, der vor allem in den Vereinigten Staaten Verwendung findet, wie sie die Qualität der ärztlichen Betreuung, aber auch die der Mitarbeiter am Empfang oder im Labor beurteilten. Sie wurden zum Beispiel gefragt, wie sie das medizinische Fachwissen des Arztes einschätzen, die Gründlich-

keit und Notwendigkeit bestimmter Untersuchungen und Tests, die Treffsicherheit der Diagnose und das Verschreibungsverhalten.

Unabhängig von dieser subjektiven Bewertung wurden drei objektiv überprüfbare Kriterien von Experten anhand der Krankenakten beurteilt, nämlich wie oft der Blutdruck gemäß den gültigen Richtlinien gemessen wurde, wie gut er, falls nötig, behandelt wurde, und welche Patienten den Leitlinien entsprechend eine Grippeimpfung erhalten hatten. Dabei stellte sich heraus, daß die Patienten die Qualität der ärztlichen Leistung gleichsam durch eine Brille beurteilen: Wem sie gute kommunikative Fähigkeiten attestierten, wem sie vertrauten und wer nach ihrer Ansicht über ein ausgeprägtes Sensorium für Zwischenmenschliches verfügte, bei dem fühlten sie sich auch gut diagnostiziert und behandelt – was aber nicht immer stimmt, wenn man die objektiven Daten anhand der Krankenakten bewertet. In diesen Punkten gab es keine Übereinstimmung zwischen den Antworten der Patienten und den aktuellen Standards ärztlichen Handelns.

Derjenige, der gut mit seinen Patienten reden kann, muß nicht notwendigerweise auch den überhöhten Blutdruck richtig behandeln und umgekehrt. Hierin einen Rückfall in jene Verhältnisse zu wittern,

in denen nur der Arzt darüber zu entscheiden hatte, was gut ist für den Patienten, wäre kurzsichtig. Das widerspräche dem spürbaren, in vielen Fachartikeln unter Beweis gestellten Eintreten für die Rechte und die Ansprüche von Patienten. Es gibt kaum ein Land, in dem etwa schon so lange und so wohlwollend über die Mitspracherechte von minderjährigen Patienten und Kindern bei der Einwilligung in eine ärztliche Behandlung diskutiert wird wie in England.

Erst eine allerjüngste Veröffentlichung von Wissenschaftlern der Social Science Research Unit der University of London zur unterschätzten Kompetenz von zuckerkranken Kindern zeugt neben vielen anderen von dem ausdrücklichen Willen, auch die jüngsten Patienten als kenntnisreiche Partner in der Behandlung einer chronischen Erkrankung ernst zu nehmen („Archives of Disease in Childhood“, Bd. 91, S. 3000). Mala Rao vom Department of Health and Human Sciences und die Kollegen anderer englischer Universitäten, die die aktuelle Untersuchung vorgenommen haben, halten sich in ihren Kommentaren eher zurück. Man solle sich, so formulieren sie vorsichtig, zumindest nicht ausschließlich nach dem Urteil der Patienten richten, wenn man die Arbeit eines Arztes bewerte. MARTINA LENZEN-SCHULTE

*FAZ 02.08.06*

# Zu welchem Eingriff in welche Klinik?

Die Suche nach der richtigen Klinik ist in Deutschland ein reines Glücksspiel. Dabei werden Zahlen und Fakten längst erhoben. Nun werden sie zögerlich veröffentlicht

VON WAGHUS BEIER

Es ist eine riesige Datensammlung, die seit sechs Jahren für viel Geld jährlich zusammengestellt wird. Knapp 200 Seiten stark ist der sogenannte BQS-Qualitätsreport. Er gibt Auskunft über die Leistungen in deutschen Kliniken. Ganz konkret wird darin festgehalten, wie viele Gallenblasen entfernt wurden und wie oft es nach der Operation zu Infektionen kam. Oder wie viele Hüftgelenke implantiert wurden und wie gut die anschließende Beweglichkeit des Gelenks war. Von der Halschlagader bis zum künstlichen Kniegelenk, von der Gehirnhilfe bis zur Herztransplantation wird alles erfasst. Das Problem ist nur: Die Zahlen sagen nichts aus. Denn nach der Erhebung wird der einzigartige Datensatz gleich wieder in der Anonymität begraben.

