

Tatsachen im Schnappschuss: Sartane Privileg für Privatpatienten Auch Kardiologe patzt beim Hypertonus

KONGRESSBERICHT

MÜNCHEN – Sind Kardiologen besser als Hausärzte, was die Einschätzung von Herz-Kreislauf-Risiken betrifft? Wie die Snapshot-Umfrage des BNK* ergab, werden Hochdruck-Patienten auch bei den Spezialisten nicht optimal versorgt.

Nur 55 % der Bluthochdruck-Patienten erhalten von ihrem Hausarzt überhaupt eine antihypertensive Medikation, wie die DETECT**-Studie ergab. Und damit ist noch nichts über die Qualität der Einstellung gesagt, merkte Professor Dr. SIGMUND SILBER, München, beim 30. Wissenschaftlichen Kongress der Hochdruckliga „Hypertonie 2006“ an. Um zu prüfen, wie es um Patienten steht, die von ihrem Hausarzt in Spezialistenhände überwiesen wurden, werteten er und seine Kollegen im Rahmen der Snapshot-Umfrage Daten von mehr als 7000 Patienten aus 261 kardiologischen Praxen aus.



In der Einschätzung ihrer Behandlungsqualität verkalkulierten sich den Daten zufolge die Kardiologen ebenso wie die Hausärzte. In 60 % der Fälle urteilten sie „optimal eingestellt“, während dies nur in etwa 35 % der Fälle tatsächlich der Fall war. Ein Viertel der Patienten erhielt eine Monotherapie. Als häufigste Zweierkombination setzten die Herzspezialisten Betablocker plus ACE-Hemmer ein, als häufigstes Dreiergespann verordneten sie Betablocker, ACE-Hemmer plus Diuretikum.

Erstaunlich für die Studienautoren: Von den Patienten mit Diabetes mellitus erhielten nur 26,5 %

einen Angiotensin-I-Rezeptorblocker – trotz der bekanntermaßen günstigen Effekte dieser Substanzen bei Zuckerkranken.

Ob ein Patient in den Genuss einer Sartan-Therapie kam oder nicht, hing zudem klar von seiner Versicherungsart ab. Während man mehr als 45 % der privat Versicherten auf ein Medikament aus dieser Substanzklasse eingestellt hatte, war dies nur bei knapp über 20 % der gesetzlich Versicherten der Fall. Als Monotherapie kam erster Wahl erhielten 22 % der „Privaten“, aber nur 13 % der GKV-Patienten einen Angiotensin-I-Rezeptorblocker.

Blutdruckziel nur bei jedem Dritten erreicht

Die Zusammensetzung des Kollektivs – 89 % GKV- und 11 % PKV-Patienten – bildet die Versorgungsrealität in Deutschland gut ab, unterstrich Prof. Silber in seinem Resümee. Der Blutdruck war insgesamt nur bei einem Drittel der Studienteilnehmer gut eingestellt, und zwar bei den „Privaten“ signifikant

besser als bei gesetzlich versicherten Patienten. Hatte schon DETECT den Hausärzten kein gutes Zeugnis ausgestellt, so tut die Snapshot-Umfrage nun Gleiches bei den Kardiologen, meinte der Referent: Auch bei den Spezialisten sind Hypertonie-Patienten unterversorgt und ihre Begleiterkrankungen werden nicht genügend berücksichtigt. CG

*Bundesverband Niedergelassener Kardiologen
**Diabetes cardiovascular risk Evaluation: Targets and Essential data for Commitment of Treatment

Zentrales Gallengangkarzinom Nur bester Chirurg ran!

REGENSBURG – Gallengangkarzinome sollten nur von sehr erfahrenen Chirurgen operiert werden. Vor allem zentral gelegene Karzinome sind eine technische Herausforderung.

Gallenwegkarzinome machen rund 3 % der gastrointestinalen Tumoren aus, erklärte Professor Dr. GEORG PISTORIUS von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der Sozialstiftung Bamberg auf der 83. Jahrestagung der Vereinigung Bayerischer Chirurgen.

Patienten ohne Fernmetastasen sollten operiert werden, bei distalen und periampullären Karzinomen wählt man meist die partielle Duodenopankreatektomie. Bei kleinen Tumoren im mittleren Gallengang genügt in seltenen Fällen eine Gang- und Lymphknotenresektion mit biliodigestiver Anastomose.

Zentrale Gallengangkarzinome erfordern neben einer Hilusresektion meist eine (erweiterte) Hemihepatektomie oder zentrale Leberresektion. Bei über 80 % der Patienten sind zum Diagnosezeitpunkt die Perineuralscheiden infiltriert, 50 % haben regionäre Lymphknotenmetastasen, etwa jeder zweite Tumor hat die Leber infiltriert. Meist ist eine Hepatikojejunostomie erforderlich. Bei schwierigen Gallenganganastomosen muss eine primäre innere Schienung erwogen werden. AW

Milder Verlauf täuschte Schwerste Malaria von Kenia-Reise

GÖTTINGEN – Trotz Malaria- prophylaxe mit Chloroquin erkrankte eine 53-jährige Patientin nach dreiwöchiger Kenia-Reise an einer schweren Malaria tropica mit ausgeprägter Parasitämie. Rechtzeitige Therapie bewahrte sie vor dem Schlimmsten.

Einige Tage nach der Rückkehr aus Kenia litt die Patientin unter Fieber, Müdigkeit, Kopf- und Bauchschmerzen, Durst, Diarrhoe und Braunfärbung des Urins. Unter Malariaverdacht bei unzureichender Prophylaxe wurde sie in die Universitätsklinik Göttingen überwiesen.

Die körperliche Untersuchung ergab bis auf Fieber, leichte Schläfrigkeit und diskreten Ikterus keinen auffälligen Befund, berichtet Privatdozent Dr. UTZ REICHARD. Auch der neurologische Status war unauffällig. Überraschend fiel bei dem relativ milden Verlauf der Befund des „Dicken Tropfens“ aus: Man fand typische Zeichen einer schweren Malaria tropica. Im Blutaussstrich zeigte sich, dass 28 % der Erythrozyten von Parasiten befallen waren. Bei einem Kontrollausstrich drei Stunden später betrug diese Rate bereits 50 %.

Zusätzlich zur intravenösen Therapie mit Chinidinhydrochlorid und Doxycyclin entschloss man sich aufgrund der extrem hohen Parasitämie zu einer partiellen Austauschtransfusion, um das Eindringen der Parasitenmassen in die inneren Organe zu verhindern. Durch Aderlass von zwei Litern und Substitution von Erythrozyten und Plasma sank die Parasitämie auf 25 %. Sechstägige Therapie mit anfänglich Chloroquin und dann Mefloquin beseitigte die Parasiten komplett, und die Patientin konnte am neunten Tag entlassen werden. MW

Utz Reichard et al., Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 2010 – 2012