

Was kann ein **niedergelassener Kardiologe** in der **Invasivkardiologie** tun?

S. SILBER, MÜNCHEN

Unter Vorsitz der Präsidentin des CCP (Frau M. J. Salvador, Barcelona) und ihres Vizepräsidenten (A. Sebaoun, Paris) war es das primäre Ziel dieses Symposiums, die aktuelle Situation der niedergelassenen Kardiologinnen / Kardiologen in den 5 oben genannten Mitgliedsländern darzustellen. Hierbei kamen große regionale Unterschiede zum Vorschein: Während z. B. in den südlichen Ländern die Mehrzahl der in der niedergelassenen Kardiologie weiblich ist, so sind Kardiologinnen in den nördlichen Mitgliedsländern eher eine Ausnahme.

Die Möglichkeiten und Grenzen eines niedergelassenen Kardiologen auf dem Gebiet der Koronarangiographie und Koronarinterventionen stellte Prof. Dr. med. S. Silber (Kardiologische Gemeinschaftspraxis, München) dar, der auch gleichzeitig Mitglied des Vorstandes des CCP ist: Die Fragestellung seines Vortrages lautete: Was kann ein niedergelassener Kardiologe in der Invasivkardiologie tun? Die Antwort war kurz und bündig: Alles!

Spektrum der Möglichkeiten

Niedergelassene Kardiologen führen sowohl die Routinediagnostik als auch Routineinterventionen durch. Zusätzlich werden auch spezielle materialabtragende Verfahren, wie z. B. die Rotablation durchgeführt, ebenso „Cutting balloons“ eingesetzt. Zusätzlich werden aber auch spezielle Interventionen wie die Implantation antiproliferativer Stents, intrakoronare Brachytherapie, Ballondehnung von Carotisstenosen (Abb. 1), Implantation von biventrikulären

Am 1. September 2002 fand das erste Symposium des CCP (Council for Cardiology Practice) im Rahmen der diesjährigen Tagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) in Berlin statt. Der CCP repräsentiert über 9000 niedergelassene Kardiologinnen / Kardiologen aus Belgien, Frankreich, Italien, Spanien und Deutschland. Die Aufnahme weiterer Organisationen von niedergelassenen Kardiologen in anderen Europäischen Ländern ist geplant. Die Gründung des „Council for Cardiology Practice“ wurde letztes Jahr auf der Jahrestagung in Stockholm mit großer Mehrheit beschlossen, so daß dieses Jahr das erste Symposium des CCP stattfinden konnte.



Prof. Dr. Sigmund Silber

Schrittmachern bei Herzinsuffizienz, Verschuß von Vorhofseptumdefekten und Implantation von Defibrillatoren vorgenommen. Auch nehmen niedergelassene Kardiologen – genauso wie Universitätskliniken und kommunale Krankenhäuser – an „Chest-Pain-Units“ teil, d. h. sie bieten eine Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft im Herzkatheterlabor für Patienten mit akutem Herzinfarkt an (Abb. 2 a und b).

Qualitätssicherung

Besonderen Wert legt Prof. Silber auf die Feststellung, daß die Quali-

tätssicherung mit externer Kontrolle einen zentralen Bestandteil der niedergelassenen Invasivkardiologen in Deutschland darstellt. So nahm die Anzahl der an diesem Programm (Quik = Qualitätssicherung Invasiv-Kardiologie) teilnehmenden Praxen von 1996 neun auf im Jahre 2001 76 zu. Die Ergebnisse werden regelmäßig als Jahrsbericht in der Zeitschrift „HERZ“ publiziert. So nahm z. B. das mittlere Alter der katheterisierten Männer von 60 (1996) auf 62 (2001) zu, bei Frauen von 64 auf 66 Jahre. Auch ist der Anteil an weiblichen Patienten mit PTCA von im Jahre 1996

