

Der **Männerarzt**

MÄNNERGESUNDHEIT – WISSEN & INFORMATION • 6. JAHRGANG • NUMMER 2 • JULI 2010

Themen dieser Ausgabe:

- **U. Hartmann, A. Simon**
Lustlosigkeit bei Männern
- **F. A. Stebner**
Kasse oder privat?
- **U. Schoenberger**
Keine Angst vor der Presse
- **A. Simon**
Stimmungsschwankungen nach Hodentumor
- **D. Kayser-Passmann**
Bonus für die Mitarbeiter durch steuerfreie Zuwendungen
- **M. Schiller**
Die (weiße) Hautkrebsepidemie
- **A. S. Merseburger, M. A. Kuczyk, A. Simon**
Seelische Belastungen beim Prostatakarzinom
- **H. Schorn**
PSA-Bestimmung?
– Jetzt erst recht!
- **A. Göhring**
Vorurteile und Wahrnehmungen im Kundenkontakt
- **F. A. Stebner**
„Was aufschreiben kann ich immer noch ...“



Editorial

Liebe Männerärztin, lieber Männerarzt,

obwohl wir das Sommerloch noch nicht haben, wird es anscheinend schon in der medizinischen Fachpresse und durch Ärzteverbände gefüllt. So als hätte die Ärzteschaft nur darauf gewartet und keine anderen Sorgen, folgen die Schlagzeilen aufeinander: „Selbst gemixte Arzneimittel müssen deklariert werden“ (MMW 14/2010, 8), „Meldepflicht für Salbenmischer“ (Der Hausarzt 7/10, 42). Journalisten glauben sogar, feststellen zu müssen: „Bisher bewegten sich Mediziner teilweise in einer rechtlichen Grauzone“ (Holler, Neue Regeln für Ärzte, die Arzneien herstellen, Ärzte-Zeitung 26.03.2010). Die Feststellung ist juristisch absurd.

Sturm im Wasserglas

Das Thema „Anzeige von Arzneimittelherstellung in Praxen“ erhält in der Fachöffentlichkeit eine erstaunliche Resonanz. Mit dem 15. AMG-Änderungsgesetz 2009 ist eine Gesetzesänderung erfolgt, die Ärzte seit Anfang 2010 verpflichtet, die Herstellung von Arzneimitteln in ihren Praxen der Arzneimittelaufsichtsbehörde anzuzeigen. Dass Gesundheitsämter und Arzneimittelaufsichtsbehörden die Arzneimittelbevorratung und auch die Herstellung von Arzneimitteln in Arztpraxen kontrollieren können, ist seit Jahrzehnten nach dem AMG Rechtsgrundlage. Läuft die „Anzeigepflicht“ auf eine Pauschalinformation der zuständigen Aufsichtsbehörde hinaus, reiht sie sich in eine Fülle von Verwaltungsobliegenheiten der Ärzte ein, die letztlich weitgehend unbedeutend ist. Entscheidend wird es aber darauf ankommen, wie die Aufsichtsbehörden mit der ganzen Thematik umgehen, schließlich ist die „Herstellung von Arzneimitteln“ in Praxen alltäglich, beispielsweise bereits beim Aufziehen von zwei Präparaten in einer Spritze.

Injektionen sind Ärzten ohne Anzeige erlaubt – noch

Unter dem Eindruck der Contergan-/Thalidomid-Katastrophe wurde 1976 das EG-harmonisierte moderne deutsche Arzneimittelrecht konzipiert. Ein Dispensierrecht für Ärzte wurde nicht mehr vorgesehen, wiewohl die Herstellung von Arzneimitteln in der Praxis zur Anwendung während der Sprechstunde an Patienten unbestritten als wesentlicher Bestandteil ärztlicher Tätigkeit blieb. Das Änderungsgesetz brachte inhaltlich nichts Neues, sondern lediglich eine weitere Anzeigepflicht, wobei nach ersten Beobach-

tungen von den Aufsichtsbehörden höchst unterschiedliche Anforderungen gestellt werden. Allgemein reicht die bloße Bekanntgabe der üblichen therapeutischen Tätigkeit mit Arzneimittelmischungen von Fertigarzneimitteln. Weitergehende Anforderungen sind mit dem Sinn und Zweck der neuen Norm und der Anzeigepflicht nicht vereinbar. Da Bußgelder verhängt werden können, ist eine allgemeine Mitteilung an die Behörden sinnvoll. Die Zuständigkeit ist in jedem Bundesland anders geregelt; Anschriften sind (über das Internet) bei den Gesundheitsministerien erhältlich.

Als ob es nichts Wichtigeres gäbe

Es ist schon erstaunlich, wie eifertig manche Ärzteorganisationen (Kammern und Verbände), Behörden und last not least Ärzte die Anzeigepflicht aufgreifen, anstatt gelassen die Sache so zu sehen, wie sie ist: Wieder einmal mehr ein neues Formular ohne praktische Konsequenzen. Was tut Not? Die großzügige Auslegung und Handhabung kleinkarrierter Bestimmungen (aus Brüssel und den Hauptstädten), so wie man in südlichen EU-Ländern (Frankreich, Italien) schon immer gut fährt. In Deutschland mahnt zu Recht Altkanzler Helmut Schmidt: In Rage bringen ihn insbesondere die vom Gesetzgeber immer öfter ins Absurde getriebene Regelungswut oder die ausufernde Bürokratie (Noack, Helmut Schmidt, Die Biographie, 4. Auflage Berlin 2009, S. 275). Und in einer Zeit der schmerzlich vermissten Autoritäten und Leitfiguren sind Ausführungen Helmut Schmidts offenbar goldene Worte (a.a.O., S. 306).

Viele, viele Gesetze braucht das Land

Und der zum Patientenbeauftragten der Bundesregierung avancierte CDU-Politiker Zöller bejubelt als Vorhaben ein neues „Patientengesetzbuch“. Zöller will keine Zeit verlieren, berichtet die Ärzte-Zeitung (10.03.2010). Bis Ende des Jahres will er Inhalte des geplanten Patientenrechtgesetzes erarbeiten. Was soll es bringen, wenn historisch entwickelte Rechte von Patienten aus verschiedenen Gesetzen in einem zusammengefasst werden? Man müsste auch vieles übertragen; wie dies gelingt ist fraglich. Wir haben so unsere Erfahrungen mit der Ablösung der alten Reichsversicherungsordnung durch das Sozialgesetzbuch gesammelt. Kommt da jemand auf die Idee von „des Kaisers neuen Kleidern“ zu sprechen? Oder verbirgt sich hinter der Aktion etwas ganz anderes? Möchte man die Gelegenheit nutzen,

vermeintlich Rechte von Patienten zu stärken, indem man Rechte der Ärzte schwächt? Unter dieser Prämisse ließe sich auch endlich eine neue GOÄ durchboxen, wie Beihilfebehörden und Krankenversicherer sie sich vorstellen.

Ich wünsche Ihnen einen angenehmen, aber auch erfolgreichen Sommer. Und wenn Sie sich im Urlaub vertreten lassen, schauen Sie einmal in DER MÄNNERARZT 1/2008 mit den Beiträgen „Sommerzeit – Vertretungszeit: Was rechtlich alles zu beachten ist“ und „Mit guter Praxisorganisation beruhigt in den Urlaub fahren“ (www.kup.at/journals/inhalt/1052.html).

Ihr Frank A. Stebner

Der Herausgeber

Dr. jur. Frank A. Stebner ist Fachanwalt für Medizinrecht und Praxisberater Med Trainer®-Konzept in Salzgitter. Seit 23 Jahren sind Schwerpunkte seiner juristischen Arbeit in ganz Deutschland: Berufsrecht, privatärztliche Leistungen, Kassenarztrecht und ärztliche Kooperationen. Als Praxisberater leitet er Seminare und berät Ärzte individuell zu Praxiskonzeption und Marketing.

Korrespondenzadresse

Dr. jur. Frank A. Stebner
Reitling 3
38228 Salzgitter
Telefon 05341-8531-0
Fax 05341-8531-50
info@drstebner.de
www.DrStebner.de



Hinweis der Redaktion:

Neu in dieser Ausgabe: **Männerarzt – Memos** mit kurzen Informationen aus dem Bereich Medizin und Recht. Ausführlichere Informationen zu diesen Themen erhalten Sie über Bayer Vital. Bitte senden Sie dazu eine E-Mail an die Redaktion ro.rosenberg@t-online.de unter Angabe des gewünschten Memos z. B. „Hodenkrebs“. Außerdem freuen wir uns auf diesem Wege auch über Ihre Anregungen, Kommentare, Kritik und auch Lob wird gern genommen.

Impressum

Der Männerarzt

Medieninhaber

Bayer Vital GmbH, Geschäftsfeld Männergesundheit und Urologie
Gebäude K56, 51368 Leverkusen

Herausgeber

Dr. jur. Frank A. Stebner, Reitling 3, 38228 Salzgitter

Layout/Satz

adamwerbung, Landgrafenstieg 3 A, 07743 Jena

Druck

Druckhaus Gera GmbH, Jacob-A.-Morand-Straße 16, 07552 Gera

Titelbild

© DTokar/fotolia.com

Erscheinungsweise

4 x im Jahr

Abonnement

Jahresabonnement (4 Ausgaben)
Euro 24,- (inkl. Porto und Versand), Einzelheft Euro 7,-
Bestellung unter Telefon 0208-3056-166 oder
per E-Mail: abo@pro-anima.de

Hinweis

Namentlich gekennzeichnete Artikel, Leserbriefe sowie sonstige Beiträge und die darin enthaltenen Therapieangaben sind die wissenschaftliche und/oder persönliche Meinung des Verfassers und müssen daher nicht mit der Meinung der Redaktion oder der von Bayer übereinstimmen. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Druckwiedergabe wird sorgfältig geprüft, erfolgt jedoch ohne Gewähr.
Übersetzungen, Vervielfältigung, Nachdruck sowie Reproduktion bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Wissenschaftlicher Beirat Männerarzt

Dr. U. R. Bermes, Wiesbaden
Dr. U. Bode, Göttingen
Dr. M. Bruns, Lehrte
Dr. H. Schorn, Göttingen
Dr. E. Woelke-Seidl, Wiesbaden

ISSN 1611-8790

Der Männerarzt 5. Jahrgang 2009

www.pro-anima.de

Auflage: 5.000 Exemplare

Verlag

pro anima medizin medien OHG
Amselstraße 18
45472 Mülheim a.d. Ruhr
Telefon 0208-3056-166
Fax 0208-3056-167
E-Mail: info@pro-anima.de
www.pro-anima.de

Lustlosigkeit bei Männern – Modeerscheinung oder ernst zu nehmendes Krankheitsbild?

Mythen der Männlichkeit

Wirft man einen Blick in die Regenbogenpresse, sieht man durchtrainierte und attraktive Hollywoodstars, die sich vor attraktiven Blondinen kaum retten können, oder man liest schmunzelnd neue Schlagzeilen über berühmte Golfspieler, die sich die Namen ihrer zahlreichen Geliebten schon im Notizbuch vermerken müssen, um nicht den Überblick zu verlieren. Solche Bilder und Skandale lassen sich in entsprechender Form bereits in Geschichtsbüchern über die Antike ausmachen und spiegeln dabei in unverkennbarer Weise die noch heute verbreiteten „Mythen der Männlichkeit“. Aber entsprechen diese Vorstellungen wirklich der Realität? Steckt in jedem Mann ein moderner Don Juan, der am liebsten jede Gelegenheit zu einem erotischen Abenteuer wahrnehmen würde? Der folgende Kurzaufsatz versucht, das Thema Lustlosigkeit einmal aus der „Tabu-Ecke“ zu holen und die wesentlichen Charakteristika der sogenannten *male sexual desire disorder* (mHSDD), einer Form der pathologischen Lustlosigkeit, wie sie auch bei Männern auftreten kann, zu beschreiben.

Wenn Lustlosigkeit pathologisch wird...

Obleich Luststörungen bei Frauen schon länger Gegenstand der modernen sexualwissenschaftlichen Forschung sind, fanden entsprechende Symptome beim männlichen Geschlecht bislang eher wenig Beachtung. So dominiert in der heutigen Gesellschaft – wie schon in der Antike – das

Bild von potenten Männern, die eigentlich immer Lust auf Sex haben und jeder Zeit bei günstiger Gelegenheit ihren Mann stehen könnten. Hinzu kommt, dass seit der Verfügbarkeit von Phosphodiesterasehemmern zur Behandlung von Potenzstörungen nun auch körperlich bedingte Funktionsverluste immer öfter effektiv behandelt werden, ohne dabei jedoch den seelischen Aspekten der Sexualität ausreichend Raum zu geben. Denn „bunte Pillen“ bewirken gewöhnlich wenig, wenn der Kopf nicht will.

Aber was ist eigentlich Lustlosigkeit im medizinischen Sinne? Wann wird verminderte Appetenz pathologisch und wann muss sie behandelt werden? Einige Antworten auf diese Fragen finden sich in aktuellen Klassifikationssystemen wie u.a. der Textversion der 4. Version des *Diagnostic and statistical manual of mental diseases* (DSM-IV-TR) der *American Psychiatric Association* (APA), in der die sogenannte *hypoactive sexual desire disorder* (HSDD) als eine Unterform eines gestörten sexuellen Verlangens geschlechterübergreifend genauer beschrieben wird. Die klinische Symptomatik der HSDD beläuft sich dabei vor allem auf ein Defizit an sexuellen Fantasien und des Verlangens, das bei Betroffenen zu starkem Leidensdruck führt, mit Prävalenzen bis zu 15% nah an die entsprechenden Zahlen der Erektile Dysfunktion (ED) herankommt und folglich dem o.g. Mythos entgegen steht, dass Männer eigentlich immer Lust auf Sex hätten [1, 2]. An diesen hier kurz skizzierten diagnostischen Kriterien wird ergo schnell deutlich, dass man die HSDD sowohl von reinen und teils durch primär somatische Erkrankungen bedingten Erektionsstörungen als auch

von vorübergehender vermindelter Appetenz ohne Leidensdruck abzugrenzen hat. Zur diagnostischen Exploration des sexuellen Verlangens dient u.a. als Fragebogen das *Sexual Desire Inventory* [3], mit deren Hilfe auch eine Differenzierung zwischen HSDD von der ED möglich wird.

Viele Faktoren spielen eine Rolle

Da es bislang nur wenige Studien zum Thema gibt, in denen männliche Luststörungen zudem nicht immer einheitlich definiert und erhoben werden, sind neben den zentralen Cha-



© Astock/fotolia.com

rakteristika der HSDD auch mögliche Ursachen noch weitgehend unbekannt. So werden auf psychosozialer Ebene unter anderem die Qualität der Partnerschaftsbeziehung, das Alter des Betroffenen und depressive Störungen als wichtige Einflussfaktoren diskutiert und im Bereich der Psychoneuroendokrinologie ließen sich bereits Zusammenhänge zwischen Hypogonadismus und verminderter Appetenz nachweisen. Wie all jene Faktoren letztendlich zusammenspielen ist sicherlich eine wichtige Frage für zukünftige Forschungsvorhaben, in denen das noch junge und kaum bekannte Störungsbild des HSDD bei Männern weiter ergründet werden sollte. Moderne Wissenschaft hat an dieser Stelle also die große Chance, unrealistische Mythen objektiv zu widerlegen und zu lange bedeckte Tabuthemen aus dem Bereich der männlichen Sexualität in den Vordergrund zu holen.

Fazit für die Praxis

Pathologische Lustlosigkeit bei Männern, klassifiziert als *hypoactive sexual desire disorder* (HSDD), stellt eine noch weitgehend unerforschte aber dennoch ernst zu nehmende sexuelle Störung dar und ist dabei von der funktionell betonten Erektile Dysfunktion deutlich abzugrenzen. Da die HSDD aufgrund illusorischer Mythen in der Öffentlichkeit bislang nur wenig Beachtung fand und verschiedene Einflussfaktoren wie Partnerschaft, Alter und Hypogonadismus diskutiert werden, wäre es in Zukunft wünschenswert, wenn die Existenz einer HSDD bei Männern zukünftig insbesondere im klinischen Bereich aber auch in der Forschung mehr Aufmerksamkeit erlangen würde.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Uwe Hartmann

Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Korrespondierende Autorin
Dipl.-Psych. Annika Simon

Klinik für Urologie und urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1
urologie.simon@googlemail.com



Literatur

- [1] Meuleman EJ, van Lankveld JJ. Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU Int.* 2005 Feb; 95(3):291-296.
- [2] Maurice WL. Sexual desire disorders in men. In: Leiblum SR, editor. *Principles and practice of sex therapy*. 4th ed. New York, NY u.a.: Guilford Press; 2007. p. 181-211.
- [3] Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *J. Sex Marital Ther.* 1996 Fall; 22(3):175-190.

Von Bayer

Emselex® befreit bei Überaktiver Blase.



Am Tag und in der Nacht.

Emselex® – Effektiv und selektiv:

- Überzeugende Wirkung auf die gesamte Symptomatik.¹
- Das Kurzzeitgedächtnis bleibt gemäß Kay-Studie unbeeinflusst.²
- Die Herzfrequenz bleibt gemäß Olshansky-Studie unbeeinflusst.³
- Das QT/QT_c-Intervall bleibt gemäß Serra-Studie unbeeinflusst.⁴



www.emselex.de

- 1 Haab F. et al. *BJU Int* (2006); 98 (5): 1025–1032
- 2 Kay G. et al. *Eur Urol* (2006); 50: 317–326
(Gemessen mit dem Gesichter-Namen-Assoziationstest vs. Oxybutynin retard und Placebo)
- 3 Olshansky B. et al. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* (2008); 13: 241–251
- 4 Serra D.B. et al. *J Clin Pharmacol* (2005); 45: 1038–1047

Emselex® 7,5 mg / 15 mg Retardtabletten. Wirkstoff: Darifenacin (als Hydrobromid). Vor Verschreibung Fachinformation beachten. Zusammensetzung: Wirkstoff: 7,5 mg / 15 mg Darifenacin (als Hydrobromid). Sonstige Bestandteile: Calciumhydrogenphosphat, Hypromellose, Magnesiumstearat, palmitat, Polyethylenglykol, Titandioxid (E171) und Talkum. Emselex® 15 mg Retardtabletten zusätzlich: Eisenoxid gelb (E172) und Eisenoxid rot (E172). Anwendungsgebiete: Symptomatische Behandlung von Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und verstärktem Harndrang, wie es bei Patienten mit einem Syndrom der überaktiven Harnblase auftreten kann. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Harnverhaltung, Retention des Mageninhaltes. Patienten mit unbehandeltem oder nicht beherrschbarem Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, schwerer Leberfunktionsstörung (Child Pugh C), schwerer Colitis ulcerosa, toxischem Megakolon o. gleichzeitiger Behandlung mit starken CYP3A4-Hemmstoffen. Warnhinweise: Vorsicht bei Patienten mit autonomer Neuropathie, Hiatushernie, klinisch signifikanter Harnwegsobstruktion, Risiko für Harnverhaltung, schwerer Obstipation, obstruktiven gastrointestinalen Störungen wie z. B. Pylorusstenose. Vorsicht bei Patienten mit Engwinkelglaukom. And. Ursachen f. häufiges Wasserlassen vor Behandlung abklären, bei Harnwegsinfektion geeignete antibakterielle Therapie einleiten. Vorsicht bei Patienten mit Risiko für eine verminderte gastrointestinale Motilität o. gastroösophageale Refluxerkrankung und/oder gleichzeitiger Behandlung mit Arzneimitteln, die eine Ösophagitis verursachen oder verstärken können (wie z. B. orale Bisphosphonate). Bei neurogener Ursache für die Detrusor-Überaktivität wurden Unbedenklichkeit und Wirksamkeit nicht untersucht. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Mundtrockenheit, Obstipation. Häufig: Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Dyspepsie, trockene Augen. Gelegentlich: Verletzung, Asthenie, Gesichtssödem, Bluthochdruck, Flatulenz, Durchfall, Ulzeration im Mund, periphere Ödeme, Aspartataminotransferase erhöht, Alaninaminotransferase erhöht, Ödeme, Schwindel, Schläfrigkeit, abnormale Gedankengänge, Somnolenz, Dyspnoe, Rhinitis, Husten, Hautausschlag, trockene Haut, Juckreiz, Hyperhidrose, Sehstörungen, einschließlich verschwommenem Sehen, Dysgeusie, Harnverhaltung, Harnwegsinfektion, Harnwegserkrankung, Erektile Dysfunktion, Vaginitis, Blasenschmerzen. Häufigkeit nicht bekannt: generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Angioödem. Symptome einer Gallenblasenerkrankung können durch Emselex möglicherweise maskiert werden. Verschreibungspflichtig. Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich/Stand der Information: DE/5; (08/2008)



Bayer HealthCare

Kasse oder privat?