So belegt der Bericht zwar minutiös, dass im vorletzten Jahr etwa 10 bis 20 Prozent an der Aorta-Klappe des Herzens operiert wurden und dass dabei 3,44 Prozent starben. Zwar beschreibt der Report auch, dass sich die Letalität bei diesem Eingriff in den verschiedenen Krankenhäusern erheblich unterscheidet. Teilweise entartete er haarsträubende Defizite. Nur: Die Namen der Kliniken werden verschwiegen. Welche Zahlen welchem Krankenhaus zuzuordnen sind, weiß allein die Geschäftsführung des betreffen-

den Krankenhauses selbst. Wer sich als Patient vor ärztlichem Dilettantismus schützen wollte, hat bisher keine Chance, auf die Daten zurückzugreifen. Eine Veröffentlichung unter Nennung der Klinik ist nicht vorgesehen.

Am vergangenen Donnerstag nun stellen 19 Hamburger Kliniken ihren „Hamburger Krankheitspiegel“ vor. Dabei handelt es sich um einen Internetauftritt, der die schon jahrelang vorliegenden Daten in kommentierter Form präsentiert. „Wir wollen den Patienten mündig machen“, sagt Jörg Weidenhammer von der Geschäftsführung der beteiligten Hamburger Akutepflege-Kliniken. Für den Anfang wurden vier gängige Eingriffe ausgewählt: Gallenblasenoperationen, künstliche Hüftgelenke, Brustoperationen und Herz-Katheter. „Bis Ende April dieses Jahres wollen wir fünf weitere darstellen“, sagt Marco Tergau, Internist, Kardiologe und Initiator dieses Projekts.

**Ganz konkret wird ermittelt, wie viele Operationen schiefliegen. Nur bleibt das dann anonym.**

„Dann werden wir auch über Herzschrittmacher, künstliche Kniegelenke, Operationen an der Halschlagader, Brüche des Schenkelhalses und Geburtshilfe berichten.“ Mit diesen neun Beispielen wären die häufigsten Eingriffe abgedeckt.

Damit hätten zumindest Patienten aus Hamburg und dem Umland die Möglichkeit, sich vor geplanten Operationen die erfolgreichste Klinik auszusuchen. Wer

bisher das richtige Krankenhaus suchte, war allein auf sein Gefühl angewiesen: „Nur 11 Prozent der Patienten vergleichen die Krankenhäuser vorher, 17 Prozent verlassen sich auf Verwandte, 42 Prozent auf die Empfehlung ihres Arztes und 24 Prozent nehmen einfach das Krankenhaus, das am nächsten liegt“, sagt Nina Denk, Leiterin des „Patienten-Barometers“ der Firma Psychonomics.

Jetzt liegen erstmals harte Fakten auf dem Tisch. Der Teufel steckt natürlich, wie immer, im Detail. Schwierig ist beispielsweise die sogenannte Risikoadjustierung. Denn nicht immer ist ein Krankenhaus mit guten Operationsergebnissen die beste Adresse. Eine Klinik etwa, die nur jungen und ansonsten gesunden Patienten ein künstliches Kniegelenk einsetzt, wird dabei sehr viel seltener mit Herz-Kreislauf-Komplikationen rechnen müssen als eine Klinik, die auch Schwestkranke operiert. „Die Hamburger Endoklinik zum Beispiel führt nur geplante Operationen bei vorher einbestellten Patienten durch“, sagt Jörg Weidenhammer, „dabei sind natürlich sehr viel bessere Ergebnisse zu erzielen als etwa in der Atomar Klinik, die sehr viele Unfallopfer behandelt.“ Aufgrund dieser Ungleichheit entsteht schnell der Eindruck, ein hochspezialisierter Chirurg habe schlechtere Operationsergebnisse als ein Landarzt – einfach deshalb, weil er sich an hochkomplizierte und damit auch riskantere Eingriffe herantraut.