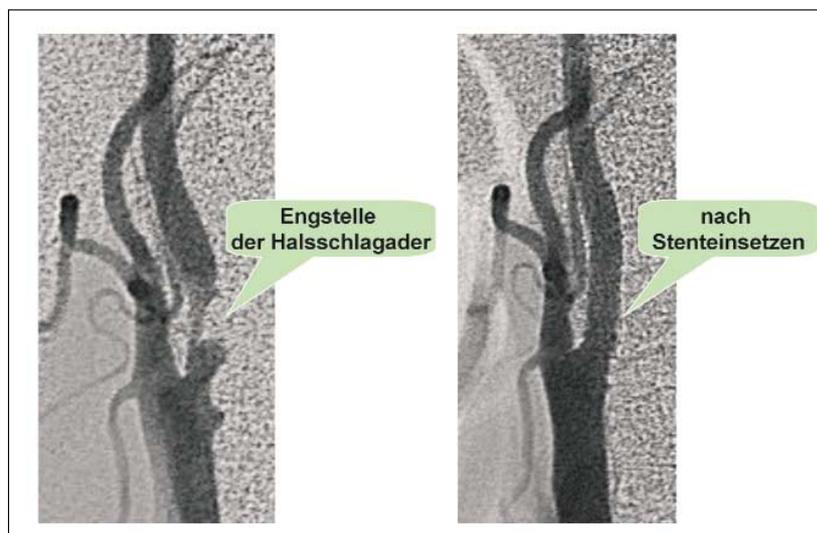


Abb. 1: Hochgradige, zerklüftete Engstelle einer A. carotis interna (links) mit gutem Endresultat nach Einsetzen eines Carotis-Stents (rechts).

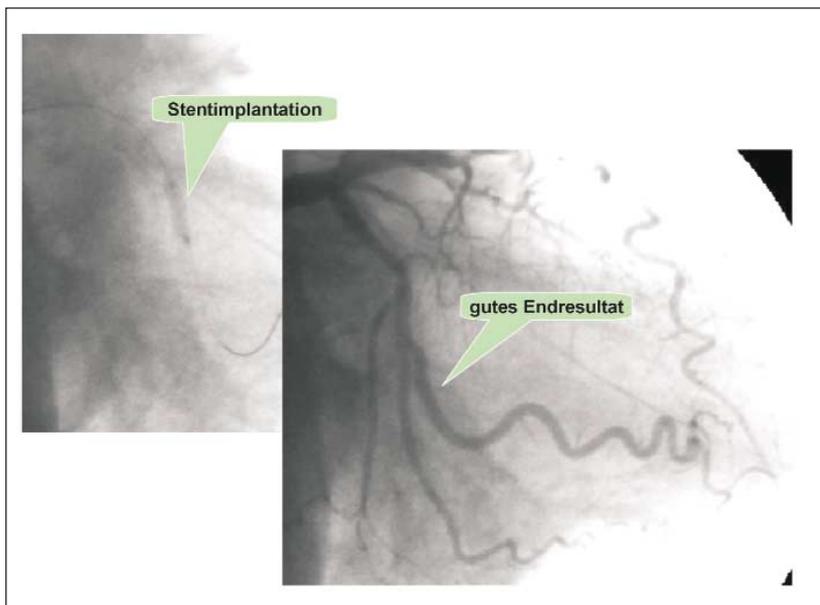
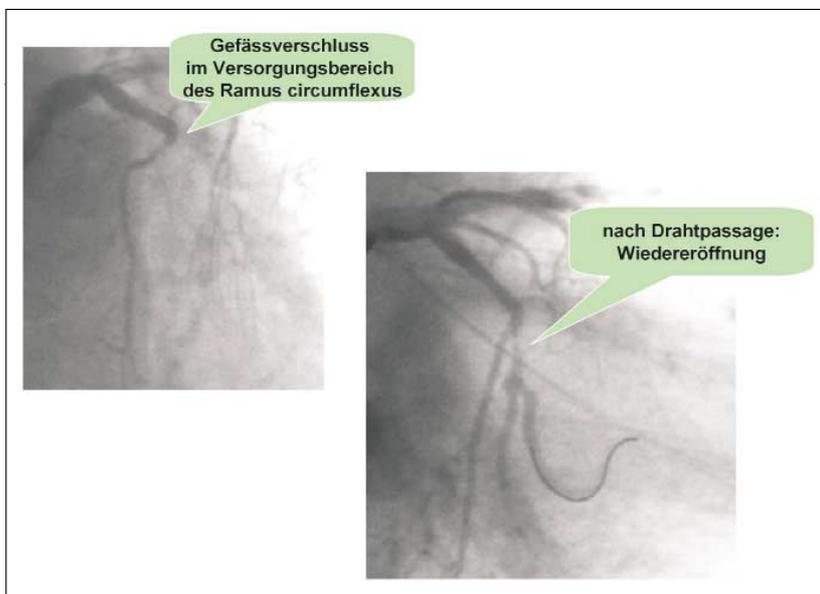