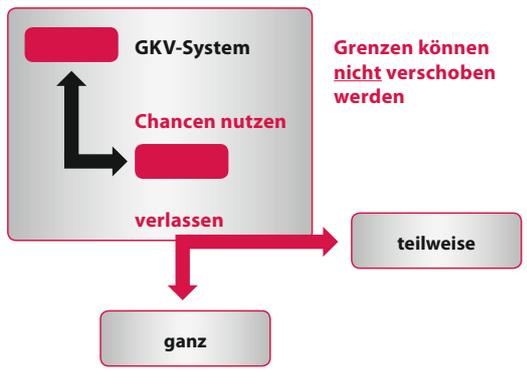
Das Drei-Entscheidungsebenen-Ampelmodell

Segelanweisung in der Männermedizin am Beispiel Erektile Dysfunktion

„Wie einfach wäre es doch, wenn es umfassende Positiv- und Negativlisten für Kassenleistungen gäbe“, träumt so mancher Vertragsarzt. Regresse und Honorarkürzungen wären dann freilich nicht vom Tisch, denn alle Leistungen in der GKV stehen unter der Prämisse des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V). Konkret: Auch eine von einer Positivliste erfasste Leistung kann im Behandlungsfall unwirtschaftlich sein und bekannte finanzielle Nachteile für die Ärzte auslösen. Außerdem verlieren Ärzte fast ihren gesamten (therapeutischen) Gestaltungsspielraum, wie beim ausnahmslosen Ausschluss von Arzneimitteln zur Therapie Erektiler Dysfunktion am Beispiel von LEVITRA® erkennbar wird. Aber es gibt das Bedürfnis nach klarer Strukturierung und eindeutigen Entscheidungshilfen. Die jetzigen Empfehlungen lassen Männerärzte vielfach allein und sind manchmal wenig brauchbar und sogar schlichtweg falsch wie die Aussage „Diagnostik bei der ED = Kasse, Therapie = privat“.

Das GKV-System: Eigene Spielregeln sind unzulässig

Die GKV ist ein geschlossenes System, das Vertragsärzte einhalten müssen. Grenzen können nicht nach eigener Beurteilung frei verschoben werden; es gilt daher die systemimmanenten Chancen zu nutzen. Ansonsten muss man das System mit „kassenunüblichen Leistungen“ teilweise oder durch Rückgabe der Kassenzulassung ganz verlassen. Wer sich über die Regeln hinwegsetzt, muss mit finanziellen Nachteilen und disziplinarrechtlichen Maßnahmen (bis hin zum Zulassungsentzug) rechnen.



Weichenstellung: Arzneimittel und Methoden differenzieren

Die Bestimmung, was Kassenleistung ist, gestaltet sich schwierig. Eine Schlüsselfunktion hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit den von ihm erlassenen Richtlinien. Aber auch der Gesetzgeber agiert mit direkten Leistungsbezeichnungen und Ausschlüssen im Gesetz, ebenso die Selbstverwaltung mit Gestaltung des EBM. Der Nebel lichtet sich

schon, wenn unterschieden wird zwischen Arzneimitteln und Methoden (Diagnose oder Therapieform). Bei den Arzneimitteln gibt es eine einfachere Orientierung durch die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in der neuen Fassung von April 2009. Ohne Ausnahmen sind Arzneimittel zur Behandlung der Erektile Dysfunktion keine Kassenleistung. Dieser Leistungsausschluss ist durch das Bundessozialgericht als verfassungsgemäß beurteilt worden (BSGE 94, 302). Patientenschicksale und sonstige Diagnosen sind damit unerheblich. Den Patienten wird eine hundertprozentige Selbstbeteiligung zugemutet.

§ 14 Abs. 2 AM-RL

Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der Erektile Dysfunktion, ... dienen.

➔ **keine Ausnahmen**
verfassungsgemäß (BSGE 94,302)
Anlage II AM-RL (Negativliste)

➔ **LEVITRA = IGeL**

Das stringente Schema: Bestimmung in drei Schritten

Die medizinischen Entscheidungen trifft der Vertragsarzt, die Entscheidungsstruktur ist Vertragsarztrecht. Hier kommt am besten klar, wer systematisch vorgeht. Zu einer Aussage, die Vertragsärzten Sicherheit bietet und einer rechtlichen (gerichtlichen) Prüfung Stand hält, führt der Entscheidungsweg nach drei Schritten. Dabei sollte systematisch vorgegangen werden. Hilfreich ist die Vorstellung eines Ampelsystems:

Dreimal Grün = Versichertenkarte

Nur wenn die Ampel der ersten Ebene auf „grün“ steht, geht es zur zweiten und dort auch nur bei „grün“ zur dritten Ebene. Erst wenn die Ampel auch in der dritten Ebene auf „grün“

Ärztliche Methoden (Diagnose- und Therapieformen)

3 Entscheidungsebenen

- Krankheit?
- ↓
- generell kassenüblich?
- ↓
- Wirtschaftlich im Behandlungsfall bei **dem** Patienten?

steht, handelt es sich um eine Kassenleistung. Rot schon in der ersten Ebene führt sofort zu IGeL, ansonsten erst, wenn auf der zweiten oder dritten Ebene die Ampel auf „rot“ steht.

Erste Entscheidungsebene:

Beurteilungsspielraum Krankheit

Jede der drei Ebenen umfasst einen Beurteilungsspielraum des Vertragsarztes. „Beurteilungsspielraum“ ist ein juristischer Fachbegriff, der eine vorteilhafte Aussage enthält. Eine genaue Definition steht nicht fest und der Inhalt ist verschiedenen Interpretationen zugänglich, weshalb ein Wertungsspielraum verbleibt, der von den Gerichten nicht voll prüfbar ist. Mit anderen Worten: Entscheidungen der Vertragsärzte sind (wenn sie systematisch richtig erfolgen) nur ganz eingeschränkt prüfbar. So bleibt – richtig verstanden – viel Freiheit für Vertragsärzte.

Kassenleistung kann nur die Diagnostik und Therapie einer Krankheit sein. Die ED ist grundsätzlich als Krankheit anerkannt (BSGE 85, 36; 94, 302).

1. Entscheidungsebene: Beurteilungsspielraum Krankheit

ED ist grundsätzlich Krankheit (BSGE 94,302)

- es muss eine Abweichung vom alterstypischen körperlich-geistigen Zustand vorliegen, z. B. als Folge anderer Krankheiten
- Definition: chronische Erektionsstörung, mind. 6 Mon. Dauer, 60% koitale Versuche erfolglos

➔ **Kassenleistung**

Diagnostik und Therapie als Kassenleistung scheiden aber aus, wenn der Mann den Vertragsarzt aufsucht, weil er meint, seine sexuelle Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt. Keine behandlungsbedürftige Krankheit innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung liegt beispielsweise bei altersbedingtem Kräfteabbau vor. Das auf der natürlichen Entwicklung beruhende Geringwerden der Kräfte im Alter ist für dieses Lebensalter typisch und daher nicht von vornherein ein regelwidriger Zustand (Kasseler Kommentar – Höfler, Sozialversicherungsrecht, Band 1, Stand April 2010, Rd.-Nr. 14 a zu § 27 SGB V). Vertragsärztliche Behandlung ist auch nicht nötig bei regelwidrigen Körper- und Geisteszuständen, die schon durch eine Änderung der Lebensführung oder einfache Maßnahmen der Gesunderhaltung behoben werden können; in Betracht kommen Störungen im Befinden aufgrund ungünstiger Lebensgewohnheiten, z. B. Schlafmangel (Kasseler Kommentar, a.a.O., Rd.-Nr. 23 zu § 27 SGB V), und nikotin- und alkoholinduzierte Erektionsstörungen. Bei der Abgrenzung der nichtbehandlungsbedürftigen Erektionsstörung zur behandlungsbedürftigen ED ist bei der Anamneseerhebung die Definition von Bedeutung: Als

ED wird eine chronische Erektionsstörung von mindestens 6-monatiger Dauer definiert, wobei mindestens 60% der koitalen Versuche erfolglos waren (Schill, Bretzel, Weidner, Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und interistischen Praxis, München 2005, S. 126).

Abgrenzung nicht behandlungsbedürftige Erektionsstörung

- altersbedingter Kräfteabbau (typisches Geringwerden der Kräfte)
- keine vertragsärztliche Behandlung, wenn regelwidriger Körperzustand durch Änderung der Lebensführung behoben werden kann (z. B. Nikotin- und Alkoholinduzierte Erektionsstörung)

➔ Keine behandlungsbedürftige Krankheit in der vertragsärztlichen Versorgung
= keine Kassenleistung

Zweite Entscheidungsebene:

Beurteilungsspielraum Diagnostik/Therapie

Auf der zweiten Entscheidungsebene muss geklärt werden, ob die geplante Behandlung generell kassenüblich ist. Es handelt sich also um eine abstrakte Bewertung (Beispiel: Die Dopplersonografie ist Kassenleistung).

Wenn eine geplante Behandlung bei der ED keine Kassenleistung ist (Beispiel: Klassische Nadelakupunktur), muss eine privatärztliche Behandlung erfolgen, da der Vertragsarzt sich ansonsten schadensersatzpflichtig macht und disziplinarrechtlich belangt werden kann.

2. Entscheidungsebene: Beurteilungsspielraum Diagnostik/Therapie

- Was ist geplant?
- Beurteilung durch BuB-Ausschuß?
- EBM-Ziffer?

➔ **grundsätzlich Kassenleistung**
oder

➔ **keine Kassenleistung** ➔ **privat**

Dritte Entscheidungsebene:

Beurteilungsspielraum Behandlungsfall

Eine generelle Kassenleistung ist aber immer noch daraufhin zu prüfen, ob sie im Behandlungsfall auch wirtschaftlich ist, wobei der Vertragsarzt einen großzügigen Beurteilungsspielraum hat und im Rahmen seiner Therapiefreiheit eigenverantwortlich handeln kann. D. h., kein Patient kann den Arzt zu einer bestimmten Behandlung zwingen, mag diese auch generell kassenüblich und sogar wirtschaftlich im Behandlungsfall sein. Der Vertragsarzt hat immer die Möglichkeit, im Rahmen seiner Therapiefreiheit eine andere Behandlung zu

wählen und dem Patienten vorzuschlagen. Diese kann dann nach Aufklärung des Patienten und mit seiner Einwilligung im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts erfolgen. Ein Beispiel: Die Dopplersonografie ist grundsätzlich Kassenleistung, also Sachleistung per Versichertenkarte. Auf der dritten Entscheidungsebene wird sie aber medizinisch nicht notwendig, wenn der sich mit einer Potenzstörung vorstellende Patient nach dem diagnostischen Gespräch bereits die Diagnose „ED“ hat. Würde die Dopplersonografie dann per Versichertenkarte noch abgerechnet, wäre dies unwirtschaftlich. In diesem Falle muss eine vom Patienten gewünschte Dopplersonografie privatärztlich angeboten, durchgeführt und abgerechnet werden.

Diese dritte Entscheidungsebene enthält den am weitestgehenden Beurteilungsspielraum des Vertragsarztes. Wichtig ist eine gute Dokumentation, wenn eine generell kassenübliche Behandlung im Behandlungsfall als nicht zweckmäßig, unwirtschaftlich oder medizinisch nicht notwendig eingestuft wird.

3. Entscheidungsebene: Beurteilungsspielraum Behandlungsfall

Entscheidung im Behandlungsfall nach § 2 Abs. 4, § 12 Abs. 1 und § 70 Abs. 1 SGB V

- ausreichend
- zweckmäßig
- Maß des Notwendigen nicht überschreitend
- wirtschaftlich

} • Wirtschaftlichkeitsgebot
• Therapiefreiheit

Potenzstörung → diagn. Gespräch → ED
Patient wünscht Dopplersonografie → IGeL

Dokumentation!

Die rote Ampel auf der zweiten Entscheidungsebene

Bei der generellen Beurteilung der geplanten Diagnostik oder Therapie rund um die ED dürfen manche Behandlungen grundsätzlich nicht als Sachleistung per Versicherten-

Beispiele eindeutiger IGeL bei ED

2. Entscheidungsebene

- Akupunktur
- Präventionsprogramme
 - Sport
 - Ernährung
- Nicht anerkannte psychotherapeutische Gesprächsleistungen (Einzelgespräche/Gruppensitzungen)
 - NLP
 - Psycho-Kinesiologie
- Yoga
- Meditation
- U25 Vorsorgeprogramm

karte erbracht werden. Hierzu zählen beispielsweise nicht anerkannte psychotherapeutische Gesprächsleistungen (wie NLP) oder Akupunktur (bei dieser Indikation).

Patientenkommunikation und rechtliche Regeln

Wie kann man Patienten den eng begrenzten Leistungsumfang in der GKV erklären? Ein Vorschlag: „Stellen Sie sich einen Fußball vor, der umfasst alle Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die es bei der Erkrankung gibt. Und in diesem Fußball ist ein Tennisball, der die Kassenleistungen enthält, die mit der Versichertenkarte abgerechnet werden dürfen.“ Ansonsten gelten bei privatärztlicher Behandlung der ED dieselben juristischen Eckpunkte, wie bei allen privatärztlichen Behandlungen von Kassenpatienten durch Vertragsärzte: Schriftliches Einverständnis/Behandlungsvertrag vor Beginn der Behandlung, ausreichende Aufklärung, GOÄ-Abrechnung.

Patientenkommunikation

SGB V, AVWG pp. Vertragsarztrecht kassenübliche Leistungen privatärztliche Leistungen

- Beratung über privatärztliche Leistungen (IGeL)
- wirtschaftliche Aufklärung
- schriftliches Einverständnis („Behandlungsvertrag“)
- GOÄ-Abrechnung

Licht im Dunkeln

Die Antwort auf die Frage „Kasse oder privat?“ ist keine „Kaffeersatzleserei“, und kein Vertragsarzt muss die Regie aus der Hand geben. Mit dem Drei-Entscheidungsebenen-Ampelmodell ist das Thema beherrschbar, und Vertragsärzte sind auf der rechtssicheren Seite.

Quintessenz

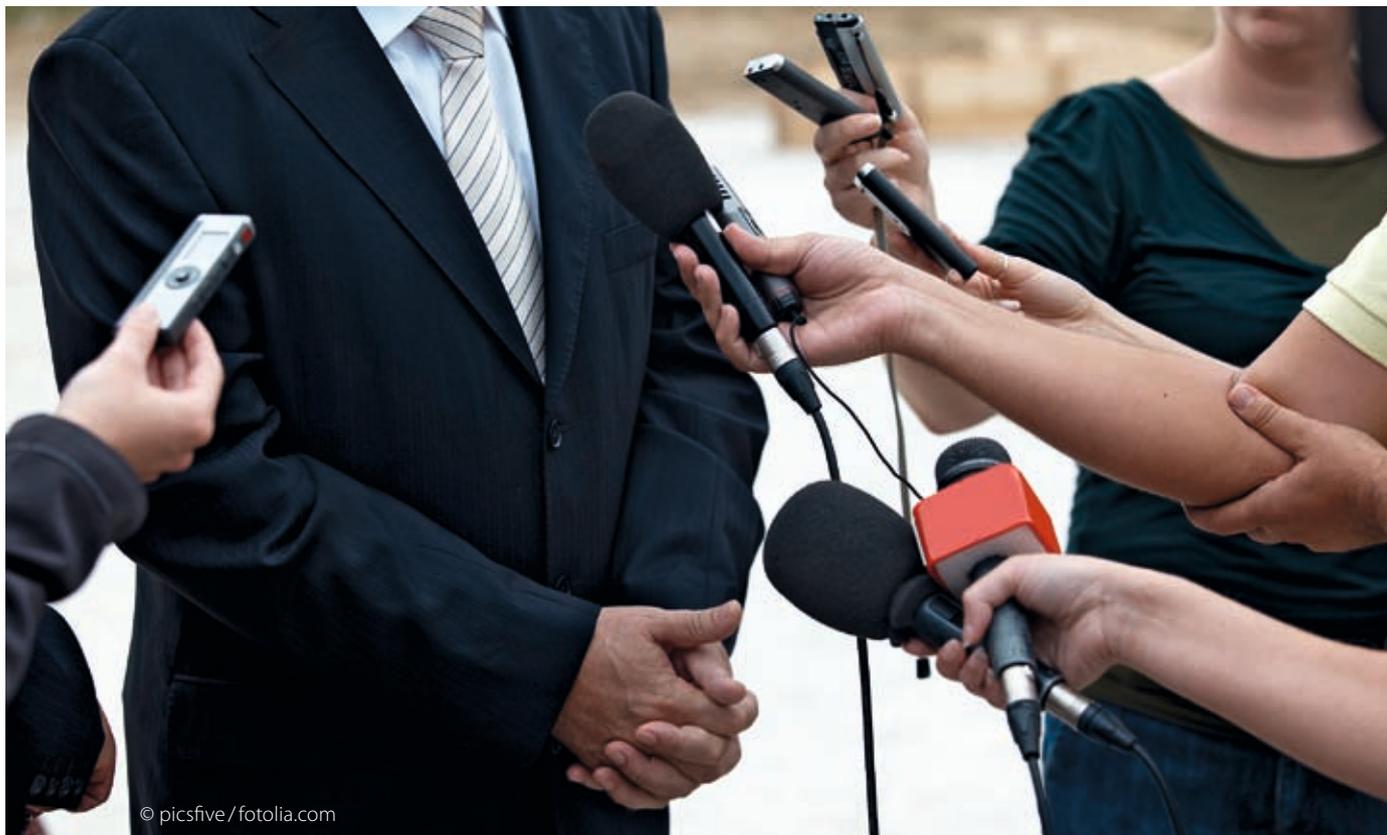
- Kasse oder privat ist keine freie Entscheidung
- Juristische Regeln beachten
- Vorgaben sind beherrschbar
- Chancen mit dem GKV-System nutzen



Dr. jur. Frank A. Stebner
Fachanwalt für Medizinrecht,
Salzgitter

Keine Angst vor der Presse

Erfolgreiches Krisenmanagement für Ärzte



© picsfive/fotolia.com

„Barzahler werden besser behandelt“, „Medizin-Mafia“ oder „Mein Arzt zockt mich ab“ – die plakativen Schlagzeilen der Boulevardmedien verderben manchem niedergelassenen Mediziner die Lust an der Journalistenzunft. Und doch gibt es Situationen, wo eine Vogel-Strauß-Politik mehr schadet als nützt, nämlich im Krisenfall. Welcher Krisenfall, fragen Sie? Genau derjenige, den Sie nicht erwarten: Wenn z.B. ein unzufriedener Patient mit seinem Schwager aus der Lokalredaktion redet, oder eine ehemalige Angestellte ihren Frust über die Kündigung verbreitet.

Ob sich diese Vorfälle zu einer handfesten Krise entwickeln, hängt entscheidend vom Kommunikationsverhalten der Betroffenen und ihrem Umgang mit den Medien ab. Aufgabe von Krisenmanagement ist es, zu verhindern, dass durch negative Berichterstattung ‚aus Mücken Elefanten werden‘ und Sie oder Ihre Praxis einen langfristigen Image-Schaden erleiden. Die Öffentlichkeit möchte im Grunde wissen: Können wir diesem Arzt bzw. dieser Ärztin (noch) vertrauen? Und wenn es Ihnen im Krisenfall nicht gelingt, durch rasches und entschiedenes Handeln die Informationshoheit zu gewinnen, werden die Medien ihre Informationen aus anderen Quellen beziehen.

Kleines Vademekum: Der Journalist

Wer aber ist das – die ‚Medien‘? Es gibt sie so wenig wie ‚die Medizin‘, denn hinter jeder Zeitung, Zeitschrift, Radio- oder Fernsehanstalt steht ein Journalist. Für erfolgreiche Medienarbeit im Allgemeinen und Krisenmanagement im Speziellen ist es essenziell, Journalisten als Partner und nicht als Feind anzusehen. Was Journalisten mögen: klare Fakten, Offenheit, Geduld. Was sie nicht mögen: mangelnde Information, Fachjargon, Arroganz. Mit diesem Wissen im Hinterkopf werden Sie sich leichter tun, die wichtigsten Regeln einer effektiven Krisenkommunikation zu beherzigen.