Um dem vorzubeugen, werden die Daten in Hamburg in einem „strukturierten Dialog“ neu bewertet. Faktoren wie das Alter der Patienten, die Anzahl der Notfälle, Begleitkrankungen und die Schwere der Fälle fließen ein. Finden sich statistische Ungereimthei-

ten, werden sie mit den Betroffenen analysiert. „Wir sind die Ersten, die Auffälligkeiten prüfen, indem wir auf die Krankennoten zurückgreifen – und das unter Aufsicht unabhängiger Fachexperten“, sagt Tergau. Dabei können paradoxe Beobachtungen ausgemerkt werden – etwa wenn eine Klinik nur deshalb viele Nebenwir-

**In Amerika lehnen manche Ärzte schon Risikopatienten ab, um sich nicht die Statistik zu ruinieren.**

kungen dokumentiert, weil sie genauer hinschaut.

Die Hamburger Initiative soll kein Einzelfall bleiben. Spätestens im Juni wird in Berlin die zweite Ausgabe eines Klinikführers erscheinen – ebenfalls eine strukturierte Auswertung des BQS-Qualitätsreports. In Berlin wurde der Klinikführer journalistisch vom „Tagesspiegel“ entwickelt. Wie auch in Hamburg stießen die Initiatoren auf erhebliche Widerstände der Mediziner und Kliniken. „Wir hatten nicht gedacht, dass es so schwer werden würde. Zahlreiche Verbände wollten mitreden, die Koordination war fast unmöglich“, sagt Ingo Bach, der die Idee entwickelt hatte. Der Berliner Klinikführer enthält neben den übernommenen Daten auch eine Befragung niedergelassener Ärzte. In der kommenden Ausgabe sollen außerdem Patienten zu Wort kommen.

Ein dritter Ratgeber liegt als Klinik-Führer Rhein-Ruhr vor. Hier werden 74 Krankenhäuser

mit 17 Fachdisziplinen unter die Lupe genommen. Allerdings ist dieser Führer noch sehr lückenhaft: Nur etwa 60 Prozent der Häuser haben sich beteiligt, innerhalb der Kliniken haben sich viele Abteilungen verweigert. Die Angst vor Transparenz ist offensichtlich groß. Der Bedarf danach aber auch: „Wir haben 30.000 Klinikführer verkauft und hatten 700.000 Klicks auf unsere Homepage“, sagt der Geschäftsführer Peter Lampe. Die nächste Auflage kommt im Herbst.

Es könnte noch sehr viel konkreter werden. Nach amerikanischem Vorbild könnten die Daten nicht nur einzelnen Kliniken, sondern auch deren Ärzten zugeordnet werden. „Im Staate New York werden seit 1997 in der Herzchirurgie nicht nur die Operations- und Komplikationsraten von Krankenhäusern veröffentlicht, sondern auch die von einzelnen Chirurgen“, sagt Tergau. Das ist nicht unwichtig, schließlich gibt es Abteilungen, in denen der Chef nur noch in den wenigen kongressnahen Tagen operiert, sein Oberarzt aber täglich seine Fingerfertigkeit schult. Sie getrennt aufzuführen würde die Operationsentscheidung erheblich erleichtern. Umgekehrt zeigt das Beispiel New York aber auch unerwünschte Nebenwirkungen: Einige Chirurgen lehnten die Operation von Patienten mit erhöhtem Risikoprofil ab, um sich nicht ihre Statistik zu ruinieren.

Trotz des erheblichen Widerstandes vieler Kliniken und Ärzte ist die Entwicklung wohl nicht mehr aufzuhalten. Die entscheidenden Daten liegen jeder Klinik in Deutschland vor. Und die Bereitschaft, diese Daten dem Patienten auch zu zeigen, ist vielleicht schon der entscheidende Indikator für die Qualität eines Krankenhauses.

[www.faz.net](http://www.faz.net)