Abb. 2: Akutverschlus eines großen Ramus Circumflexus bei einer 82jährigen Patientin, die wegen unklarer Brustschmerzen zu Fuß in die Praxis kam.
2a: Oben links erkennt man den fehlenden (weil verschlossenen) RCx, unten rechts die teilweise Wiedereröffnung schon nach Passage des Führungsdrahtes. Die Aufhellungen entsprechen zahlreichem thrombotischen Material.
2b): Oben links die Stentimplantation mit (unten rechts) gutem Endresultat. Die Patientin war anschließend beschwerdefrei.

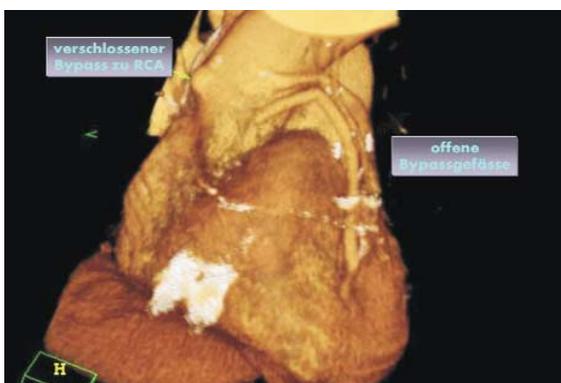


Abb. 3: Nichtinvasive Bypass-Angiographie mit dem ultraschnellen CT (UCT): Nach intravenöser Injektion des Kontrastmittels erkennt man den Bypass zur rechten Kranzarterie verschlossen (lediglich ein Stumpf an der Aorta ist noch zu erkennen), während die Venenbypass-Transponate zur Vorder- und Seitenwand offen sind.

von 22,6 % auf im Jahre 2001 24,4 % angestiegen. Interessanterweise ist der Anteil an PTCA-Patienten mit deutlich eingeschränkter linksventrikulärer Auswurf fraktion (EF) von 13,5 % (1996) auf 31,7 % (2001) kontinuierlich größer geworden. Somit nimmt der Anteil an schwerkranken Patienten, die in niedergelassenen Katheterlabors einer Koronarintervention zugeführt werden, zu.

Ein besonderes Merkmal, welches ausschließlich für die vertragsärztlichen Herzkatheter zutrifft, sind die Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V „zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologi-

scher Leistungen“. Diese, im Deutschen Ärzteblatt am 24.09.1999 veröffentlichten Vorschriften, erfordern nicht nur eine Mindestanzahl bereits durchgeführter diagnostischer und interventioneller Maßnahmen zum Erhalt der Kassenzulassung, sondern auch eine kontinuierliche Mindestleistungserbringung, ähnlich einem „Pilotenschein“: nachzuweisen sind mindestens 150 diagnostische Herzkatheter und mindestens 50 Ballondehnungen pro Jahr pro Vertragsarzt. Diese Vorschrift kommt auch den Empfehlungen der ACC/AHA Richtlinien entgegen.

Zukunft der niedergelassenen Invasivkardiologen in Europa

Die Zukunft hängt von zwei Faktoren ab:

1. Politische Vorgaben:

Zur Zeit stehen wesentliche Änderungen im Gesundheitssystem zur Diskussion. Politiker, kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und alle anderen am Gesundheitssystem beteiligten Institutionen sind zum Erhalt und Ausbau der bestehenden vertragsärztlichen Strukturen mit dokumentiert hohem qualitativem Niveau aufgefordert.

2. Neue technologische Entwicklungen:

Mit der weiteren Entwicklung „ultraschneller“ Computertomographen (UCT) ist damit zu rechnen, daß die diagnostische Herzkatheteruntersuchung weitgehend überflüssig wird (Abb. 3). Es ist damit zu rechnen, daß zum Zeitpunkt der im Anschluß an die mit dem UCT durchgeführte nichtinvasive Koronarangiographie geplante Herzkatheteruntersuchung der koronarangiografische Befund bereits bekannt ist, so daß dann die Koronarinterventionen geplant und gezielt durchgeführt werden können.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Sigmund Silber
Kardiologische Gemeinschaftspraxis
in der Klinik Dr. Müller
Am Isarkanal 36, 81379 München
ssilber@med.de