Medienlandschaft kennen

Machen Sie sich ein Bild davon, welche Medien für Sie wichtig sind, und behalten Sie diese Medien durch regelmäßige Sichtung im Blick. (Letzteres ist eine Aufgabe, die auch an andere Mitglieder des Praxisteams delegiert werden kann.) Finden Sie heraus, welche Redakteure bei Ihrer Lokalzeitung für Praxis-Berichterstattung zuständig sind, und lassen Sie einen Medienverteiler erstellen. Dann haben Sie im Krisenfall alle Daten sofort zur Hand und wissen, mit wem Sie Kontakt aufnehmen müssen. ▶▶▶

Zuständigkeiten klären

Setzen Sie sich mit dem Praxisteam hin und erstellen Sie einen Krisenplan mit den Antworten auf folgende Fragen: Wie sieht der Ablauf im Krisenfall aus? Wer ist für was zuständig? Und falls die Person krank oder im Urlaub ist? An wen soll kommuniziert werden? Klären Sie soweit wie möglich die Abläufe und halten Sie sich im Krisenfall strikt daran, denn unterschiedliche Botschaften nicht-autorisierter Personen können ein Krisenszenario noch verschlimmern. Wichtig: In kritischen Phasen einer Krise sollten die Haupt-Ansprechpartner ständig erreichbar sein.

Sofort reagieren

Lassen Sie keine unnötige Zeit verstreichen. Wenn im individuellen Krisenfall klar ist, um was es geht, stellen Sie einen Argumentationskatalog zusammen, damit Sie für Anfragen gewappnet sind. Wenn Sie eine Frage zunächst nicht beantworten können, antworten Sie möglichst mit einer positiv formulierten Botschaft („Genau dieser Frage werden wir auf den Grund gehen.“). Beschreiben Sie aktuelle Maßnahmen zur Klärung von Sachverhalten oder zur Bewältigung der Situation („Wir sind gerade dabei...zu tun.“). Versuchen Sie, offene Fragen möglichst rasch zu klären – Journalisten stehen notorisch unter Zeitdruck. Und: Reagieren Sie, denn Schweigen suggeriert ein schlechtes Gewissen!

Klartext reden

Bleiben Sie im Umgang mit den Medien immer sachlich und gestehen Sie offen Fehler ein, wenn etwas schiefgelaufen ist. Auch wenn es Ihnen unangenehm ist, Sie gewinnen dadurch an Glaubwürdigkeit und Sympathie. Formulieren Sie Ihren Argumentationskatalog in einer möglichst verständlichen Sprache, besonders wenn es um konkrete medizinische Belange geht. Denken Sie immer daran: Ihr Gegenüber ist Laie und kein Fachmann! Wenn Sie fertig sind, gehen Sie den Text nochmal sorgfältig durch und überprüfen, ob alle Aussagen stimmig sind.

Verbündete suchen, Betroffene informieren

Sind noch andere Parteien von dem Krisenthema betroffen, kann es sinnvoll sein, Verbündete zu suchen, mit denen man gemeinsam kommuniziert (z.B. Krankenkassen oder Ärzteverbände). Das hat den Vorteil, dass mehr Ressourcen vorhanden sind, bringt aber auch einen höheren Abstimmungsaufwand mit sich. Halten Sie auch Ihre Mitarbeiter über alle Vorgänge auf dem Laufenden. Ein Nebenprodukt Ihres Argumentationskataloges kann eine prägnant formulierte Stellungnahme sein, die Sie bei Bedarf an Mitarbeiter, Patienten und Kollegen aushändigen, oder z. B. auf Ihre Internetseite stellen können.

Krisen vorbeugen

Je besser Ihre Beziehung zu den Medien generell ist, desto höher sind Ihre Chancen, Krisen einzudämmen oder im Vorfeld sogar ganz zu entschärfen. Wie Sie das erreichen? Werden Sie nicht erst aktiv, wenn das Kind droht, in den Brunnen zu fallen. Bauen Sie selber Kontakte zu Redaktionen auf und aus. Veranstalten Sie einen Tag der Offenen Tür, z. B. am Tag der Männergesundheit, und laden Sie die Lokalpresse ein. Sie erweitern Ihre Praxis? Informieren Sie die Medien mit einer kurzen Meldung. Sie halten einen Vortrag zu neuen Wirkstoffen? Laden Sie die Presse zur Veranstaltung ein. Medienkontakte, die Sie bei positiven Anlässen knüpfen, können sich im Krisenfall bezahlt machen, und nach wie vor gilt: Die beste Krise ist eine, die gar nicht erst entsteht.

Literatur

Ärzte und Medien – Professioneller Umgang mit Journalisten
Karin Müller, 154 Seiten, 2004 (orrell füssli Verlag AG)
ISBN 9783280050736
(vergriffen, aber gebraucht im Internet)

Krisenkommunikation (Praxis PR)
Florian Ditges
UVK Verlag 2008, ISBN 3896695088

Krisen-PR – Alles eine Frage der Taktik.
Die besten Tricks für eine wirksame Offensive
Frank Wilmes, 2006
Businessvillage-Verlag, ISBN 3938358300

Ursula Schoenberg

Journalistin
Creative Communications

Am Dorfgarten 54
60435 Frankfurt/Main
Telefon 069 456474
Fax 069 46308397
www.uschoenberg.wordpress.com
www.textkompetenz.wordpress.com

In der nächsten Ausgabe folgt ein Beitrag, der das Thema Krisenmanagement aus rechtlicher Sicht beleuchtet.

Stimmungsschwankungen nach Hodentumor –

Fallbeschreibung aus der psychoonkologischen Beratungssprechstunde

Eine Krebserkrankung beschränkt sich nicht bloß auf körperliche Symptome durch Progress oder therapeutische Eingriffe, sondern hinterlässt auch in der Seele der Betroffenen oftmals tiefe Spuren. So leiden viele Patienten mit urologischen Tumoren wie beispielsweise Hodenkrebs auch nach der vermeintlichen Heilung nicht selten an hormonellen Veränderungen, die sich auch auf das psychische Wohlbefinden negativ auswirken können. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden ein authentischer Fall aus einer psychoonkologischen Beratungssprechstunde vorgestellt werden, bei dem sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Hormonsubstitution und depressiven Symptomen erkennen lässt.

Konsultationsanlass und Krankengeschichte

Herr Maler (Name geändert), ein 43jähriger Patient in äußerlich gutem Allgemeinzustand, der nach linksseitiger Hodenentfernung, chemotherapeutischer Nachbehandlung sowie einer Strahlentherapie aktuell mit Testosteronsubstitution behandelt wurde, berichtete während eines ambulanten Kontrolltermins über häufige Stimmungseinbrüche und wurde daher an die kürzlich eingerichtete psychoonkologische Beratungssprechstunde verwiesen. Der Patient bemühte sich schon länger um Hilfsangebote auch im psychotherapeutischen Bereich, und so stellte er sich kurze Zeit später mit subjektiv als sehr belastend empfundenen Gefühlsschwankungen vor. Nach seiner Krebserkrankung und den damit verbundenen teils invasiven Behandlungen kämpfte er noch immer mit den Folgen dieser „einschneidenden“ Erkrankung, die sich u.a. negativ auf seine Partnerschaft, seine berufliche Entwicklung sowie auf sein Selbstwertgefühl ausgewirkt hätten. Darüber hinaus bestehe seit etwa 20 Jahren eine Erektionsstörung, die zu großen Unsicherheiten im Kontakt mit Frauen und im sexuellen Bereich geführt hätte.

Psychologische Diagnostik

Um die seelischen Belastungen und psychosomatischen Symptome besser „fassen“ zu können, kamen insgesamt drei in der psychotherapeutischen Praxis bewährte Fragebogen zu den Aspekten Depressivität, allgemeine Befindlichkeit sowie über Mechanismen der Krankheitsbewältigung zum Einsatz. In Übereinstimmung mit den Selbstberichten des Patienten waren ausnahmslos alle Skalen und Gesamtscores im Vergleich zur Normstichprobe deutlich erhöht, wobei sich auf Item-Ebene vor allem eine depressive Symptomatik zeigte. Während der Ergebnisbesprechung konnte Herr Maler den Befunden nur nickend zustimmen und schien über eine objektive Dokumentation seiner teils quälenden Beschwerden sehr erleichtert. Für die Zeit bis zum nächsten

Termin wurde das Führen eines Stimmungs- und Gefühlstagebuches vereinbart, um die Umstände und ggf. auch auslösende Faktoren besser analysieren zu können.

Beratungsergebnis und Therapieempfehlung

Etwa sechs Wochen nach dem ersten Beratungsgespräch kam der Patient erneut in die Sprechstunde und berichtete vor allem über neue Selbsterkenntnisse, die er durch das Führen eines Stimmungstagebuches gewinnen konnte. Die schon vor Jahren begonnene tiefenpsychologische ambulante Therapie, die Herr Maler als eher wirkungslos beurteilte, sei nun kurz vor dem Ende und so wurde ihm – insbesondere vor dem Hintergrund der o.g. Testergebnisse aus der Fragebogendiagnostik – der Beginn einer verhaltensorientierten Psychotherapie empfohlen, die ihren Fokus primär auf die depressiven Stimmungen legen sollte. Herr Maler stimmte diesem Vorschlag zu und bemühte sich umgehend um einen ambulanten Therapieplatz bei einem spezialisierten Psychotherapeuten.

Fazit für die Praxis

Hodenkrebs ist auch nach einer erfolgreichen Behandlung nicht zuletzt durch tiefgreifende Veränderungen im Hormonsystem oftmals mit Stimmungsschwankungen besonders während der Einstellung einer adäquaten Testosteronsubstitution verbunden und kann daher zu klinisch relevanten psychosomatischen Symptomen führen. Um dem Patienten dann ein offenes Ohr für seine seelischen Beschwerden anzubieten und um ernsthafte psychische Störungen möglichst frühzeitig erkennen zu können, sollte er bei Verdacht bestenfalls an eine psychoonkologisch spezialisierte Beratungsstelle oder auch an eine Selbsthilfegruppe überwiesen werden.

Literatur

Ficarra V, Righetti R, D'Amico A, Pilloni S, Balzarro M, Schiavone D, et al. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms. *Urol.Int.* 2000;65(3):130-134.

Dipl.-Psych. Annika Simon

Klinik für Urologie und urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1
urologie.simon@googlemail.com

Bonus für die Mitarbeiter durch steuerfreie Zuwendungen

Motivierte und zufriedene Mitarbeiter sind die Basis jeder erfolgreichen Arztpraxis. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter richtet sich zu einem großen Teil danach, welche Wertschätzung ihnen in Form des Gehalts entgegengebracht wird. Die Vergütung ist zwar nicht alleiniger Gradmesser der Zufriedenheit – das Verhältnis Leistung/Vergütung sollte aber auf jeden Fall stimmen.

Eine reine Erhöhung des Bruttogehalts ist meist weder für die Mitarbeiter noch für den Praxisinhaber sinnvoll, da ein beachtlicher Teil der Mehrvergütung Lohnsteuern und Sozialabgaben zum Opfer fällt.

Soll das höhere Einkommen den Mitarbeitern in voller Höhe zugutekommen, sollte der Praxischef alle legalen Chancen nutzen, die Zuwendungen teilweise oder sogar ganz vor dem Zugriff des Fiskus bzw. der Sozialversicherung zu schützen.

Eine Möglichkeit, die in den Praxen immer noch viel zu wenig genutzt wird, sind z. B. steuerfreie **Zuwendungen bis zu einem Wert von 44 € pro Monat**, für die weder Steuern noch Sozialabgaben fällig werden. An erster Stelle sind hier sicherlich Tankgutscheine zu nennen – angesichts der immer weiter steigenden Benzinpreise ein willkommenes Geschenk.

Praxisinhaber können z. B. mit einer Tankstelle in ihrer Nähe eine Vereinbarung treffen und die eingelösten Wertbons per Monatsrechnung bezahlen. Denkbar sind natürlich auch andere Warengutscheine z. B. für Kosmetika, Literatur etc.

Doch Achtung: Die Gutscheine dürfen nicht auf einen Eurobetrag lauten, der Tankgutschein muss die **Litermenge** an Benzin oder Diesel angegeben.

Ebenfalls steuerbefreit sind so genannte **Aufmerksamkeiten**. **Aufmerksamkeiten** können bis zu einer **Freigrenze von 40 €** mehrmals im Jahr zu besonderen Anlässen gewährt werden – z. B. Buchgeschenk zum Geburtstag, CD zur Geburt eines Kindes.

Achtung: Freigrenze bedeutet: bis zu 40 € ist die Aufmerksamkeit komplett steuerfrei, bei 40,10 € ist alles steuer-

pflichtig (nicht nur der übersteigende Betrag von 0,10 €). Steuerbefreit sind außerdem **Leistungen**, die der Praxisinhaber **in eigenbetrieblichem Interesse** gewährt (Betriebsveranstaltungen). Hier sind z. B. Betriebsausflüge (ein- oder mehrtätig) oder Firmenfeiern zu nennen, die dem Kontakt der Mitarbeiter untereinander und dem betrieblichen Klima dienen und allen Mitarbeitern offen stehen.

Achtung: Es darf sich hierbei jedoch um nicht mehr als zwei Veranstaltungen jährlich handeln, wobei die Kosten je Arbeitnehmer bis zu einer Freigrenze von **110 € je Veranstaltung** und Kalenderjahr einschließlich Umsatzsteuer nicht übersteigen dürfen. Praxisfremde Ehegatten oder Freunde dürfen teilnehmen, die Kosten werden dann dem Partner zugerechnet.

Weiterhin begünstigt sind **Sach- oder Barleistungen** zur Unterbringung und **Betreuung von nicht schulpflichtigen Kindern** der Mitarbeiter in Kindergärten oder Kindertagesstätten. Gerade in Zeiten steigender Beiträge für die Kinderbetreuung aufgrund der klammen Haushalte in den Kommunen bzw. anderer Trägereinrichtungen wird diese Art der Unterstützung sicherlich besonders gerne angenommen.

Achtung: Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Steuerfreiheit nur für zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn gezahlte Beträge gewährt wird. Damit ist die Umwandlung von Arbeitslohn in steuerfreie Kindergartenzuschüsse ausgeschlossen.

Steuerfrei sind auch die Vorteile des Arbeitnehmers aus der **privaten Nutzung von betrieblichen Personalcomputern**, Telekommunikationsgeräten sowie einem betrieblichen Internetanschluss.

Entscheidend ist, dass die Geräte bzw. der Internetanschluss dem Mitarbeiter von seinem Arbeitgeber zur Nutzung überlassen werden. Unerheblich ist, in welchem Verhältnis die berufliche zur privaten Nutzung steht. Unerheblich ist auch, ob es sich um gekaufte oder geleaste Geräte handelt und wie hoch die Zuwendungen sind. Ebenso kommt es nicht darauf an, ob die Vorteile zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Gehalt oder aufgrund einer Verein-



© Bertold Werkmann / fotolia.com

barung mit dem Arbeitgeber über die Herabsetzung von Arbeitslohn erbracht werden. Aufzeichnungen über den Umfang der Privatgespräche sind ebenfalls nicht erforderlich.

Aber Achtung: Leistet der Arbeitgeber einen Zuschuss zu einem privaten Handy/Internetanschluss, greift die Steuerbefreiung nicht. **Aber:** solche Zuschüsse können pauschal durch den Arbeitgeber mit 25 % besteuert werden. Diese Zuwendungen sind dann in voller Höhe auch sozialabgabenfrei.

Last but not least sind noch die seit 2009 geltenden steuerlichen Befreiungsvorschriften zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** zu nennen. Die Steuerbefreiung ist auf einen jährlichen Höchstbetrag von **500 €** begrenzt. Sie umfasst sowohl Barzuschüsse als auch Sachleistungen des Arbeitgebers.

Achtung: Voraussetzung ist, dass die Leistungen zur Gesundheitsförderung zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbracht werden. Eine Entgeltumwandlung ist nicht begünstigt. Steuerfrei bleiben in diesem Zusammenhang insbesondere therapeutische Maßnahmen zur Vorbeugung körperlicher Schädigungen des Bewegungsapparates, also insbesondere die Kostenübernahme für die sogenannte Rückenschule bei Bildschirmarbeit oder Kurse

zur Stressbewältigung oder auch Seminare über Alkohol, Nikotin und anderen Suchtmittelmissbrauch. Leider nicht begünstigt ist die Übernahme bzw. Bezuschussung von Mitgliedsbeiträgen an Sportvereine und Fitnessstudios. Bei dem Betrag von 500 € handelt es sich um einen Freibetrag. Wird mehr gezahlt, ist nur der übersteigende Betrag steuer- und sozialversicherungspflichtiger Arbeitslohn.

Fazit: Obwohl der Gesetzgeber in den letzten Jahren lieb-gewonnene Vergünstigungen gestrichen hat (z. B. Wegfall steuerfreier Heirats- und Geburtsbeihilfen) bleiben immer noch vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten, um motivierten Mitarbeitern Leistungen steuerfrei zu honorieren – sie müssen nur genutzt werden!

Dagmar Kayser-Passmann

Diplom-Finanzwirt, Steuerberater,
Geschäftsführerin der Passmann
Steuerberatungsgesellschaft
Partner und Geschäftsführer der
metax Steuerberatungsgesellschaft



Die ideale Einstiegstherapie: Testogel

Das erste Testosteron-Gel für die tägliche Anwendung

- schnell wirksam
- gut verträglich
- einfach anzuwenden



TESTOGEL®

Die (weiße) Hautkrebsepidemie – Männer tragen ein erhöhtes Risiko!

Na endlich! Der Sommer ist da und es scheint, als sei er gekommen, um zu bleiben. Zeit, bleichen Gesichtern, Rücken, Armen und Beinen ein paar warme Strahlen zu gönnen. Sei es beim Bad in der Sonne, beim Golfen oder Segeln, beim genüsslichen Wandern oder ganz einfach nur bei der Gartenarbeit oder der Radtour am Wochenende. Doch bitte nur in Maßen. Braun sein steht zwar ganz weit oben im Kurs der deutschen Männer (und Frauen), nimmt aber immer häufiger ein böses Ende. Kein anderer Krebs hat in den vergangenen Jahrzehnten so stark an Häufigkeit zugenommen wie der Hautkrebs.

Im Wesentlichen kann zwischen dem schwarzen Hautkrebs, dem malignen Melanom, und dem sogenannten weißen Hautkrebs unterschieden werden. Zur letzteren Gruppe, die ihren Ursprung in der obersten Hautschicht hat, werden das Basaliom und das Plattenepithelkarzinom gezählt.

Der vorliegende Beitrag wird sich dem beginnenden weißen Hautkrebs, im Fachbegriff „Aktinische Keratose“, dem *Karzinoma in situ* des verhornenden Plattenepithels der Haut widmen, wobei Überschneidungen und Querverweise zum malignen Melanom und vor allem immer wieder dem bösartigen weißen Hautkrebs – dem Plattenepithelkarzinom – zu finden sein werden. Die im letzten Drittel dargestellten präventiven Maßnahmen wiederum sind als allgemein anerkannte Richtlinien zur Vermeidung von Hautkrebs zu verstehen.

Kennzeichen der Aktinischen Keratose sind milde, leichte Verhornungen auf der Haut, vornehmlich an den Stellen,

die besonders der Sonneneinstrahlung ausgesetzt sind: Handrücken, die oberen Ohrenmuscheln oder speziell bei Männern mit Glatze bzw. hohem Haaransatz die Stirn und die nicht behaarten Anteile der Kopfhaut. Bei der Aktinischen Keratose handelt es sich um den häufigsten Hauttumor bei Menschen mit heller Haut weltweit überhaupt. Allein in Deutschland, Österreich und der Schweiz gibt es jährlich 250.000 Neuerkrankungen. Das sind 16 mal mehr als beim schwarzen Hautkrebs. Angesichts dieser Entwicklung kann man nur bekräftigen „Wir befinden uns mitten in einer Hautkrebs-Epidemie.“ Dennoch ist diese Form des weißen Hautkrebses in der Bevölkerung noch relativ unbekannt. Dies liegt zum Teil auch an der sprachlichen Verharmlosung, „Sonnenkruste“ wie diese Krebsvorstufe auch genannt wird – das klingt nach einer vergänglichen Irritation der Haut und ist doch etwas anderes. Histologisch entspricht die Aktinische Keratose einer intraepithelialen präkanzerösen Läsion. Diese zunächst als millimetergroße raue unscharf begrenzte rötliche Hautveränderung in Erscheinung tretende Krebsvorstufe, kann sich zwar prinzipiell auch spontan zurückbilden, bleibt jedoch normalerweise über Jahre mit wechselnder Ausprägung bestehen. Zunehmend verfärben sie sich aufgrund der Hyperkeratose weißlich, werden dicker und bereiten sich z. B. über die gesamte Stirn oder die unbehaarte Kopfhaut aus. Ist dies der Fall spricht man von einer sogenannten Feldkanzerisierung, da histologisch sowohl klinisch sichtbare als auch klinisch unauffällige Hautstellen bereits von den Veränderungen betroffen sind (Abb. 2). Zunehmend sind in diesen Arealen z. B. Stirn, Ohren und Handrücken dann auch warzig-höckerne, sich wie grobes Sandpapier anfühlende Verände-

Abbildung 1: In den radikal geänderten Freizeit- und Urlaubsgewohnheiten mit Massentourismus und dem Ideal der gebräunten Haut wird einer der Hauptursachen der aktuellen Hautkrebsepidemie gesehen.