# Zu welchem Eingriff in welche Klinik?

Herzkatheteruntersuchung und -behandlung	Sollwert:	>=80%	<=10%	>=85%	Fallzahl
Kliniken in Frankfurt		Chirurgische Komplikation(en) während oder nach der OP	Ballondilatationen ohne nachweisliche Anzeichen einer Durchblutungs- störung der Kranzgefäße	War die Ballondilatation erfolg- reich (Wiederherstellung der Durchblutung der Herz- kranzgefäße bei akutem Herz	
Frankfurter Diakonie-Kliniken (Markuskrankenhaus und Bethanienkrankenhaus)		87,7 (12)	12,8 (14)	89,4 (14)	3725
Hospital zum Heiligen Geist		78,9 <sup>1)</sup> (16)	22,7 <sup>1)</sup> (15)	96,2 (3)	556
Kliniken Rotes Kreuz (Rotes Kreuz KH und Maingau)		100 (1)	0,5 (1)	99,5 (1)	3667
Krankenhaus Nordwest		97,4 (2)	0,9 (2)	96,0 (4)	583
Krankenhaus Sachsenhausen		95,4 (4)	2,9 (4)	85,0 (15)	196
Sankt-Katharinen-Krankenhaus		87,5 (13)	8,5 (11)	75,8 <sup>2)</sup> (16)	340
Städtische Kliniken Höchst		91,3 (8)	5,8 (9)	93,6 (7)	1050
Uniklinik Frankfurt		80,4 (15)	14,3 (13)	94,3 (5)	1539
<b>Kliniken im Rhein-Main-Gebiet</b>					
Alice-Hospital Darmstadt		89,6 (11)	4,1 (6)	94,0 (6)	2235
Asklepios Kliniken Langen		97,2 (3)	1,5 (3)	89,7 (13)	821
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden		90,9 (10)	5,7 (8)	93,3 (8)	981
Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim		95,1 (5)	3,0 (5)	93,1 (9)	3308
Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Bad Soden		86,6 (14)	9,0 (12)	96,8 (2)	1306
Klinikum Darmstadt		92,5 (6)	5,3 (7)	91,2 (10)	1791
Sankt-Josefs-Hospital, Wiesbaden		91,5 (7)	6,7 (10)	90,6 (12)	1581
Städtische Kliniken Offenbach		91,1 (9)	K.A.	91,0 (11)	935

<sup>1)</sup> Im Vergleich zu anderen Kliniken hat das Hospital zum Heiligen Geist teilweise bis zu 50 Prozent mehr multimorbide Patienten. Ihnen kann nicht immer ein Belastungs-EKG zugemutet werden.

<sup>2)</sup> Aufgrund eines Eingabefehlers falsch ermittelter Wert. Kontrolle durch die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen ergab Erfolgsquote von 100 Prozent. (Anmerkungen der Kliniken)

Quelle: eigene Recherche

## **Seit 1. Januar 2006 gilt § 95d SGB V:**

---

**§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung.** (1) <sup>1</sup>Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(2) <sup>4</sup>Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert.

# Seit 1. Januar 2006 gilt § 95d SGB V:

---

## § 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung.

(3) <sup>7</sup>Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuß einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für ermächtigte Ärzte entsprechend.

# Verpflichtung zur fachlichen Weiterbildung

---



## § 12 SGB V:

---



## § 12 SGB V: ... und wirtschaftlich

---



# Ziel des Gesundheitstrainings: „Ärzte empfehlen, Patienten entscheiden.“ (Th. Wendt)

J. Isfort  
B. Floer  
N. Koneczny  
H. C. Vollmar  
M. Butzlaff

## „Shared Decision Making“ Arzt oder Patient – Wer entscheidet?

*Doctor or patient – who will decide?*

Das traditionelle Arzt-Patienten-Verhältnis wandelt sich. Der Arzt ist häufig nicht mehr die wichtigste Wissensquelle oder der alleinige Ratgeber. Viele Patienten sind selbstbewusster, „wählerischer“ geworden. Verordnungen ohne verständliche Erklärung werden oft nicht mehr einfach hingenommen, „blindes Vertrauen“ ist seltener geworden. Das Schlagwort der „Patientenaufklärung“ – in den 70er und 80er Jahren als Folge juristischer Notwendigkeit zunächst vor operativen Eingriffen etabliert – wird abgelöst von der Forderung nach gemeinsamer Entscheidungsfindung (13). Von den Ärzten wird eine kompetente, partnerschaftliche und umfangreiche Kommunikation erwartet (6) – eine Erwartung, die sich aus Sicht der Patienten häufig nicht erfüllt.