© shock/fotolia.com

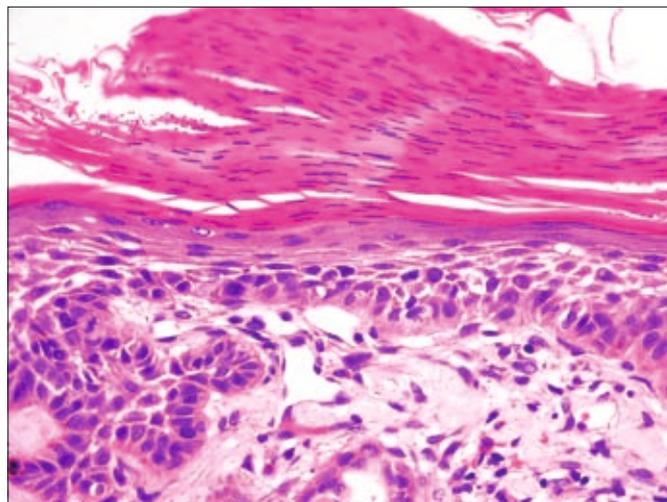
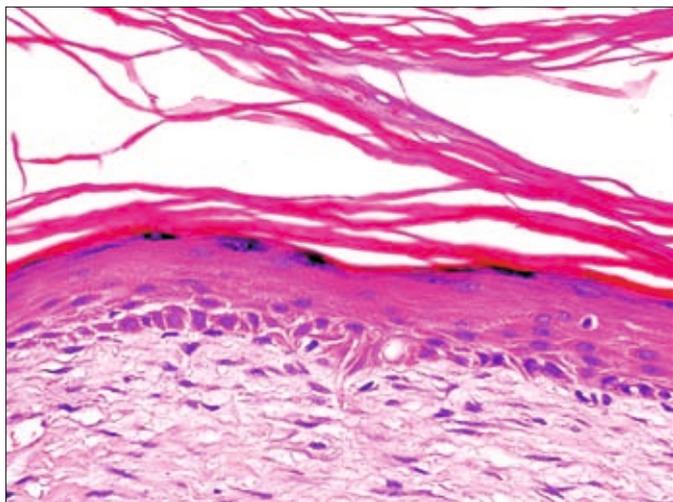


Abbildung 2: Histologie Aktinische Keratose: In den frühen Stadien (links) der AK sind nur die basalen Keratinozyten von den Veränderungen betroffen, in den weiter fortgeschrittenen Stadien sind die Zellen mit in die Hornschicht hinein verändert (rechts).

lungen auszumachen, die mit der darunter liegenden Haut fest verwachsen zu sein scheinen. Im Verlauf von Jahren besteht ein Gesamtrisiko des Übergangs einer Aktinischen Keratose in ein invasiv wachsendes Plattenepithelkarzinom von ca. 10% und weist damit ähnliche Charakteristika wie z. B. das in situ Karzinom der Cervix (Muttermund) bei der Frau auf. Aus diesem Grund sollten vor allem die späteren Stadien der Aktinischen Keratose stets feingeweblich untersucht werden, um ein entstehendes Karzinom frühzeitig erkennen und therapieren zu können.

Besonders erschreckend ist die Tatsache, dass die Inzidenzen des epithelialen Hautkrebses wie auch die des Malignen Melanoms zu Beginn der 1970er Jahre nur einen Bruchteil der heutigen Neuerkrankungszahlen ausgemacht haben und damit die bei den hellhäutigen Menschen heute häufigste Tumorart überhaupt ausmacht. Im Gegensatz dazu kommt diese Krebsart in Erdteilen mit pigmentierten Bevölkerungen, wie z. B. Afrika und Asien praktisch gar nicht vor. Es kann heute als gesichert angesehen werden, dass die Ursache der Entstehung des weißen Hautkrebses wie Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom in der kumulativen Exposition an ultraviolettem Licht liegt. Eine wesentliche Rolle kommt dabei Mutationen in Tumorsuppressorgenen p53 zu, was für das außer Kontrolle gekommene Wachstum der Epithelzellen verantwortlich zu sein scheint.

In einer bislang einzigartigen Untersuchung in Deutschland, an der über 700 Menschen teilnahmen, wurde das Risiko für die Entstehung von Aktinischen Keratosen in unseren Breitengraden näher untersucht. Durchgeführt wurde die Befragung an der Universitäts-Hautklinik Münster und an verschiedenen Hautarztpraxen im nordwestdeutschen Raum. Unser Ziel war es, erstmals auch für Deutschland ein wissenschaftlich fundiertes Risikoprofil für den beginnenden weißen Hautkrebs zu erstellen. Andere Länder, etwa

Australien, sind da auch aufgrund der klimatischen Bedingungen und den damit noch viel dramatischeren Entwicklungen der Hautkrebsepidemie schon viel weiter.

Im Rahmen einer prospektiv angelegten multizentrischen Fall-Kontroll-Studie wurden 331 Patienten mit Aktinischen Keratosen (AK) und 383 Kontrollpersonen aus Nordwest-Deutschland in Hinblick auf Faktoren, die zur Entstehung von AKs beitragen, analysiert. Die Diagnose AK wurde durch dermatologische Fachärzte gestellt. Die Datensammlung erfolgte anonymisiert mittels eines standardisierten Fragebogens. AKs zeigten sich überwiegend an lichtexponierten Stellen im Gesicht und Kopfbereich mit signifikanten Unterschieden im geschlechterbezogenen Vergleich. Für das Auftreten von AKs wurde auf Basis eines multivariaten statistischen Modells ein klinisches Risikoprofil ermittelt: Höheres Alter, männlich, Hauttumore in der Eigenanamnese, Hauttyp I oder II (Tabelle 1) sowie die berufliche Sonnenexposition. Ebenso wurden helle Haarfarbe, kein Sonnenschutz und Hauttumore in der Familienanamnese als schwächere Risikofaktoren identifiziert. Anhand dieses Modells konnte berechnet werden, dass Männer mit Hauttyp I/II und Hauttumor in der Eigenanamnese bereits im Alter von 41 Jahren einer 50% Wahrscheinlichkeit unterliegen, an AK zu erkranken. Frauen, die diese Risikomerkmale nicht aufweisen, erreichen die 50%-Perzentile erst im Alter von 81 Jahren. Zusammenfassend präsentiert die Studie erstmals Risikofaktoren für das Auftreten von AKs in einer Population aus Mitteleuropa. Danach sind genetisch festgelegte Merkmale (wie z. B. Hauttyp) und Umweltfaktoren (Menge der Sonnenexposition etc.) gleichermaßen für die Entstehung von AKs verantwortlich. Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich die Hoffnung ableiten, dass anhand von Risikoprofilen verfeinerte Vorsorgestrategien und gezielte präventive Maßnahmen geeignet sind, die Inzidenz präinvasiver Plattenepithelkarzinome zu reduzieren.



Da die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sich radikal geänderten Freizeit- und Urlaubsgewohnheiten mit Massentourismus und dem Ideal der gebräunten Haut bzw. des Sonnenbadens leider weiter einem steigenden Trend unterliegt, muss eine sinnvolle primäre Prävention zunächst an einem verantwortungsbewussten Umgang mit dem ultravioletten Lichtes ansetzen (Abb. 1).

Einfachstes, wenn auch bei Männern nur unzureichend akzeptiertes Gegenmittel: die „Sonnenmilch“. Aber auch hier gilt: „Erst denken, dann auftragen, sonst hat das Schmierer keinen Sinn.“ Zum Beispiel sollte der Lichtschutzfaktor nicht zu niedrig gewählt werden. Bei Erwachsenen nicht unter 30, bei Kindern am besten nicht unter 50. Und immer wieder nachcremen, am besten stündlich. Durch Schwitzen oder Kontakt mit Wasser geht nämlich der Sonnenschutz sprichwörtlich baden. Creme vom Vorjahr sollte dabei nicht zum Einsatz kommen. Was viele nicht wissen: Nicht alle Sonnenschutzmittel wirken gleich. Es gibt mineralische und synthetische Sonnenschutzmittel, die letzteren enthalten einen chemischen Filter, der in die erste Hautschicht eindringt und dort die schädlichen Strahlen durch konjugierte Doppelbindungen absorbiert. Physikalische Filter dagegen wirken wie eine Kleidungsschicht, in der Creme sind Mikro-Partikel, die sich auf die Haut legen, und die UV-Strahlung reflektieren. Weil keine Chemie im Spiel ist, sei diese Art von Lotion besonders für Kleinkinder geeignet.

Zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit der Sonne gehört auch die Vermeidung von Sonnenexposition wann immer es geht. Dies sollte besonders strikt zwischen 11 und 15 Uhr in unseren Breiten und in den Subtropen sogar zwischen 10 und 16 Uhr der Fall sein, da die Belastung mit ultravioletter Strahlung hier am höchsten ist. Und wer es doch nicht lassen kann, für den gilt: nicht nur eincremen, sondern möglichst auch entsprechend umhüllen. Guter Sonnenschutz beginnt in der Boutique! Gerade bei besonders hoher Sonneneinstrahlung wie sie in den Bergen, im Mittelmeerraum und an der See vorkommt, sollte spezielle Sonnenschutzkleidung getragen werden. Im Allgemeinen reichen Kleidungsstücke, die ausreichend gewebt und nicht durchsichtig sind, aus. Hier ist besonders zu beachten, dass auch die weiter oben genannten Risikostellen von Männern für den weißen Hautkrebs (Stirn, Glatze, Ohren und Handrücken) ausreichend geschützt sind. Da es beim weißen Hautkrebs auf die kumulative Sonnenexposition ankommt, ist Sonnenschutz kein Thema, das den Mann nur im Sommerurlaub interessieren sollte. Auf geeigneten textilen Schutz ist auch bei jeglichen Freizeitaktivitäten von zu Hause aus wie Radtour, Golfen, Segeln oder Joggen, aber auch der von vielen Männern zu bewältigenden Gartenarbeit zu achten.

Ein Wunschtraum der Dermatologen ist am Strand und im Freibad das Tragen von sogenannten „Sunsuits“, UV-un-durchlässige Badeanzüge, die auch Schultern, Arme und

Beine bedecken. Da Kinder unter einem Jahr überhaupt nicht der Sonne ausgesetzt sein dürfen und Sonnenbrände in der Kindheit und Jugend mit dem Risiko für den schwarzen Hautkrebs eng zusammenhängen, scheint diese Art der Strandbekleidung wenigstens bei Kleinkindern und ihren verantwortungsbewussten Eltern immer mehr Akzeptanz zu finden.

In diesem Zusammenhang ist die vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit kürzlich veröffentlichte Meldung als Meilenstein beim öffentlichen Umdenken in Bezug auf die so lange sorglos konsumierte UV-Exposition zu werten. Seit dem 1. März 2010 müssen Betreiber von Solarien mit hohen Geldstrafen rechnen, wenn sie Kinder und Jugendliche auf die Sonnenbank lassen. Das Nutzungsverbot für unter 18-Jährige gilt bereits seit dem 4. August 2009; nun kommt jedoch die Verfolgung als Ordnungswidrigkeit hinzu. Die Strafe bei Gesetzesverstößen dieser Art kann bis zu 50.000 € betragen. Zur Überwachung der Sonnenstudios baut das Bundesumweltministerium auf die Hilfe der Mitbürger: Wer einen Verstoß gegen das Sonnenstudio-Verbot für Minderjährige beobachtet, ist dazu aufgerufen, das dem Ordnungsamt zu melden. Für das Jahr 2010 ist außerdem eine neue Rechtsverordnung geplant, die strenge Qualitätsanforderungen für Solariumsbetreiber enthalten wird.

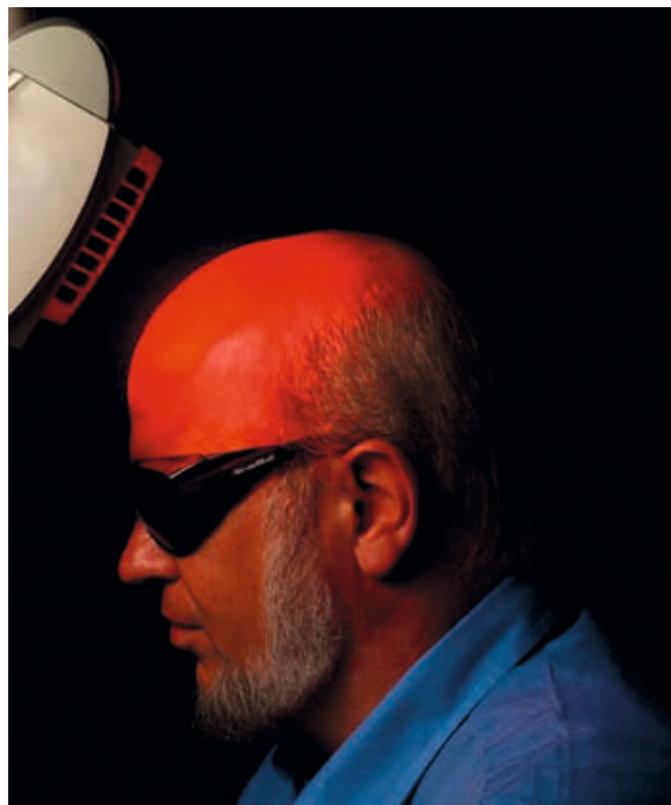


Abbildung 3: Photodynamische Therapie Aktinischer Keratosen an der Stirn: Die Behandlung mit rotem Kaltlicht dauert ca. 5-10 Minuten. Sie führt ist besonders geeignet bei der sogenannten Feldkanzerisierung (siehe Text), führt zu exzellenten kosmetischen Ergebnisse, kann aber teilweise sehr schmerzhaft sein.

Hauttyp	Haare	Augen	Haut	Sonnenbrand	Bräunung	Eigenschutzzeit der Haut
I (Keltischer Typ)	rote oder rotblond	grün/blau	sehr hell, Sommersprossen	sehr schnell	keine	<10 Minuten
II (Nordischer Typ)	blond oder hellbraun	blau	hell	schnell	sehr langsam	10–20 Minuten
III (Mischtyp)	dunkelblond oder braun	braun (blau, grün oder grau)	hellbraun	manchmal	immer	20–30 Minuten
IV (Mediterraner Typ)	dunkel	braun	bräunlich/ olivbraun	selten	immer	> 30 Minuten
V/VI (Dunkler oder schwarzer Typ)	schwarz	dunkel	dunkel	fast nie	sehr schnell	> 60 Minuten

Tabelle 1: Die Hauttypeneinteilung nach Fitzpatrick (Fitzpatrick TB [1988] The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. Arch Dermatol 124:869-871) gibt an, welche Lichtempfindlichkeit die Haut hat und wie hoch das individuelle Risiko für Sonnenbrand ist.

Hat die Sonne trotzdem ihre Schäden hinterlassen, ist Früherkennung wichtig. Jedoch ist im Bewusstsein der Männer der weiße Hautkrebs als ernstzunehmende Hauterkrankung kaum verankert. Sorgen bereitet den meisten Menschen eher der schwarze Hautkrebs, der im fernmetastasierten Stadium, wenn also Organe wie Leber und Lunge oder sogar das Gehirn betroffen sind, überwiegend einen tödlichen Verlauf nimmt.

Früherkennung ist der zweite wesentliche Baustein der vorbeugenden Bekämpfung von Krebskrankheiten, sie wird als sekundäre Prävention bezeichnet. Seit Juli 2008 haben Versicherte ab 35 Jahren alle zwei Jahre einen Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening. Das solche Vorsorgeuntersuchungen speziell bei Hautkrebs besonders sinnvoll sind, da durch die Früherkennung die Schwere des Krankheitsverlaufs und die Mortalität (Sterblichkeit) gesenkt werden kann, bieten immer mehr Krankenkassen die Untersuchung bereits ab dem 20. Lebensjahr ihren Versicherten an. Weitere Informationen finden sich unter www.hautkrebs-screening.de. Der Hautarzt kann nach der Untersuchung unter zu Hilfenahme des Hautdermatoskops bei etwa 10-facher Vergrößerung mit großer Sicherheit sehen, ob ein Verdacht auf Hautkrebs vorliegt. Auf der Grundlage dieser Untersuchung wird die Indikation für eine Exzisions/Inzisionsbiopsie zur histologischen Sicherung der klinischen Verdachtsdiagnose gestellt.

Ist die Diagnose Aktinische Keratose gestellt worden, sollte die Hautveränderung durch einen Hautarzt entfernt werden, wobei es verschiedene Möglichkeiten gibt. In jedem Fall ist die harmlos aussehende Hautveränderung kontroll- und behandlungsbedürftig. Sie können (in örtlicher Betäubung) operativ entfernt werden oder oberflächlich mit flüssigem Stickstoff (Kryotherapie) bzw. 5-Fluorouracil-, Diclofenac oder Imiquimod-haltigen Cremes behandelt werden. Imiquimod aktiviert das körpereigene Abwehrsystem,

das die veränderten Zellen der Aktinischen Keratose eliminiert. Gerade bei diesen zuletzt genannten Behandlungsmöglichkeiten hat die Forschung in den vergangenen Jahren gute Erfolge erzielt. Eine weitere Methode zur Behandlung solcher Hautveränderungen ist die photodynamische Therapie (PDT). Hier werden Hautstellen zunächst mit einer auf Basis von 5-Aminolävulinsäure vorbehandelt und dann mit rotem Kaltlicht bestrahlt (Abb. 3). Bei Bedarf kann die Behandlung auch nach einigen Monaten wiederholt werden. Diese Methode scheint besonders gut geeignet zu sein, die oben beschriebene Feldkanzerisierung zu behandeln. Alle anderen Hautkrebsarten, wie das Plattenepithelkarzinom, das Basaliom und das maligne Melanom werden gemäß Leitlinie fast ausschließlich in Deutschland mittels vollständiger Exzision z.T. unter Einhaltung von Sicherheitsabständen und zusätzlicher Einbeziehung der Wächterlymphknoten (Melanome mit höherem Metastasierungsrisiko) therapiert.

In Anbetracht der zunehmenden Komplexität bei der Behandlung der verschiedenen Hautkrebsarten ist seit kurzem von der Deutschen Krebsgesellschaft ein Katalog zur qualitätsgeprüften Etablierung von Hauttumorzentren verabschiedet worden. Ziel ist, betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung zu betreuen und zu versorgen. Dieser Grad der Versorgung von Patienten ist nur durch ein Netzwerk von Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen möglich. Inzwischen sind die ersten Zentren in Deutschland offiziell begutachtet worden. Sie sind wie u. a. das Hauttumorzentrum des Universitätsklinikums Münster (www.hautkrebszentrum-UKM.de) an dem Qualitätssiegel „Zertifiziertes Hauttumorzentrum“ zu erkennen.

Zusammenfassend kann (insbesondere für die Aktinische Keratose) das folgende Fazit gezogen werden: frühe ziel-



gruppenspezifische (Männer ab 40, helle Hauttypen und der Sonnenstrahlung ausgesetzte Berufsgruppen) primäre und sekundäre Prävention sind wesentliche Standbeine, um der laufenden Hautkrebsepidemie begegnen zu können bzw. sehr frühzeitig und mit der Möglichkeit einer effektiven Behandlung dieser Krebsart erkennen zu können. Die wichtigsten Schutzmaßnahmen umfassen Vermeidung von Sonnenexposition in der Mittagszeit und den Schutz durch Kleidung. Sonnencreme allein stellt keinen ausreichenden Schutz vor UV-induzierten Hautschäden dar.

PD Dr. med. Meinhard Schiller
Oberarzt

Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten
Universitätsklinikum Münster
Von-Esmarch-Straße 58
48149 Münster
schillm@uni-muenster.de
www.hautkrebszentrum-UKM.de



Literatur

Glogau RG. The risk of progression to invasive disease. J Am Acad Dermatol 2000; 42:23-4.

Stockfleth E, Ferrandiz C, Grob JJ, Leigh I, Pehamberger H, Kerl H; European Skin Academy. Development of a treatment algorithm for actinic keratoses: a European Consensus. Eur J Dermatol. 2008; 18:651-9.

Hensen P, Müller ML, Haschemi R, Ständer H, Luger TA, Sunderkötter C, Schiller M: Predisposing factors of actinic keratosis in a North-Western German population. Eur J Dermatol. 2009; 19:345-354

Die ideale Langzeittherapie: Nebido

Die erste Testosteron-Injektion mit Langzeitwirkung

- nur etwa 4 Injektionen im Jahr*
- durchgehend normaler Testosteronspiegel
- gleichbleibende Stimmung

*Nach Gabe der Loadingdosis ggf. individuelle Anpassung der Injektionsintervalle (10–14 Wochen).



NEBIDO 1000 mg Injektionslösung. Wirkstoff: Testosteronundecanoat. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. Zusammensetzung: 1 Ampulle enthält: 1000 mg Testosteronundecanoat in 4 ml Injektionslösung. Sonstige Bestandteile: Benzylbenzoat, raffiniertes Rizinusöl. Anwendungsgebiete: Testosteronersatztherapie bei männlichem Hypogonadismus, wenn der Testosteronmangel klinisch und labormedizinisch nachgewiesen wurde. Gegenanzeigen: Androgenabhängiges Karzinom der Prostata oder der männlichen Brustdrüse, frühere oder bestehende Lebertumore, Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung: Exakt intramuskulär und sehr langsam injizieren! Doping! (siehe auch unter Nebenwirkungen). Nebenwirkungen: Polyzythämie, Gewichtszunahme, Hitzewallung, Akne, Anstieg des prostataspezifischen Antigens, abnormaler Untersuchungsbe- fund der Prostata, benigne Prostatahyperplasie, verschiedene Arten von Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Beschwerden, Pruritus, Rötung, Hämatome, Reizung, Reaktion), Anstieg des Hämatokrits, Anstieg der Erythrozyten, Anstieg des Hämoglobins, Überempfindlichkeitsreaktionen, Appetitzunahme, Anstieg des Glykohämoglobins, Hypercholesterinämie, Anstieg der Triglyceride und des Cholesterins im Blut, Depression, emotionale Störung, Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit, Aggression, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Tremor, kardiovaskuläre Störung, Hypertonie, Schwindel, Bronchitis, Sinusitis, Husten, Dyspnoe, Schnarchen, Dysphonie, Diarrhoe, Übelkeit, anormale Leberfunktionswerte, Anstieg der Gluta- matoxalacetattransaminase, Alopezie, Erythem, Hautausschlag einschl. papulöser Hautausschlag, Pruritus, trockene Haut, Arthralgie, Schmerzen in den Extremitäten, Muskelstörungen (Muskelkrampf, Muskelzerrung, Muskelschmerzen), Steifigkeit in der Skelettmuskulatur, Anstieg der Kreatinphosphokinase im Blut, Abnahme des Harnflusses, Harnverhaltung, Harnwegsstörung, Nykturie, Dysurie, intraepitheliale Neoplasie der Prostata, Verhärtung der Prostata, Prostatitis, Prostata- Störungen, Libidoänderungen, Hodenschmerzen, Verhärtung der Brust, Brustschmerz, Gynäkomastie, Anstieg des Estradiols, Anstieg des Testosterons, Müdigkeit, Asthenie, Hyperhidrosis (Hyperhidrosis u. Nachtschweiß). Eine pulmonale Mikroembolie mit öligen Lösungen kann zu Symptomen wie Husten, Dyspnoe, Unwohlsein, Hyperhidrosis, thorakale Schmerzen, Schwindel, Parästhesie oder Synkope führen. Diese Reaktionen können während od. unmittelbar nach der Injektion auftreten und sind reversibel. Während d. Behandlung mit testosteronhaltigen Präparaten wurde zusätzlich über Nervosität, Feindseligkeit, Schlafapnoe, versch. Hautreaktionen einschl. Seborrhoe, erhöhte Erektionshäufigkeit und Gelbsucht berichtet. Eine hoch dosierte Anwendung von Testosteronpräparaten bewirkt eine reversible Unterbrechung od. Verminderung der Spermatogenese mit Abnahme der Hodengröße. Testosteronersatztherapie bei Hypogonadismus kann schmerzhafte Dauererektionen (Priapismus) verursachen, in hohen Dosen od. Langzeittherapie Wasserretention u. Ödeme. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Bayer Schering Pharma AG, 13342 Berlin. Mitvertrieb: Bayer Vital GmbH, 51368 Leverkusen. Version: DE1; 09/2009

Preis für Levitra 10 mg und 5 mg wurde erheblich gesenkt

Der Apothekenverkaufspreis für die 10 mg- und 5 mg-Dosierungen des Phosphodiesterase-5(PDE-5)-Inhibitors Vardenafil (Levitra®) wurde um etwa 50 bzw. 60 Prozent zum 1. Mai gesenkt. Die Kosten pro 10 mg-Tablette sanken von ca. 12 Euro auf etwa 6 Euro. Viele Patienten scheuen derzeit die Kosten der Selbstzahler-Behandlung, nehmen die Therapie nicht wahr oder bestellen ihre Medikamente – häufig gesundheitsgefährdende Fälschungen – über das Internet. Dieser Entwicklung will Bayer Vital mit der Preissenkung entgegensteuern.

Ausschlag für die beschlossene Maßnahme gaben die Ergebnisse einer großen Marktstudie, die zum Einsatz von PDE-5-Inhibitoren wie Levitra® durchgeführt wurde. Die Studie zeigte, dass der Kostenfaktor für Patienten mit erektiler Dysfunktion eine entscheidende Bedeutung hat, da sie in der Regel die Therapie aus eigener Tasche zahlen müssen. Um Kosten zu sparen, nehmen viele Patienten derzeit die Therapie nicht oder nicht in vollem Umfang wahr. 43 Prozent der befragten Patienten gaben an, ihr Sexualleben genau zu planen, um keine Pillen zu „vergeuden“.

Gegen unkontrolliertes Pillen-Splitting und gefälschte Medikamente

Kostengründe geben auch den Ausschlag dafür, dass mindestens 50 Prozent der Patienten, die PDE-5-Hemmer einnehmen, die Pillen zerteilen. Dies ist jedoch problematisch, da die Tabletten nicht für eine Teilung bestimmt sind: Eine exakte Dosierung und eine kalkulierbare Resorption des Wirkstoffs sind dabei nicht gewährleistet. Vorwiegend aus Kostengründen besorgen sich zahlreiche Patienten auch Pillen über das Internet. Hier ist besondere Vorsicht geboten, wenn Verkäufer verschreibungspflichtige Präparate auch ohne Rezept liefern und ihren Firmensitz außerhalb der EU haben. Wer Arzneimittel von solchen Anbietern erwirbt, läuft Gefahr, Fälschern aufzusitzen und seine Gesundheit zu gefährden. „Die Therapie der erektilen Dysfunktion hat eine enorme Bedeutung für die Gesundheit und Lebensqualität von Männern im besten Alter“, erklärt Professor Dr. Frank Sommer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. „Deshalb sind Maßnahmen, die mehr Männern mit Potenzstörungen eine fälschungssichere und wirksame Therapie ermöglichen, grundsätzlich zu begrüßen.“

Preise sinken für mittlere und niedrige Formulierung

„Vielen Männern mit Erektionsstörungen fällt es schon schwer, mit ihrem Problem überhaupt einen Arzt aufzusuchen“, fügt Dr. Herbert Schäfer von Bayer Vital hinzu. „Wenn sie es dann doch tun, wollen wir erreichen, dass sie nicht vor dem Preis zurückschrecken bzw. über dubiose Internetaufkäufe oder Tabletten-Splitting den Therapieerfolg gefährden.“ Die mittlere Levitra®-Dosierung (10 mg) wird auf etwa 45 Prozent der 20 mg-Dosierung gesenkt. Durch die Preisanpassung sinken die Kosten pro Anwendung bei der 10 mg-Formulierung von 12,82 Euro (4-Tabletten-Packung) bzw. 11,11 Euro (12-Tabletten-Packung) auf 6,80 Euro (4) bzw. 5,89 Euro (12). Der Preis für die niedrige Dosierung (5 mg) wird ebenfalls reduziert – auf 33 Prozent der 20 mg-Dosierung. Die 5 mg-Tabletten kosten pro Stück nun 5,00 Euro statt bisher 11,54 Euro. Die Preise der 20 mg-Tabletten bleiben unverändert. Speziell die Studiendaten zu Levitra belegen, dass die Wirkung der mittleren Dosis (10 mg) für die Behandlung der erektilen Dysfunktion bei den allermeisten Patienten ausreicht.

Preissenkung für Levitra® (Vardenafil) zur Therapie der erektilen Dysfunktion

- Kostenreduktion um 47 % in der 10mg-Dosierung
- Kostenreduktion um 57 % in der 5mg-Dosierung
- Gegen Tablettensplitting und das Risiko durch Medikamentenfälschungen



© Bayer Vital

* Derzeitiger Durchschnittspreis pro Tablette der meistverkauften hohen Dosis der PDE-5-Inhibitoren

** Durchschnittspreis pro 10mg-Levitra®-Tablette ab 1. Mai 2010 (6,80 € (4er-Packung) bzw. 5,89 € (12er-Packung))

Zeugnisvergabe an Haus- und Fachärzte, neue Online-Arztsuche

AOK und Bertelsmann Stiftung wollen eine faire Arztbewertung ermöglichen, berichtet die Ärzte-Zeitung (28./29.05.2010). AOK-Versicherte in Berlin und Hamburg können via Internet ihre Meinung äußern; andere Regionen folgen. Es gibt ein spezielles Login-Verfahren, so dass jeder Versicherte sich nur einmal registrieren und nicht mehrere Beurteilungen für einen Arzt abgeben kann. Es können nur geschlossene Fragen zu Praxis und Personal, Arztkommunikation, Behandlung und Gesamteindruck beantwortet werden. Die beurteilten Ärzte haben die Möglichkeit, die Zeugnisse sichtbar für alle zu kommentieren oder sie sperren zu lassen, was aber erkennbar sein wird. Informationen www.aok-arztnavi.de. Start der Arztsuche ab Herbst 2010 zusätzlich unter www.weisse-liste.de.

Männerarzt-Tipp:

Die Bedeutung von Internetportalen bei der Arztsuche wächst. Bewertungs- und Suchportale zu ignorieren, ist die schlechteste Lösung (zum Thema: „Papa, Du bist total cool im Web drin!“, DER MÄNNERARZT 2/2009, S. 10 ff). Proaktives Marketing kann das Mittel der Wahl sein. (Betagten) AOK-Versicherten kann eine Helferin in der Praxis beim Login und Anklicken der Bewertungen behilflich sein. Berufsrechtlich bedenklich? Nein, solange nicht manipuliert wird, schließlich kann auch beim Ausfüllen des Wahlscheins bei Bundestagswahlen durch Fremde geholfen werden.

Frank A. Stebner

Die hohe Prävalenz von Hypogonadismus bei älteren Männern, Übergewichtigen und solchen die unter Diabetes Typ 2 leiden macht es sehr wahrscheinlich, dass diese Patienten bei Ihrem Hausarzt vorstellig werden. Deshalb ist es wichtig, dass diese über die Symptomatik des Hypogonadismus und die möglichen Therapieoptionen aufgeklärt sind. Auch wenn in dem Beitrag nicht alle modernen Therapien (Injektion mit Langzeitwirkung) beschrieben sind, bietet er eine gute Übersicht als Basis für die Information von Hausärzten, die mit dem Thema weniger vertraut sind.

Quelle: A Practical Guide to Male Hypogonadism in the Primary Care Setting
P. Dandona; M. T. Rosenberg
Posted: 05/10/2010; Int J Clin Pract. 2010;64(6):682-696. © 2010 Blackwell Publishing

Mieterhöhung leicht gemacht

Der Bundesgerichtshof hat Mieterhöhungen für Wohnraum erleichtert (FAZ 26.05.2010). Wenn sich der Vermieter hierbei auf ein Sachverständigengutachten beruft, muss sich dies nach neuem Urteil des BGH (Az: VIII ZR 122/09) nicht auf die konkrete Wohnung beziehen. Vielmehr genügt es hiernach, wenn die ortsübliche Vergleichsmiete mit einem „Typengutachten“ belegt wird; dieses berücksichtigt nur allgemein andere Immobilien, die nach Größe und Ausstattung vergleichbar sind. Nach § 558 a BGB kann ein Vermieter auf verschiedene Art nachweisen, dass sich der von ihm verlangte Mietzins für Wohnraum in das ortsübliche Preisgefüge einordnet – insbesondere durch Verweis auf einen Mietspiegel, eine Auskunft aus einer Datenbank, ein begründetes Gutachten oder die Benennung von drei Vergleichswohnungen.

Männerarzt-Tipp: Die Rechtsprechung kann auch auf Praxisräume angewendet werden, wenn es die vertragliche Gestaltung zulässt. § 558 a BGB gilt nur für Wohnraum. Beim Abschluss eines Mietvertrages über beruflich genutzte Räume ist eine Mietanpassungsklausel sorgfältig zu prüfen, sonst kann es bei langer Mietzeit teuer werden.

Junge Männer, die eine Krebserkrankung wie Hodenkrebs überstehen, erleiden infolge der Erkrankung und entsprechender Therapien nicht selten langfristig einen Mangel an Testosteron, der sich auf ihre Lebensqualität und Sexualität auswirkt. Das zeigen die Daten einer aktuellen Studie in der Fachzeitschrift Cancer.

Quelle: Greenfield, D.M.: Quality of life, self-esteem, fatigue, and sexual function in young men after cancer. A controlled cross-sectional study. Cancer, Onlinevorabveröffentlichung am 22. Februar 2010, doi: 10.1002/cncr.24898

Aus einem Kommentar der „Stuttgarter Zeitung“:

In der Natur gibt es viele Gesetze, wie z. B. das Gesetz der Schwerkraft, die gültig sind. Vielleicht liegt es ja daran, dass kein Jurist beteiligt war ...

Männerarzt-Buchtip:

ISBN 978-3-8214-7246-1
1140 Seiten mit CD-ROM
Rechtsstand 01.01.2010
36,00 EUR

Keine Sorge wegen unvollständiger sogenannter E-Mail-Disclaimer

Die Erklärungen zum Haftungsausschluss und zur Aufforderung zur Vertraulichkeit werden immer länger. Schon bieten Agenturen ihre kostenpflichtige Beratung an. Müssen sich Ärzte wegen der Verwendung „lückenhafter“ Disclaimer sorgen? Nach rechtlichen Kriterien ist es unbedenklich, auf die Hinweise zu verzichten. Sie entfalten keine juristische Wirkung. Insbesondere kann sich der Versender nicht von einer Haftung freisprechen und auf Vertraulichkeit, Geheimhaltung pochen. E-Mail-Disclaimer sind aber üblich und erhöhen möglicherweise die Compliance, die Sendung vertraulich usw. zu behandeln.

Der Vermieter von Wohnraum hat bei unregelmäßiger Mietzahlung des Jobcenters kein Kündigungsrecht

Zahlt der Mieter dauerhaft die Miete nicht termingerecht, kann das Mietverhältnis nach Abmahnung gekündigt werden. Ist die unpünktliche Zahlung auf eine unregelmäßige Leistung des Jobcenters zurückzuführen, kommt dies nicht in Betracht (BGH, Urteil vom 21.10.2009 – VIII ZR 64/09 = BeckRS 2009, 86439; NJW-Spezial 4/2010, 99).

Erektile Dysfunktion ist, wenn Sie bei jüngeren Männern (< 60 Jahre) auftritt, häufiger mit einer koronaren Herzerkrankung assoziiert. Deshalb ist es wichtig, die Thematik gezielt anzusprechen, um neben einer Therapie der ED auch rechtzeitig Maßnahmen zur Behandlung der entstehenden Arteriosklerose einleiten zu können.

Erectile Dysfunction: A Harbinger for Cardiovascular Events, Thereby Allowing a „Window of Curability“ Could erectile function serve as a surrogate measure of treatment efficacy of preventive interventions for cardiac disease?
Martin M. Miner, MD, The Miriam Hospital, The Warren Alpert School of Medicine, Brown University
AccessMedicine from McGraw-Hill, February 2010



Konkurrentenklage gegen Zweigpraxisgenehmigung

Vertragsärzte sind nicht berechtigt, die einem anderen Vertragsarzt erteilte Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis an einem anderen Standort anzufechten.

Eine Versorgungsverbesserung i.S. des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV ist bereits dann gegeben, wenn durch den Betrieb einer Zweigpraxis das Leistungsangebot zum Vorteil der Versicherten erweitert wird (BSG, Urteil vom 28.10.2009, Az: B 6 KA 42/08 R).

Ein Ergebnis einer Studie mit über 1500 älteren Männern (>70 Jahre) ist, dass niedriges freies Testosteron als unabhängiger Risikofaktor für Gebrechlichkeit gesehen werden muß. Weitere Untersuchungen zur Wirkung einer präventiven Testosterontherapie werden von den Autoren empfohlen.

Quelle: Low Free Testosterone Predicts Frailty in Older Men: The Health in Men Study Zoë Hyde*, Leon Flicker, Osvaldo P. Almeida, Graeme J. Hankey, Kieran A. McCaul, S. A. Paul Chubb, and Bu B. Yeap
Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, doi:10.1210/jc.2009-2754

Seelische Belastungen beim Prostatakarzinom – Welche Perspektiven bietet die junge Disziplin der Psychoonkologie?

Als eine der häufigsten urologischen Tumorarten weist das Prostatakarzinom (PCa) die höchste Neuerkrankungsrate aller Krebserkrankungen bei Männern in Deutschland auf und steht zudem auf Platz 3 in Bezug auf seine Mortalitätsrate. Obwohl der Begriff „Krebs“ zunächst oftmals mit körperlichen Beeinträchtigungen durch ein Fortschreiten der Krankheit oder die teils invasive Behandlung in Verbindung gebracht wird, bleibt auch die Seele der Betroffenen samt ihrer Angehörigen nicht unberührt: Diagnose und Therapie stellen ganz plötzlich den „normalen“ Alltag auf den Kopf, führen zu schwerwiegenden Veränderungen wie beispielsweise einer Arbeitsunfähigkeit und werden damit auch auf psychosozialer Ebene häufig als stark belastend erlebt. Vor dem Hintergrund einer vorwiegend somatischen Ausrichtung der modernen Schulmedizin stellt sich daher die Frage, wie man die im Zuge einer Krebserkrankung auftretenden seelischen Beschwerden lindern und die Patienten ganzheitlich – eben nicht nur durch OPs oder Medikamente – auf ihrem manchmal steinigen Weg begleiten kann. Die noch junge Disziplin der Psychoonkologie legt ihren Fokus speziell auf diesen Themenkomplex und soll im folgenden Artikel am Beispiel des PCa genauer vorgestellt werden.

Seelische Belastungen nach der Krebsdiagnose

Urologische Tumoren, einschließlich des PCAs, könnten vor allem deswegen mit erheblichen seelischen Belastungen einhergehen, da die medizinische Behandlung oftmals mit operativen Eingriffen in das intime Persönlichkeitsbild der Geschlechtlichkeit verbunden ist. Viele Männer werden aufgrund der asymptomatischen frühen Phasen der Krebsentwicklung von der Diagnose häufig „wie vom Blitz getroffen“ und haben somit einen erschwerten Eingang in den Prozess der Krankheitsverarbeitung. Durch externe Bestrahlung oder die radikale Prostatektomie können in Einzelfällen oder bei fortgeschrittener Erkrankung wesentliche Körperfunktionen wie Potenz, Kontinenz sowie der kontrollierte Harndrang beeinträchtigt werden und darüber hinaus können ständige Kontrollen und Fehlinterpretationen des PSA-Wertes, der immer noch Gegenstand verschiedenster kritischer Diskussionen ist, als psychisch belastend empfunden werden. Wie einige Studien bereits objektivieren konnten, leiden beispielsweise nach der radikalen Prostatektomie einige Patienten unter Ängsten und Depressionen und so lässt sich an dieser Stelle zusammenfassend feststellen, dass die psychosozialen Belastungen einer Krebserkrankung wie des PCa einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor für die Entstehung klinisch manifester psychosomatischer Stö-

rungen darstellt. Wie man einer solchen Entwicklung vorbeugen kann, ist eine zentrale Fragestellung aus dem Fachbereich der Psychoonkologie.

Was ist eigentlich Psychoonkologie?