Der Begriff des „Shared Decision Making“ wurde 1990 von der WHO aufgegriffen: „Ein Mitentscheiden von Patienten (...) ist nicht nur wünschenswert, sondern aus sozialer, ökonomischer und technischer Sicht notwendig“ (25). In der aktuellen Diskussion um die Reform des deutschen Gesundheitswesens ist die stärkere Einbindung der Patienten auf verschiedenen Ebenen zu finden:

- bei der Planung von „Disease Management Programmen“, in denen die Einführung von Patientenschulungen, telefonischen Beratungsstellen („Call Center“ und „Hotlines“) und umfangreichem Informationsmaterial als Hauptbestandteile gelten;
- bei der Einführung von Hausarztmodellen und -tarifen, in denen die Patienten selbst entscheiden können, ob der Zu-

Ethik in der Medizin

***Dtsch Med Wschr 127: 2021-24 (2002)***

# Mittel zur Sicherung des Heilerfolgs

Der Patient sollte beim Verlassen der Klinik umfassend und verständlich informiert werden, um der im ambulanten Bereich zunehmenden Eigenverantwortung gerecht werden zu können.

Karl D. Vitt<sup>1</sup>, Christoph M. Erben<sup>1</sup>, Stephan Kupsch<sup>1</sup>, Wolfgang Rüter<sup>2</sup>



Mit der Aufforderung zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen soll nicht allein die Patientenzufriedenheit verbessert werden. Bedeutsamer erscheint der Aspekt, über diese Umorientierung einen Weg zu finden, den Patienten vermehrt in seinen Gesundungsprozess einzubinden und diesen damit zu fördern. Es ist ein

tionalisierungsreserven im Gesundheitswesen. Es liegt also nahe, mehr Anstrengungen zu unternehmen, um Patienten für eine Therapie zu interessieren und sie zur Übernahme von Eigenverantwortung zu gewinnen.

**Bessere Patientenorientierung**

raten, tun diese wirklich (3, 4)? Da „compliance“ Elemente der Fügsam- und Unterwürfigkeit beinhaltet, die mit der Selbstbestimmung des Patienten in Konflikt treten, wird „compliance“ im angelsächsischen Sprachraum zunehmend durch die Begriffe „adherence“ (Adhärenz: an der Verordnung festhalten) und/oder „concordance“ (Konkordanz: Übereinstimmung) ersetzt.

Adhärenz erfordert die Einwilligung des Patienten mit den gegebenen Empfehlungen; Patienten werden als aktive Partner ihrer eigenen Therapie gemeinsam mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen gesehen. Eine gute Kommunikation und Gesprächsführung zwischen Patient und Arzt ist unabdingbare, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für effektive klinische Praxis (5). Nach Petermann (6) ist Adhärenz nicht statisch, sondern ein komplexes, dynamisches und situati-

**Ziel des Gesundheitstrainings:**

*„Ärzte empfehlen, Patienten entscheiden.“*

(Th. Wendt)

**Entstehung von Verwaltungsbescheiden, z.B. Berentung:**

*„Ärzte beurteilen, Juristen entscheiden.“*

(SGB VI)

**Festlegung von Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung):**

*„Ärzte beurteilen Entlassungsstatus au/af, Hausarzt entscheidet.“*

(SGB V)

# „Ärzte empfehlen, Patienten entscheiden“ (SDM) klappt nur, wenn...

---

## „Shared Decision-Making“ mit Bluthochdruckpatienten Ergebnisse einer Implementierung in Deutschland

Shared decision-making in hypertension: results of implementation in Germany

**Hintergrund und Fragestellung:** Die misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient spielt eine wichtige Rolle für das Ausbleiben eines Therapieerfolgs. In der hier vorgestellten Studie wurde analysiert, inwieweit zwischen Arzt und Patient partnerschaftlich getroffenen Entscheidungen (sog. „Shared Decision-Making“=SDM) die Blutdrucktherapie und -kontrolle beeinflussen.

**Folgerung:** Ein Zusammenhang zwischen „Shared Decision-Making“ und verbesserter Blutdruckkontrolle lässt sich nur für Patienten mit einem hohem Bedürfnis nach Teilhabe am Entscheidungsprozess nachweisen. Für die Praxis ist es daher bedeutsam, die Patienten zu identifizieren, die ein hohes Partizipationsbedürfnis haben, um sie in die Therapieentscheidungen mit einzubeziehen und die Therapieadhärenz zu verbessern.

**DMW 131: 2592-2596 (2006)**