Unter dem Begriff der Psychoonkologie verbirgt sich eine noch sehr junge Subdisziplin der klinischen Psychologie, die sich mit psychosozialen Belastungen befasst, die mit einer Krebserkrankung zusammenhängen. Dabei geht es beispielsweise um die psychotherapeutische Behandlung von akuten Belastungsreaktionen – also einer Art von traumatischem Erlebnis – durch eine überraschende Krebsdiagnose oder aber auch um die psychologische Betreuung von Angehörigen. Da sich die Maßnahmen immer an der individuellen Situation und den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren, bedienen sich die behandelnden Psychologen meist sehr unterschiedlicher Interventionsformen, die u. a. Entspannungsverfahren, gezielte Informationsvermittlung, offene Gespräche oder die Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen umfassen. Somit schließt die Psychoonkologie folglich eine entscheidende Versorgungslücke im täglichen Klinikbetrieb und fokussiert auf die positive Beeinflussung der „seelischen Wunden“, die durch die Krebsdiagnose sowie durch teils invasive Therapieverfahren bei vielen Patienten ausgelöst werden können.

Kasuistik: Informationen eröffnen neue Perspektiven!

Herr Neubauer (fiktiver Name) ist 62 Jahre alt, verheiratet mit 2 erwachsenen Söhnen und führt ein kleines Familienunternehmen. Nachdem er in Fernsehen und Presse immer wieder etwas über Früherkennung gehört und über „Check-Ups“ gelesen hat, stellt er sich bei seinem Urologen mit dem Wunsch einer gründlichen Untersuchung vor, um seine stets um die Gesundheit besorgte Ehefrau beruhigen zu können. Obwohl er sich nach eigenen Angaben „kerngesund“ fühle und auch noch nie ernsthaft krank gewesen sei, stellt der Arzt nach mehrfachen umfangreichen Untersuchungen die Diagnose eines lokal begrenzten PCa. Herr Neubauer, der absolut nicht mit solch einer Diagnose gerechnet hatte, reagiert wie im Schock, verlässt plötzlich mitten im Gespräch die Praxis, ist für einige Tage von seiner Familie unauffindbar und geht davon aus, bald sterben zu müssen. Nachdem ihn seine Frau in depressivem Zustand endlich bei einem Freund findet, lässt sich Herr Neubauer

er zu einem weiteren Arztgespräch überreden und erhält dabei die Kontaktdaten einer örtlichen Selbsthilfegruppe von Männern mit PCa sowie den Namen eines Psychotherapeuten. Mit skeptischer Haltung nimmt er dann an einer Sitzung teil und erfährt durch die Berichte der Gruppenmitglieder vieles über die Art seiner Krebserkrankung, die in seinem Tumorstadium noch relativ gute Prognose und die Chancen einer psychotherapeutischen Betreuung zur Behandlung seiner akuten Belastungsreaktion. Nur wenige Wochen später ist Herr Neubauer zum Experten über seine Erkrankung geworden und fasst neuen Lebensmut, um gegen den Krebs „zu kämpfen“.

An dieser exemplarischen Falldarstellung wird deutlich, dass viele Menschen nur rudimentär über die bunten Medien und damit leider unzureichend über Krebserkrankungen informiert sind und sie darüber hinaus sogar oftmals mit einer Art Todesurteil gleichsetzen. So wird die Entstehung von akuten Belastungsreaktionen bis hin zur sekundären Depression oder Angststörung begünstigt, die sich nicht nur negativ auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden des Betroffenen auswirken, sondern auch nachteilig für den gesamten Heilungsprozess sein können. Psychoonkologische Interventionen wie die gezielte Informationsvermittlung im Rahmen einer sogenannten Psychoedukation oder der Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen können einem solchen „Teufelskreis“ aus Krankheitsprogress und psychosozialen Belastungen effektiv vorbeugen und bieten somit neue Perspektiven für Patienten und wertvolle „Werkzeuge“ für den betreuenden Männerarzt.

Pilotprojekt an der Medizinischen Hochschule Hannover

Mit der Zielsetzung der Etablierung eines interdisziplinären Zusatzangebotes für Klinikpatienten mit urologischen Tumorerkrankungen und ihre Angehörigen gibt es in der Klinik für Urologie und urologische Onkologie seit Anfang des Jahres 2010 eine psychoonkologische Beratungssprechstunde, in der u.a. die oben angerissenen Methoden zum Einsatz kommen. Unter Leitung des ärztlichen Direktors Herrn Prof. M. A. Kuczyk und der Psychologin Frau Dipl.-Psych. A. Simon bietet die neue Sprechstunde neben einer gezielten Informationsvermittlung vor allem „ein offenes Ohr“ für die Sorgen und Ängste der Betroffenen, wobei auf Wunsch auch der Kontakt zu weiteren psychosozialen An-

geboten wie z.B. einer Selbsthilfegruppe oder einem Psychotherapeuten vermittelt werden kann. Die psychoonkologische Beratungssprechstunde soll damit einen Beitrag zu einer ganzheitlichen Patientenversorgung leisten und schließlich einmal mehr darauf aufmerksam machen, dass unter einer Krebserkrankung nicht nur der Körper, sondern auch die Seele leiden kann.

Interessenkonflikt: Alle Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur und Link-Tipps:

Dorf Müller, M., Diezfelbinger, H.:
Psychoonkologie. Elsevier Germany: München.

Homepage der Klinik für Urologie und urologischen Onkologie der MHH: www.mh-hannover.de/urologie

**PD Dr. med. habil.
Axel S. Merseburger**

Klinik für Urologie und
urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover



Prof. Dr.med. Markus A. Kuczyk

Klinik für Urologie und
urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover



Korrespondenz an:
Dipl.-Psych. Annika Simon

Klinik für Urologie und urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
30625 Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1
urologie.simon@googlemail.com

PSA-Bestimmung? – Jetzt erst recht!

PSA – sinnvoll?

Nur ca. 15 Prozent aller Männer nutzen in Deutschland die Möglichkeiten einer gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchung. Durch Bonusprogramme versucht ein Großteil der gesetzlichen Krankenkassen diese Zahl zu erhöhen. Da zur Vorsorgeuntersuchung weder Ultraschall noch Blutuntersuchungen gehören, hat sich seit längerem die Empfehlung zur Bestimmung des „Tumormarkers PSA“ als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) etabliert. Der Nutzen eines jährlichen PSA-Screenings war aber immer wieder Gegenstand ärztlicher und öffentlicher Diskussionen. Eine Mitte 2009 veröffentlichte große Europäische Studie belegte erstmals, dass mindestens 20 Prozent weniger Prostatakrebstote bei PSA-Screening möglich sind.

Zweitens bekam die PSA-Bestimmung zur Früherkennung durch die neue S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie DGU (s.u.) einen höheren Stellenwert.

PSA-Bestimmung: Individuelle Gesundheitsleistung?

In der oben erwähnten Leitlinie der DGU wird allen über 40-jährigen Männern mit dem Wunsch, ein Prostatakarzinom frühzeitig zu erkennen, die Bestimmung des Serum-PSA-Wertes empfohlen. Die Leitlinie empfiehlt eine differenzierte zeitliche Kontrolle je nach Höhe des ermittelten PSA-Wertes: Bei Werten unter 2 ng/ml wird ein Intervall von 2 Jahren oder individuell länger empfohlen. Bei Werten zwischen 2 und 4 ng/ml sollte jährlich kontrolliert werden. Die alleinige digitale rektale Untersuchung, wie in der gesetzlichen Vorsorge vorgesehen, wird von der DGU nicht als ausreichend angesehen. Es wird zunächst nur die Bestimmung des gesamten PSA empfohlen. Bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms ist die regelmäßige Bestimmung des PSA-Wertes im Rahmen der Tumornachsorge immer eine GKV-Leistung. Auch bei akuter Prostatitis kann der PSA-Wert unter Umständen zur Verlaufskontrolle der Entzündung eingesetzt werden und ist somit eine GKV-Leistung. Hierbei muss sich der Arzt aber ggf. Rückfragen der KV stellen.

Information zu IGeL

Da man als Arzt zudem verpflichtet ist, jedem in Frage kommenden Patienten die Möglichkeiten einer erweiterten und sinnvollen Krebsfrüherkennung mitzuteilen, sollte man den Patienten am besten schriftlich im Vorfeld über das Angebot an IGeL zu informieren und ihm ausreichend Zeit lassen, eine Entscheidung zu fällen. Erst während der Vorsorgeuntersuchung auf die Möglichkeit einer PSA-Bestimmung hinzuweisen, führt eventuell zu einem Unverständnis des Patienten, diese Beratungsleistung selber bezahlen zu müssen. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich oft in der Information der Patienten mit vergrößerter Prostata ohne

PSA – einige Fehlerquellen

- Akute und chronische Prostatitis (teils drastische Erhöhung)
- Fahrradfahren vor PSA-Abnahme (je nach Dauer und Sattel starke Erhöhung)
- Einnahme von Aromatasehemmern zur Prostataverkleinerung oder zur Verbesserung des Haarwuchses (Reduktion des PSA-Wertes um bis zu 50% je nach Indikation)
- Geschlechtsverkehr vor PSA-Abnahme
- Fester Stuhlgang, Klistier etc.
- Einnahme von Statinen (Senkung des PSA-Wertes um ca. 4–5%)
- Anwendung einiger Augentropfen gegen Glaukom (Senkung, s. Fachinformation)
- Rektale Untersuchung durch den Arzt vor PSA-Abnahme (cave: freier PSA steigt schneller, somit auch Verfälschung zum „negativen Ergebnis“ bei Bestimmung des freien PSA-Quotienten möglich)
- Wechselnde Laborkits oder -verfahren zur PSA-Bestimmung (Unterschiede bis 30% möglich)
- „Sinnlose“ Schnelltests ohne Angabe von konkreten Werten (POSITIV/NEGATIV)



© Alexander Maier / fotolia.com

auffälligen Tastbefund, die häufig nicht nachvollziehen können, dass auch in ihrem Falle eine PSA-Bestimmung keine Leistung der gesetzlichen Kassen ist. Wird im Vorfeld auf die IGeL-Angebote hingewiesen, kann der Arzt IGeL und GKV-Leistungen besser trennen und der Patient fühlt sich nicht zu Leistungen überredet. Ein fahler Nachgeschmack kann den Patienten sonst für immer von Leistungen fernhalten, die auch für ihn sicher sinnvoll wären.

Wir sollten uns immer vor Augen halten, dass eine sinnvolle Vorsorge immer eine WinWin-Situation auch und gerade für den Patienten darstellt und nicht nur den ärztlichen Geldbeutel füllen soll.

Vor Durchführung einer IGeL ist immer ein schriftlicher Behandlungsvertrag mit Angabe der entsprechenden GOÄ-Ziffern zu schließen. Etwas Spielraum hat man in Verwendung des Satzes, außer bei der Laborleistung. Da die Blutentnahme für PSA (s. Fehlerquellen) vor rektaler Tastung erfolgen sollte, bietet sich auch hier eine zeitliche Trennung an. Dem Patienten erscheint es sicher sinnvoller, für eine Leistung zahlen zu müssen, wenn die „von der Kasse bezahlte Untersuchung“ im Vorfeld keinen auffälligen Befund ergeben hat. Hat der Patient vor der Untersuchung den PSA-Wert abnehmen lassen und fällt nun ein auffälliger Tastbefund auf, sollte man in diesem Falle auf die IGeL verzichten und die Bestimmung zu Lasten der GKV durchführen, obwohl die rechtliche Situation sicher nicht ganz eindeutig ist. Für den Patienten und seine Kasse wäre eine andere Vorgehensweise sicher nicht nachvollziehbar.

PSA-Ergebnis

Prinzipiell ist jede Beratung nach Vorliegen des Ergebnisses eine IGeL. Bei unauffälligem Wert handelt es sich lediglich um eine Befundmitteilung, die nicht gesondert berechnet werden sollte. Bei auffälligem PSA-Wert ist jede Beratung und Folgemaßnahme (auch PSA-Kontrolle im Intervall) eine GKV-Leistung. Das Vorgehen bei grenzwertigen Ergebnissen liegt in der Entscheidungsgewalt des Arztes. Im Zweifel ist hier jedoch eine Kontrolle im Intervall zu Lasten der GKV, bei Verdacht auf eine Erkrankung, vorzuziehen.

Abrechnung des IGeL-PSA

Die verbesserte Früherkennung des Prostatakarzinoms kann als IGeL nach folgenden GOÄ-Ziffern berechnet werden, wenn keine Verdachtsmomente auf ein Prostatakarzinom vorliegen:

Informiert der Arzt den Patienten ausgiebig über die Bedeutung und die Folgen einer PSA-Bestimmung und ggf. über die neue Leitlinie mindestens 10 Minuten, was aufgrund des hohen Informationsbedarfs einiger Patienten möglich ist, kann auch die Ziffer 3 angerechnet werden. Diese Beratung und die Dauer sollte schriftlich in der Patientenakte fixiert werden. Bei Berechnung dieser Ziffer kann die erforderliche Blutentnahme nicht zusätzlich berechnet werden und die unterschiedlichen Beträge sind dem Patienten eventuell auch schwer zu vermitteln. Sollte diese ausführliche Beratung nicht stattgefunden haben, sollte man sich auf Berechnung der Ziffer 1 beschränken. Die Blutentnahme wird mit der GOÄ-Ziffer 250 abgerechnet. Sollten gleichzeitig weitere Blutentnahmen zu Lasten der GKV abgerechnet werden, können hier bei einer Überprüfung Probleme entstehen.

Es gilt auch hier: alle IGeL sauber von vertragsärztlichen Leistungen trennen, um sich eventuellen späteren Ärger zu ersparen.

In der Regel wird die eigentliche PSA-Wert-Bestimmung durch den Laborarzt berechnet (GOÄ 3908.H3; einfach; 17,49 Euro).

Bei Bestimmung der PSA-Werte in der eigenen Praxis zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen muss eine Erlaubnis der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen. Hierzu ist der Nachweis von einschlägigen Kenntnissen und zumeist eine abschließende Prüfung notwendig. Jede Laborbestimmung eines PSA-Wertes unterliegt aber den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer (RiliBaeks) [siehe untenstehende Links].

Diese fordern u.a. arbeitstägliche interne und vierteljährliche externe Qualitätskontrollen. Diese Kontrollen sind kostenintensiv und sollten in die Berechnung der Wirtschaftlichkeit eigener Laborbestimmungen mit einbezogen werden. Auch wenn diese Kontrollen zurzeit nicht überall in Deutschland überprüft werden, kann sich deren Unterlassung bei QM-Zertifizierungen oder gar rechtlichen Streitfällen als gefährliche Fußangel erweisen.

Ist der untersuchende Arzt nun selbst berechtigt, die PSA-Bestimmung in der eigenen Praxis durchzuführen, kann er den 1,15-fachen Satz der GOÄ 3908.H3 mit 20,11 Euro direkt mit dem Patienten abrechnen. Da viele Ärzte in Unkenntnis der Sachlage nur den Laborarzt abrechnen lassen, kann es zu Rückfragen der Patienten kommen. Aus eigener Erfahrung sollte man den Patienten im Vorfeld über solche Diskrepanzen informieren und ihm die Wahl lassen, wo er sich den PSA-Wert bestimmen lässt. Dies erhöht zudem die Glaubwürdigkeit des behandelnden Arztes, auch wenn so einige IGeL in der eigenen Praxis verloren gehen. PSA-Bestimmung ist nur ein Baustein der IGeL-Angebote zur erweiterten und sinnvollen Krebsvorsorge. Eine hohe Patientenbindung ist zudem durch eine zeitnahe telefonische Mitteilung der erhobenen Werte erreichbar.

Links:

Die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ ist unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/043-022.pdf download- und einsehbar (oder www.leitlinien.net).

Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
www.bundesaerztekammer.info/downloads/RiliLabor2008Korr.pdf

Dr. med. Heribert Schorn

Facharzt für Urologie
Kornmarkt 9
37073 Göttingen



Vorurteile und Wahrnehmungen im Kundenkontakt

Wir von der WafM haben in vielen Arztpraxen beobachtet, dass Patienten mit Vorurteilen belegt werden, weil sie einer mitarbeiterspezifischen Wahrnehmung unterliegen.

Im Ergebnis leitet sich aus Vorurteilen Verhalten ab. Dafür gilt folgende Regel:

Wenn zwei das gleiche sehen, ist es noch nicht dasselbe.

- Die Vorstellung diktiert das eigene Verhalten.
- Das Verhalten einer Person ist immer an ein Bild gekoppelt, das sie sich von der Realität macht.

Liegt die Wahrnehmung der MitarbeiterIn aber außerhalb des Normbildes zu einer Person, kann die MitarbeiterIn jetzt Schlüsse ziehen und ein Verhalten zeigen, das Sie eventuell nicht wünschen. So können Rückschlüsse aus Alter, Geschlecht, Kleidung, Verhalten usw. gezogen werden und daraus z. B. die finanzielle Leistungsfähigkeit eines Kunden oder sein Wunsch nach Mehrleistung gefolgert werden.

Nach welchen Kriterien legen Ihre MitarbeiterInnen fest, ob ein Kunde z. B. affin ist für zusätzliche Leistungsangebote? Machen Sie doch mal den Praxistest. Nennen Sie doch einfach während der Teambesprechung mit Ihren Mitarbeiterinnen einige Namen ungewöhnlicher Patienten und lassen Sie jede Ihrer MitarbeiterInnen aufschreiben, wie sie diese Personen einschätzen. Fragen Sie dabei auch nach der finanziellen Leistungsfähigkeit und der Akzeptanz für Zusatzleistungen. Üblicherweise ergeben sich hier sehr heterogene Einschätzungen.

Unsere Wahrnehmungen zu Personen sind stereotyp. Kleinkinder haben erste Stereotype: dunkle Stimme versus helle Stimme, groß versus klein (nicht alt – jung oder erwachsen – kindlich). Dann kommen Personen mit auffälligen Handlungen oder Eigenarten. Diese werden stereotypisiert. Deren Name beschriftet eine Schublade, in der Schublade befinden sich die Eigenschaften der Person. Später findet sich eine Person wie diese, die Schublade wird geöffnet und die Eigenschaften aus der Schublade der neuen Person zugeordnet. Wir brauchen dies, um nicht immer wieder überrascht zu werden – also um Sicherheit im Umgang mit Menschen zu erhalten. Bei ordentlicher Beschriftung und Ordnung in den Schubladen gehen Menschen einigermaßen sicher durchs Leben, haben „gute Menschenkenntnis“, bei schlechter machen sie die gleichen Fehler immer wieder: „Ich falle immer auf die gleichen Typen herein“.

Es gibt kein richtig und kein falsch. Das glauben Sie nicht? Es gibt ja auch kein Recht, sondern nur ein Urteil, das je nach Richter und Instanz unterschiedlich ausfällt. Und wenn es kein Recht gibt, dann gibt es auch kein richtig und damit kein falsch.

Und es gibt keine objektiven Einschätzungen, Objekte können gar nicht schätzen. Könnten sie schätzen, wären sie Subjekte. Und Subjekte sind qua Definition schon subjektiv. Und da jede Einschätzung subjektiv und nie richtig oder falsch ist, ist es ratsam, milde mit der eigenen Wahrnehmung umzugehen. Seien Sie nie sicher, dass Sie recht haben. Sie können ja gar nicht recht haben, weil es richtig und falsch eben nicht gibt. Ergo haben Sie immer nur eine Meinung, Ihre persönliche (subjektive) Wahrnehmung – und andere deren subjektive Wahrnehmung. Diese stehen nebeneinander, gleichwertig. Keine ist richtig, keine ist falsch.

In unseren Seminaren lassen wir Teilnehmer eine bildliche Wahrnehmung benennen, sie fällt unterschiedlich aus, keiner hat recht. In einer anderen Sequenz zeigen wir das gleiche Bild mehrfach, lassen den Inhalt gemeinsam benennen. Alle Teilnehmer haben dann die gleiche Wahrnehmung – und übersehen alle gemeinsam das Wesentliche des Bildes. Vor Gericht hätten nun diverse „Zeugen“ dasselbe ausgesagt, und alle das Wesentliche übersehen. Es wäre zu einem Fehlurteil gekommen.

Die Fehlwahrnehmung erfolgt also sogar kollektiv, größere Gruppen neigen zu falschen Entscheidungen. Wir haben in einer eigentlich einfachen Rechenübung in mehreren hundert Seminaren kollektiv bisher in 100% der Diskussionen falsche Lösungen erhalten.

Individuell ist Fehlwahrnehmung häufig. Dennoch wird das eigene Verhalten auf diese Fehlwahrnehmung gestützt. Es fehlen noch Informationen und dennoch wird entschieden. Wie oben schon ausgeführt: Das Verhalten einer Person ist immer an ein Bild gekoppelt, das sie sich von der Realität macht.

Was heißt das konkret in Ihrer Praxis?

Versuchen Sie sich klar zu machen, dass sich Ihre Helferinnen und auch Sie selbst an Wahrnehmungen orientieren. Z. B. ob ein Kunde sol-





© unpict/fotolia.com

vent ist und eine Leistung auch bezahlen kann. Ob er genügend Geld besitzt. Wir hören in Seminaren der WAFM immer wieder: „Meine Patienten haben kein Geld“. Interessante Aussage. Hand aufs Herz: Von wie vielen Menschen wissen Sie überhaupt, wie viel Geld sie besitzen? Das sind wohl nicht wirklich viele, also eigentlich nur sehr wenige, oder sogar nur zwei Erwachsene?

Und natürlich Ihre 1500 Patienten! Die haben alle kein Geld.

Und wissen Sie, wie viel einzelne bereit sind, in ihre Gesundheit zu investieren? Der „Millionär“ eventuell wenig, denn er ist geizig und spart am liebsten bei sich selbst. Der „Habenichts“ ist eventuell eigentlich ein Bonvivant und gibt sein Geld gern für seine Lebensqualität aus, statt sein Konto zu füllen.

Überlassen Sie mit Ihrem Team doch jedem selbst die Möglichkeit zu entscheiden, was er sich leisten möchte. Nehmen Sie mit Ihrem Team den Kunden nicht die Möglichkeit, sich für ihre Gesundheit zu entscheiden. Und wenn mal jemand eine angebotene Leistung ablehnt, ist das in Ordnung. Leben Sie bitte auch gut mit einem Nein. Sie sagen doch auch oft Nein und erwarten, dass andere dies akzeptieren.

Wir haben für Sie übrigens gerade einen Download-Bereich auf unserer Homepage www.wafm.de eingerichtet. Dort können Sie nützliche Informationen als Download nutzen, z. B. eine Liste zur Personaleinstellung und die „Entscheidungsanalyse“. Schreiben Sie uns doch eine E-Mail und wir senden Ihnen ein Passwort für den Zugang zu diesem nützlichen Bereich zu. Benutzen Sie dazu bitte die Adresse www.newsletter@wafm.de.

Dr. Andreas Göhring

Wirtschaftsakademie
für Industrie & Medizinberufe
Vahrenwalder Straße 253 a
30179 Hannover
andreas.goehring@wafm.de
www.wafm.de



40% UREA BEI BESONDERS TROCKENER HAUT, SPEZIELL AN DEN FUSS-SOHLNEN.

- Zur Pflege des diabetischen Fußes geeignet
- Sehr ergiebig, in klinischer Studie getestet*
- Bereits nach kurzer Zeit wahrnehmbare Verbesserung des Hautbildes



Anwendung: 2 mal täglich
für mind. 2 Wochen
Nur in der Apotheke!

CREADERM®
The Barrier People

*Evidenz-basiert durch randomisierte kontrollierte Doppelblindstudie: Ademola J, Frazier C, Kim SJ, Theaux C, Saudez X: Clinical Evaluation of 40% Urea and 12% Ammonium Lactate in the Treatment of Xerosis. Am J Clin Dermatol 3 (2002) 217-222

Der lange Weg zu einem Männergesundheitsbericht



Deutsche Gesellschaft für
Mann und Gesundheit e.V.

Als die Bundesregierung 2001 einen Frauengesundheitsbericht herausgab, erwachten auch die Männer und forderten – als Zeichen der Gleichberechtigung der Geschlechter – einen Männergesundheitsbericht. Es entstand eine Initiative, der sich recht bald über 50 Wissenschaftler anschlossen. Besonderes Kennzeichen war die Interdisziplinarität. Ärzte, Sozialwissenschaftler und selbst Naturwissenschaftler fanden sich zusammen und es war nicht nur der Wunsch nach Gleichberechtigung, der sie einte. Es wurde der Männergesundheitsforschung zunehmend bewusst, dass es erhebliche Defizite bei der Wahrnehmung spezifisch männlicher Gesundheitsprobleme gab – und das meinte nicht nur das, was gemeinhin als „Männerkrankheiten“ bezeichnet wird. Verhaltens-, Lifestyle- und Lebensbewältigungsaspekte rückten in den Vordergrund und damit auch Themen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Jungengesundheit, der alternde Mann und anderes mehr. Besonders augenscheinlich wurde, dass psychische Erkrankungen bei Männern chronisch unterdiagnostiziert sind.

Trotzdem war die Bundesregierung lange nicht bereit, einen Männergesundheitsbericht in Auftrag zu geben. Mehrfach hat gerade die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit einen solchen angemahnt – zuletzt 2008. Erst in jüngster Zeit kam Bewegung auf.

Zunächst entstand diese, weil die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit und die Stiftung Männergesundheit sich nicht von dem Wohl und Wehe der Politik abhängig machen wollten. Sie starteten ein eigenes Projekt, das noch in diesem Jahr vollendet wird. In acht Modulen werden von

renommierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern essentielle Themen der Männergesundheit dargestellt. Als Fazit sollen daraus wichtige Forderungen an die Politik, aber auch an die weitere Forschung entwickelt werden.

Doch in den letzten Monaten kamen auch die öffentlichen Institutionen in Bewegung. Die „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ unter Koordination des Robert Koch-Instituts plant seit diesem Jahr einen offiziellen Männergesundheitsbericht, der Mitte 2011 herauskommen soll. Dessen Spezifik liegt stärker als das Projekt der Stiftung Männergesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit auf der Darstellung von Gesundheitsdaten. Und so sehen sich beide, unabhängig voneinander entstehenden Projekte als gegenseitige Ergänzung: Valide Daten auf der einen Seite, wissenschaftlich fundierte Problemerkennung auf der anderen.

Es bleibt also zu hoffen, dass durch die zu erwartenden Veröffentlichungen das Thema Männergesundheit weiter in die Öffentlichkeit gebracht wird und den gesellschaftlichen Diskurs belebt. Männermedizin, aber auch das eigene Selbstverständnis der Männer können davon profitieren.

Dr. Matthias Stiehler

Dresdener Institut für Erwachsenenbildung
und Gesundheitswissenschaft e.V.

Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft
für Mann und Gesundheit e.V.

matthias.stiehler@dieg.org

Jahreskongress 2010 Männergesundheit am 9. Oktober 2010 in Bad Homburg

Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit veranstaltet am 9. Oktober ihren Jahreskongress 2010 Männergesundheit. Unter dem Motto „Offener Horizont“ findet im Kur- und Kongress-Center Bad Homburg ein interaktiver Kongress für Urologen und Andrologen, Allgemeinmediziner, Hausärzte, Kardiologen und Psychologen statt.

Vorsitz

Prof. Dr. med. Frank Sommer (Hamburg)

Programm (Auszug)

- Ejaculatio praecox – Behandlungsmöglichkeiten.
- Burn-Out / Depressionen.
- Prostataerkrankungen – neuester Stand.
- Onkologie in der Urologie: Prävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation, Versorgungsforschung.

- Schlagen Männerherzen anders? Besonderheiten in der Kardiologie.
- Infektionen beim Mann.
- Gebrechlichkeit – Wie gehen wir damit um?
- Ernährungsmedizin für den Mann.
- Benignes Prostata-Syndrom: Tablette, Nadel, Messer oder Laser? – Welche Therapie für welchen Mann?

Außergewöhnliche Männergesundheitspraxen gesucht

Gesucht werden drei außergewöhnliche Männergesundheitspraxen, die sich durch besondere Aktivitäten für die Männergesundheit und ihren Auftritt nach außen auszeichnen. Prämiert werden drei kreativsten und aktivsten Männergesundheitspraxen, deren Konzepte auf der Jahrestagung vorgestellt werden. **Bewerbungsunterlagen**



Deutsche Gesellschaft für
Mann und Gesundheit e.V.

können bei der Geschäftsstelle angefordert oder unter www.mann-und-gesundheit.com/ Jahreskongress 2010/Bewerbungsbogen heruntergeladen werden.

Teilnahmegebühren

DGMG-Mitglieder zahlen 100 Euro (jede weitere Person aus der Arztpraxis 50 Euro), Nichtmitglieder zahlen 140 Euro (jede weitere Person aus der Arztpraxis 70 Euro). Der Kongress wird zertifiziert.

Anmeldung und weitere Informationen:
Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit,
Friedberger Str. 2, 61350 Bad Homburg. Tel.: (0 61 72) 96 61 31, E-Mail: mail@mann-und-gesundheit.com
www.mann-und-gesundheit.com

„Was aufschreiben kann ich immer noch ...“

Jetzt privat und für die Arztpraxis mit Vollmachten den Ernstfall beruhigend vorbereiten

Was wird aus Ihrer Praxis, wenn Sie durch Unfall mehrere Monate ausfallen? Und wenn Sie vom Krankenbett aus gar nichts entscheiden können? Weiß Ihr Ehegatte oder Ihr Praxispartner, was Sie wollen und was genau zu veranlassen ist? Kann eine Vertrauensperson die notwendigen Bankgeschäfte ausführen? Wie wollen Sie ärztlich behandelt werden, wenn Sie nicht mehr selbst entscheiden können?

Fragen über Fragen

Wer privat für den Partner und die Angehörigen, geschäftlich für seine Praxis und auch für sich persönlich Verantwortung übernimmt, muss in guten Tagen für Krisensituationen Entscheidungen treffen. Die sog. Patientenverfügung ist dabei ein Teil. Für den Fortbestand der Arztpraxis ist die sog. Vorsorgevollmacht (auch über den Tod hinaus) existenzentscheidend. Notwendige Planungen und Verfügungen auf die lange Bank zu schieben, hat sich schon bitter gerächt.

Erst der Plan, dann die Verfügungen

Cave: Am Anfang stehen Überlegungen und Beratungen, welche Situationen eintreten können und wer, wie adäquat darauf reagiert. Ein individueller Notfallplan wird so zur Basis für die Vollmachten und Regelungen, die prophylaktisch getroffen werden müssen. Weniger sinnvoll ist es, unsystematisch eine Vollmacht nach der anderen zu unterzeichnen. Alles sollte in einem „Notfallordner“ zusammengefasst sein, der im Ernstfall den vertrauten Personen auch zugänglich ist.

Inmitten des Wirrwarrs gilt es, das Einfache zu finden ...

sagte Albert Einstein. Orientierung ist auch beim Notfallplan und bei den Vollmachten sehr wichtig. Bücher gibt es viele; manches ist (juristisch) kompliziert und unübersichtlich. Umso erfreulicher erscheint deshalb die im WALHALLA Fachverlag herausgebrachte Veröffentlichung **Das aktuelle Vorsorge-Handbuch für den Krankheits- und Todesfall (Checklisten, Arbeitsblätter, Musterschreiben, Textbausteine)**. Ein kompetentes Autorenteam aus der mit Bank- und Kapitalmarktrecht, Erbrecht, Familienrecht, Handels- und Gesellschaftsrecht, Miet- und Wohnungseigentumsrecht vertrauten Rechtsanwaltskanzlei Peter Depré in Mannheim hat ein gutes Arbeitsbuch verfasst. Das im DIN A4 Format erschienene Werk ist eine Aneinanderreihung von heraus-trennbaren Vordrucken, denen jeweils ein knapper Überblick zum Thema vorangestellt ist.

Frühzeitig vorsorgen schafft Sicherheit

Vorsorgen bedeutet, sich sowohl auf vorhersehbare als auch auf unerwartete Schicksalsschläge möglichst umfassend einzustellen. Das gilt insbesondere dann, wenn man nicht nur für das eigene Wohlergehen Verantwortung trägt. Das von den Rechtsanwälten Depré vorgelegte Vorsorge-Handbuch

Das aktuelle Vorsorge-Handbuch
202 Seiten, DIN A4, perforiert und gelocht
17,90 € [D]
ISBN 978-3-8029-1338-9
WALHALLA Fachverlag
Regensburg 2009

Das Autorenteam
Peter Depré
Fachanwalt für Insolvenzrecht
Bank- und Kapitalmarktrecht

Dr. Martina van Gülick-Bailer
Fachanwältin für Erbrecht

Karin Hascher-Hug
Fachanwältin für Erbrecht, Familienrecht

Michael Blauth
Fachanwalt für Miet- und Wohnungseigentumsrecht

Dr. Oliver Jenal
Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht, Versicherungsrecht



Wegweiser in „Das aktuelle Vorsorge-Handbuch“

- **1. Aktuelle Lebenssituation**
Angaben zur Person, Wohnung, berufliche Stellung, Einkünfte, Verbindlichkeiten, Steuern
- **2. Vermögen**
Konten, Bankverbindungen, Eigentum, Rechte, Inventarliste
- **3. Versicherungen**
Gesundheitsvorsorge, Altersvorsorge, Rente, Todesfall, Haftpflicht, Rechtsschutz, Immobilien, Fahrzeug
- **4. Gesundheit, Krankheit**
Krankheiten, Operationen, Allergien, altersgerechtes Wohnen, bestehende Vollmachten
- **5. Vollmachten und Verfügungen**
Vollmachten für das tägliche Leben, Vollmachten gegenüber Ärzten, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Testament
- **6. Maßnahmen im Todesfall**
Sofortmaßnahmen, Wünsche für die Bestattung, Checkliste für Hinterbliebene

leistet einen wichtigen praktischen Beitrag, um Vorkehrungen detailliert treffen zu können. Das Buch wird ergänzt durch zwei weitere Veröffentlichungen des WALHALLA Fachverlages (Die neue Vorsorge-Mappe und Die elektronische Vorsorge-Mappe). Die Veröffentlichungen, insbesondere Das aktuelle Vorsorge-Handbuch, sind dringend zur Anschaffung empfohlen. Das allein reicht freilich nicht: Im nächsten Schritt müssen die guten Vorlagen auch individuell umgesetzt werden. Erst dann kann man sich ganz beruhigt wieder dem Alltagsgeschäft widmen.

Dr. jur. Frank A. Stebner

Interview mit den Autoren „Das aktuelle Vorsorge-Handbuch“

Es werden manche Begriffe wie Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Patiententestament in verschiedenen Variationen gebraucht und unscharf genutzt. Können Sie unseren Lesern einen knappen Überblick geben?

Die Vorsorgevollmacht betrifft die Bevollmächtigung in allen bzw. in einzeln ausgewählten Lebensbereichen wie Vermögen, Gesundheit und Aufenthaltsbestimmung. Sie regelt die Vertretung durch die privatautonome Vorwegnahme im Betreuungsfall. Da die konkrete Feststellung des Betreuungsfalls, d.h. der Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers, nicht unproblematisch und der Eintritt ungewiss ist, werden Vorsorgevollmachten unbedingt und unbefristet erteilt. Das birgt naturgemäß ein Verwendungsrisiko und macht eine ergänzende Beratung zur Verwahrung bzw. Aushändigung der Vorsorgevollmachten erforderlich.

Patientenverfügung und Patiententestament werden weitgehend synonym verwendet. Sie stellen die Dokumentation des vorweggenommenen Patientenwillens dar für spezifische ungewisse Behandlungssituationen in der Zukunft. Anwendung finden sie grundsätzlich immer dann, wenn die Betroffenen selber nicht (mehr) in der Lage sind, ihren Willen im Hinblick auf die medizinisch indizierte Behandlung zum Ausdruck zu bringen. Insofern empfiehlt es sich, den vorweg genommenen Willen möglichst detailliert zum Ausdruck zu bringen. Hierbei sollten konkrete Behandlungssituationen und die darauf bezogenen gewünschten Behandlungsmaßnahmen beispielhaft dargelegt werden. Da diese auch das in Kauf genommene Risiko des Todes berücksichtigen, werden sie im Hinblick darauf als Patiententestament bezeichnet.

Ihr Buch nennen Sie „Das aktuelle Vorsorge-Handbuch“ und es beginnt mit der Aufnahme des Status quo („Aktuelle Lebenssituation“). Erfreulich wird hier nicht ein Baustein wie die Patientenverfügung herausgegriffen und allein behandelt, sondern der große Zusammenhang hergestellt. Unsere Leser sind vorwiegend freiberufliche Ärzte. Was sollten sie in einer „aktuellen Berufssituation“ alles aufnehmen?

Zu der aktuellen Berufssituation sind die privaten Daten der aktuellen Lebenssituation entsprechend zu ergänzen. Insbesondere sollten Informationen festgehalten werden zu folgenden Punkten:

- Praxisräume
- Eigentumsverhältnisse
- Mietverträge
- Darlehensverträge

- Leasingverträge
- Versicherungen, Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Krankentagegeldversicherung etc.
- Arbeitsverträge
- Bankverbindungen
- Steuerberater
- Gesellschaftsverträge
- Arztregistereintrag
- KV-Bescheide der letzten vier Quartale
- Vertreterregelungen
- Vermögensanlagen im Hinblick auf steueroptimale Gestaltungen

Empfehlen Sie alle Dokumente und Kopien zentral in einem Ordner zu sammeln?

Grundsätzlich ist eine zentrale Verwaltung aller Unterlagen sinnvoll. Diese kann auch in berufliche und private Unterlagen getrennt werden. Dann sollten aber Überschneidungen, z.B. wenn ein Kredit für die Arztpraxis auf dem Wohnhaus des Arztes abgesichert ist, durch Querverweise transparent gemacht werden.

Manche Freiberufler sind misstrauisch gegenüber Partnern und Angehörigen. Gibt es bei Vorsorge-Gestaltungen Empfehlungen für „sichere Wege“?

Hier ist die Installation von Kontrollinstanzen zu empfehlen. Diese können in Form von Kontrollbevollmächtigungen erfolgen, die bei wesentlichen Entscheidungen wie z.B. der Vertreterauswahl für die Arztpraxis, die Praxisveräußerung oder die Veräußerung von Immobilienvermögen, eingebunden sind. Darüber hinaus empfehlen sich Handlungsanweisungen an die Bevollmächtigten in Form von Geschäftsbesorgungsverträgen. Diese binden die Bevollmächtigten zum einen im Innenverhältnis. Im Außenverhältnis kann zum anderen eine Beschränkung der Vertretungsvollmacht ebenfalls in der Vorsorgevollmacht zum Ausdruck gebracht werden.

Freiberuflich tätige Ärzte sind in einer Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) tätig. Welche Vorkehrungen für den Fall des Ausfalls eines Partners – längere Zeit oder durch Tod – empfehlen Sie Ärzten in einer Partnerschaft?

Hier bedarf es gesellschaftsvertraglicher Regelungen im Hinblick auf die Gewinn- und Verlustverteilung bei länger-

fristigen Ausfällen eines Partners, Regelungen zur Absicherung längerfristiger Verdienstauffälle, Vertreterregelungen und Regelungen für den Fall des Ausscheidens eines Partners unter besonderer Berücksichtigung des Erbfalls.

Und was sollte der Einzelkämpfer tun, damit nach einem Unfall mit monatelangem Klinikaufenthalt die Praxis nicht tiefgreifenden Schaden nimmt?

In die Vollmacht kann die Vertretungsbefugnis zur Bestellung eines ärztlichen Vertreters auf Empfehlung von Ärztekammer oder Kassenärztlicher Vereinigung aufgenommen werden. Auch hier empfehlen sich konkrete Handlungsanweisungen/Empfehlungen an die Bevollmächtigten. Darüber hinaus ist die Absicherung des krankheits-/unfallbedingten beruflichen Ausfalls über entsprechende Versicherungen zu prüfen.

Raten Sie zu notariellen Beurkundungen?

Die notarielle Beurkundung ist zwar rechtlich nicht in jedem Fall zwingend, in der Regel ist sie aber sinnvoll im Hinblick auf Rechtssicherheit bzw. Rechtsschein.

Die höheren Kosten einer Beurkundung lassen sich unter anderem dadurch rechtfertigen, dass eine beurkundete Vollmacht von Banken, die im Rahmen ihrer Allgemeinen Geschäftsbedingungen ausdrücklich oft nur ihre eigenen Vollmachtsvordrucke akzeptieren, anerkannt wird. Auch für eine Immobilienübertragung oder gegebenenfalls zu einer Gesellschaftsanteilsübertragung kann eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich sein. Die Beurkundung stellt immer auch die implizite Feststellung der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers durch den Notar dar und gewährleistet somit die nur schwer zu widerlegende Vermutung der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung.

Wenn ein Rechtsanwalt oder Notar mit der Beratung bzw. Beurkundung beauftragt werden soll, welche Vorbereitung empfehlen Sie Ärzten vor dem ersten Beratungstermin?

Für eine Erstberatung zur Vorsorgeplanung wäre grundsätzlich eine grobe Zusammenstellung der Vermögensverhältnisse getrennt nach Aktiva und Passiva, sämtlicher unter 2.) aufgeführter Verträge sowie der engeren Familienverhältnisse (Partner, Kinder, Eltern) empfehlenswert.

Sie sprechen die persönliche Beratung in einem Gespräch an. Könnten Ärzte sich auch schriftlich und telefonisch beraten und Texte entwickeln lassen?

Eine persönliche Beratung sollte immer die Grundlage für eine anschließende schriftliche oder telefonische Beratung darstellen. Bei guter Kenntnis der beruflichen/privaten Lebenssituation des Mandanten ist eine telefonische Beratung oder der Entwurf von Texten in Form von Verträgen, Vollmachten etc. natürlich möglich.

In welchen Abständen empfehlen Sie eine Prüfung der Aktualität der Vorsorge-Dokumente?

Eine feste Regelung der Überprüfung der Vorsorgedokumente nach Zeitintervallen dient der Sicherheit. Es empfiehlt sich nach ca. jeweils zwei Jahren oder anlassbezogen dann, wenn wesentliche Veränderungen in der Praxisorganisation oder Lebenssituation anstehen sollten oder Gesetzesänderungen bekannt werden. Sie ist rechtlich jedoch nicht zwingend.

Peter Depré

Rechtsanwalt Peter Depré ist seit 1982 als Rechtsanwalt zugelassen und als Fachanwalt für Insolvenzrecht, für Bank- und Kapitalmarktrecht und als Wirtschaftsmediator (cvm) in der von ihm gegründeten Depré RECHTSANWALTS AG mit Sitz in Mannheim tätig.

Er ist Vorsitzender und Gründungsmitglied des Zentrums für Insolvenz und Sanierung an der Universität Mannheim e. V. (ZIS) und Mitherausgeber der Zeitschrift Krisen-, Sanierungs- und Insolvenzberatung (KSI).



Pressemitteilung

Mit „Praxis-Yoga“ durch den Praxis-Alltag

Wie kann ich mich auch während der Arbeit schnell und einfach entspannen?

Ärzte, Arzthelferinnen und Krankenschwestern sind tagaus, tagaus für andere Menschen da. Sie heilen, helfen und kümmern sich - fast rund um die Uhr - um die Gesundheit anderer. Und die eigene? Die bleibt häufig auf der Strecke. Es fehlt die Zeit, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Dabei können kleine Übungen – auch während der Arbeitszeit – wahre Wunder bewirken.

Wie, das beschreibt das neu erschienene Buch „Praxis-Yoga – Aktive Pausen für den Arzt und sein Team“.

Bewegte Pausen am Arbeitsplatz

Dabei ist das Buch so einfach, übersichtlich und praktikabel aufgebaut wie die Übungen, die darin beschrieben werden:

Schwierigkeitsgrad: mittel

Hilfsmittel: 2 Stühle, Kleiderbügel, „Rote Liste“, Wand.

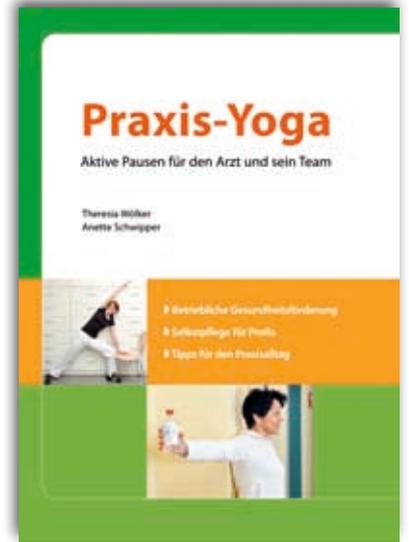
Dauer: 8 Minuten

Das steht bei dem reich bebilderten Buch zu jeder Übung. Viel Zeit darf ja nicht drauf gehen – auch nicht beim Ausschuchen der passenden Übung, denn sie müssen während des Klinik- und Praxisalltags, sozusagen zwischen Tür und Angel, machbar sein. Die meisten Entspannungs-, Dehnungs- und Kräftigungsübungen dauern zwischen acht und zwölf Minuten, sind also in der Pause oder nach der Arbeit einzuschieben. Stühle, Kleiderbügel und ein Fachbuch (Rote Liste) dürften auch in jeder Klinik oder Praxis greifbar sein.

Ärztegesundheit als Vorbild

„Ärzte und Arzthelferinnen denken viel zu selten an sich und ihre eigene Gesundheit. Dabei haben sie eine Vorbildfunktion“, sagt Mitautorin Theresia Wölker, die als ausgebildete Krankenschwester und Fachautorin den Gesundheitsführer zusammen mit der erfahrenen Iyengar-Yoga-Lehrerin Anette Schwipper geschrieben hat. Die Idee hierzu gaben ihr Ärzte und deren Teams selbst, die sie auf Seminaren immer wieder nach Ideen für aktive, gesundheitsfördernde Pausen gefragt haben.

Ganz nebenbei: Betriebliche Gesundheitsförderung in Arztpraxen gehört zum aktiven Qualitätsmanagement (QM). Entstanden ist ein rund 100 Seiten starker Gesundheitsleitfaden, der sich bei einem



Preis von 19,90 € auch ideal als kleines Präsent (nicht) nur für Gesundheits-Profis eignet. Denn – ganz nebenbei kann man den ein oder anderen gesundheitsfördernden Tipp auch seinen Patienten weitergeben.

Hinweis: Das Buch „Praxis-Yoga“ wird von der Stiftung Gesundheit (www.stiftung-gesundheit.de) in der Reihe der zertifizierten Ratgeber gelistet.

Theresia Wölker und Anette Schwipper

info@theresia-woelker.de

info@iyengar-yoga-gesundheitsschule.de

Praxis-Yoga

Urban + Vogel GmbH, 09/2008

ISBN-13: 9783980945745



Unser Service für Sie:

Informieren Sie sich mit dieser DVD über aktuelle und interessante Themen rund um die überaktive Blase.

Im Rahmen des 21. Kongresses der Deutschen Kontinenz Gesellschaft und des 69. Seminars des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau fand das Bayer Vital Satelliten Symposium mit dem Thema:

„Therapie der überaktiven Blase – gibt es Querbeziehungen zu Herz, Gehirn und Prostata?“ statt.



© Yanik Chauvin/fotolia.com

Sehen und hören Sie folgende Beiträge:

Priv. Doz. Dr. med. K.-C. Steinwachs (Neurologe, Nürnberg):
„Was bedeutet die cerebrale M1-Blockade durch Anticholinergika für Patienten?“

Prof. Dr. med. J. Steadt
(Geriatr, Arzt für Schlafmedizin, Berlin):
„Mögliche klinische Relevanz einer iatrogenen cerebralen M1-Blockade hinsichtlich der Schlafqualität“

Priv. Doz. Dr. med. F. Späh (Kardiologe, Krefeld)
„Steigerung der Herzfrequenz durch Blockade des M2-Rezeptors und Gefahr der QT Zeitverlängerung durch Anticholinergika“

Dr. med. M. Zellner (Urologe, Bad Griesbach)
„Inkontinenz nach Prostatektomie und TRUP: Wie häufig ist das, wie sollte man behandeln?“

Prof. Dr. med. C. Hampel (Urologe, Mainz)
„Klinische Relevanz der M3-Rezeptorselektivität von Anticholinergika“

Nutzen Sie diese Möglichkeit des Faxabrufes und bestellen Sie sich gleich eine DVD.

Wir unterstützen Sie und Ihre Patienten gern!
Ihr Bayer- Männergesundheits-Service-Team

Bestellung der DVD

Interessierte Ärzte können die Broschüre direkt über das Antwortfax (siehe Rückseite) abrufen bei:

Bayer Vital GmbH
Gebäude K56
51368 Leverkusen
Fax 0214-30 51 146

Medizinische Fachliteratur

Akzeptanz der Therapie mit Vardenafil bei Patienten mit erektiler Dysfunktion (ACTIVE): eine nicht-interventionelle Studie in Deutschland

Sperling H, Schneider T, Hanisch JU. *Int J Imp Res* 2010; 22:61-67

Kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen sind Risikofaktoren für die erektile Dysfunktion (ED), die bei Männern mit ED häufig sind. Ziel dieser Studie war, die Sicherheit und Wirksamkeit von und die Patienten-Zufriedenheit mit der Vardenafil Behandlung in einer allgemeinen Population von Männern mit ED mit und ohne Begleiterkrankungen über einen Zeitraum von 3–12 Monaten zu untersuchen. Die prospektive multizentrische, nicht-interventionelle Studie wurde in Deutschland zwischen Juli 2005 und Januar 2007 durchgeführt. Eingeschlossen wurden Männer > 18 Jahre (n=7088), denen Vardenafil unabhängig von einer vorangegangenen Therapie der ED und bestehender Begleiterkrankungen verschrieben wurde. Daten zur Sicherheit, Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit wurden in Dokumentationsbögen durch den Arzt erhoben. Die Intention-to-treat Population (ITT population) beinhaltete 6.474 Patienten. Von 1.331 Patienten wurde wenigstens ein Patienten-Fragbogen zurückgegeben. Im Zusammenhang mit der Vardenafil Anwendung traten keine schweren Nebenwirkungen auf. Die Daten der Dokumentationsbögen zeigten, dass 93% der Patienten eine verbesserte Erektion nach drei Monaten Behandlung angaben, eine ähnliche Verbesserungsrate wurde von den Männern mit ED und Begleiterkrankungen angegeben. Während des gesamten Studienzeitraums wurde ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit mit Vardenafil bezüglich Wirksamkeit der Behandlung, Zeit bis zum Wirkungseintritt und Wirkdauer aufrecht erhalten.

Assoziation niedriger Serum-Testosteronspiegel mit erhöhtem Mortalitätsrisiko in einer bevölkerungsbezogenen Gruppe von Männern im Alter von 20–79 Jahren

Haring R et al. *Eur Heart J*. 2010 Jun; 31(12):1494-1501. Epub 2010 Feb 17.

Ziele: Obwohl die Assoziation von niedrigen Serum-Testosteronspiegeln und Mortalität in der jüngsten Forschung an Stärke gewonnen hat, gibt es wenige bevölkerungsbezogene Studien zu diesem Thema. In dieser Studie wurde in einer bevölkerungsbezogenen Gruppe von Männern im Alter von 20–79 Jahren untersucht, ob niedrige Serum-Testosteronspiegel ein Risikofaktor für die Mortalität infolge aller Ursachen oder infolge spezifischer Ursachen sind.

Methoden und Ergebnisse: Es wurden Daten von 1.954 Männern verwendet, die für die prospektive Studie zur Gesundheit in der Region Vorpommern (Study of Health in Pommerania, SHIP), rekrutiert waren, und die bei Studienbeginn gemessene Serum-Testosteronwerte hatten sowie von 195 Todesfällen während des durchschnittlichen Follow-Ups von 7,2 Jahren. Ein Gesamt-Testosteronwert von unter 8,7 nmol/l (250 ng/dl) wurde als niedrig klassifiziert. Das Verhältnis von niedrigen Serum-Testosteron-Spiegeln zur Mortalität infolge aller Ursachen sowie zur Mortalität infolge spezifischer Ursachen wurde analysiert (Cox proportional hazard regression models). Männer mit niedrigen Serum-Testosteronspiegeln hatten eine signifikant höhere Mortalität infolge aller Ursachen als Männer mit höheren Testosteron-Spiegeln. (HR 2.24; 95 % CI 1.41-3.57). Nach Korrektur für Taillenumfang, Rauchgewohnheiten, Hochrisiko Alkohol Konsum, körperlicher Aktivität, Niereninsuffizienz und Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEA)-Spiegeln waren niedrige Serum-Testosteronspiegel weiterhin mit einer erhöhten Mortalität assoziiert (HR 2.32; 95 % CI 1.38-3.89). In der Ursachen-spezifischen Analyse prognostizierten niedrige Serum-Testosteronspiegel ein erhöhtes Risiko für den Tod an kardiovaskulären Erkrankungen (CVD) (HR 2,56, 95 % CI 1,15-6,52) und Krebserkrankungen (HR 3,46; 95 %CI 1,68-6,68), jedoch nicht für das Mortalitätsrisiko als Folge von Atemwegserkrankungen oder anderen Ursachen.

Schlussfolgerung: Niedrige Serum-Testosteronspiegel waren mit einem erhöhten Todesrisiko infolge aller Ursachen unabhängig von zahlreichen Risikofaktoren assoziiert. Da Serum-Testosteronspiegel ein inverses Verhältnis zur Mortalität infolge kardiovaskulärer Erkrankungen und Krebserkrankungen haben, können sie als Vorhersage-Marker angewandt werden.

Beeinflussen Geschlecht, Alter oder Lifestyle-Faktoren das Ansprechverhalten von Patienten mit überaktiver Blase auf die antimuskarische Therapie?

Schneider T et al. *Int J Clin Pract* 2010; online

Ziele: Geschlecht, Alter, Adipositas, Rauchen und Alkohol oder Koffein-Konsum sind als Risikofaktoren für die Prävalenz und/oder Schwere des Symptomkomplexes überaktive Blase (OAB) oder verwandter Parameter nachgewiesen bzw. werden als solche vorgeschlagen. In dieser Studie wurde untersucht, ob irgendeiner dieser Faktoren die therapeutische Antwort auf Muskarin-Rezeptor-Antagonisten während der routinemäßigen klinischen Anwendung beeinträchtigt.

Methoden: Von 3766 OAB Patienten (22,9% Männer, 77,1% Frauen; Alter 62.6 ± 12.8 Jahre), die an dieser nicht interventionellen Studie (NIS) zur Wirksamkeit und Sicherheit von Darifenacin teilnahmen, wurden die Daten analysiert. Der Effekt des potentiellen OAB-Risikofaktors auf die Behandlungs-assoziierte Verbesserung der OAB-Symptome durch Darifenacin, die subjektive Beurteilung der Blasensymptome durch den Patienten sowie die allgemeine Wirksamkeit und Verträglichkeit wurden statistisch analysiert (multiple logistische Regressionsmodelle).

Ergebnisse: Ein höheres Alter hatte nur einen marginal negativen Effekt auf die Wirksamkeit, ebenso nahm diese mit steigendem Bodymass Index (BMI) kaum ab. Das Geschlecht der Patienten hatte kaum einen Einfluss auf das Ausmaß der Wirkung (geringgradig wirksamer bei Frauen). Die Einflüsse der Faktoren Alter, Geschlecht und BMI waren zwar als Resultat der hohen Fallzahl statistisch signifikant, ihr Ausmaß aber nicht von klinischer Relevanz. Die Lifestyle-assoziierten Faktoren Rauchen, Alkohol und Koffein-Konsum hatten weder statistisch signifikante noch klinisch auffällige Effekte auf die Wirksamkeit von Darifenacin bei der Drangsymptomatik. Die Zahl der Nebenwirkungen war sehr geringgradig mit dem Alter korreliert. Dagegen hatte kein anderer die Verträglichkeit üblicherweise negativ beeinflussender Faktor in dieser Studie einen nachweisbaren Effekt darauf.

Schlussfolgerung: Die Wirksamkeit auf die Drangsymptomatik sowie die Verträglichkeit des Muskarin-Rezeptor Antagonisten Darifenacin wurde in dieser großen nicht interventionellen Studie weitgehend unabhängig von den Faktoren Alter, Geschlecht, Body Mass Index sowie Nikotin-, Alkohol- und Koffein-Konsum gefunden.



Bayer. Gesundheit,
die Mann fühlt.

**Entdecken Sie die
Männergesundheit
von ihrer
informativsten Seite!**

www.maennergesundheit-colleg.de



Betreten Sie das Portal und nutzen Sie **umfangreiche Informationen, wertvolle Fortbildungen und wichtige Neuigkeiten** aus der spannenden Welt der Männergesundheit. Bayer unterstützt diesen Bereich nicht nur mit Wissen, sondern auch mit seinen vier bewährten Spezialisten.



Bayer HealthCare

Literaturservice Bayer Vital

Nutzen Sie die Möglichkeit des Faxabrufes mit dieser Faxantwort und informieren Sie sich ausführlich zu den angebotenen Themen:

Fax 0214-3051146

Bitte senden Sie mir kostenlos

- Sperling H, Schneider T, Hanisch JU**
- Haring R at al.**
- Schneider T**
- DVD „Die überaktive Blase“**

Bayer Vital GmbH, Geschäftsfeld Männergesundheit und Urologie, Gebäude K56, D-51368 Leverkusen PSdg, Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt, Y 78380

Praxisstempel / E-Mail-Adresse



Volles Stehvermögen – Fast halber Preis.

Preis Hammer

LEVITRA[®] 10 mg
-47%*



Bayer HealthCare

LEVITRA[®]
(VARDENAFIL HCI)

* seit 1. Mai 2010

LEVITRA[®] 5 mg / 10 mg / 20 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Vardenafil (als Hydrochlorid-Trihydrat). Vor Verschreibung Fachinformation beachten. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 5 mg / 10 mg / 20 mg Vardenafil (als Hydrochlorid-Trihydrat). **Sonstige Bestandteile:** Crospovidon, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Macrogol 400, Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(III)-oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Behandlung d. erektilen Dysfunktion. Für eine Wirkung ist sexuelle Stimulation erforderlich. Nicht indiziert zur Behandlung v. Frauen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Vardenafil oder einen d. sonst. Bestand. Gleichzeitige Anwendung v. Nitraten o. Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie Amylnitrit) in jeder Form; Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht; Männer, denen v. sexuellen Aktivitäten abzuraten ist (z. B. m. schweren Herz-Kreislauf-Erkrank.); schwere Leberinsuffizienz; Endstadium einer Nierenfunktionsstörung m. Dialysepflicht; Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg); kürzlich erlittener Schlaganfall o. Herzinfarkt (innerhalb d. letzten 6 Mo.); instabile Angina pectoris; bekannte erblich bedingte degenerative Retinaerkrankungen; gleichzeitige Anwendung m. starken CYP3A4-Inhibitoren (Itraconazol, Ketoconazol (orale Darreichungsform)) bei Männern über 75 Jahre; gleichzeitige Anwendung m. alpha-Blockern evtl. einen zeitl. Abstand der Gabe berücksichtigen. Grapefruitsaft vermeiden. QT Verlängerung: Anwendung bei Patienten mit relevanten Risikofaktoren vermeiden. Additive Wirkung auf QT-Zeit bei gleichzeitiger Gabe von Gatifloxacin. Sehstörungen und Fälle von nicht arterieller ischämischer Optikusneuropathie (NAION) sind in Zusammenhang mit der Einnahme von Levitra[®] und anderen PDE5-Hemmern beobachtet worden. Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass sie im Falle einer plötzlichen Sehstörung Levitra[®] absetzen und sofort einen Arzt aufsuchen sollen. Verträglichkeit d. Maximaldosis von 20 mg kann b. älteren Patienten (≥ 65 Jahre) geringer sein. Gabe an Patienten m. Blutungsstörungen o. aktiven peptischen Ulzera nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush, Schwindel, verstopfte Nase, Dyspepsie, Übelkeit, Somnolenz, gesteigerte Tränenbildung, visuelle Störungen (inkl. abnormal helles Sehen), Farbsehen, Konjunktivitis, Unscharfes Sehen, Tachykardie, Palpitationen, Hypertonie, Hypotonie, orthostatische Hypotonie, Dyspnoe, Epistaxis, anormale Leberfunktionswerte, GGTP-Erhöhung, Photosensibilität, Gesichtssödem, Exanthem, Anstieg der Kreatinphosphokinase im Blut, Muskelschmerzen, Rückenschmerzen, Hypersensibilität, Angstgefühle, Synkope, cerebrale Krämpfe, transiente globale Amnesie, Anstieg des Augeninnendrucks, Angina pectoris, Myokardischämie, Kehlkopfödem, Muskelsteifigkeit, Priapismus, verstärkte Erektionen (anhaltende o. schmerzhaftere Erektionen), nicht arterielle anteriore ischämische Optikusneuropathie, Störungen des Visus, plötzliche Schwerhörigkeit o. Taubheit, Myokardinfarkt. Mit d. 20 mg Dosierung traten b. älteren Patienten (≥ 65 Jahre) häufiger Kopfschmerzen und Schwindel auf als b. jüngeren Patienten (< 65 Jahre). Post-Marketing-Berichte über ein anderes Arzneimittel dieser Wirkstoffklasse: Gefäßkrankungen: Schwere kardiologische Ereignisse, einschließlich Hirnblutung, plötzlicher Herztod, transitorische ischämische Attacke, instabile Angina pectoris u. ventrikuläre Arrhythmie wurden nach der Markteinführung im zeitl. Zusammenhang mit dem Gebrauch eines anderen Arzneimittels dieser Wirkstoffklasse berichtet. **Verschreibungspflichtig.** **Version:** DE9; 08/2009; Bayer Schering Pharma AG, 13342 Berlin, Deutschland