3. Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung

Einer Verschärfung der **Anerkennungsvoraussetzungen** hätte es in Anbetracht der bereits bestehenden Regelungen in der Berufsordnung (§ 32 Abs. 3 MBO-Ä) sowie der regelmäßig reformierten Kodizes der Industrie (insbesondere des AGK und FSA) nicht bedurft. Die BÄK geißelt ihre Mitglieder grundlos und konterkariert das Anliegen werthaltiger Fortbildung. **Interessenkonflikte** werden nicht durch das Sponsoring von Fortbildungen geschaffen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich, wie vielfach üblich, um von mehreren Sponsoren geförderte Veranstaltungen handelt.

Dass die von der BÄK aufgegriffene Thematik rechtlich über das Ziel hinausschießt, zeigt auch ein Blick auf die berufs- oder strafrechtliche **Rechtsprechung**. In keinem der veröffentlichten Fälle ging es um ein Veranstaltungssponsoring. Vielmehr standen Zuwendungen an einzelne Angehörige der Fachkreise im Vordergrund.

Fazit

Es bleibt abzuwarten, ob die Landesärztekammern in Anbetracht der drohenden **Wettbewerbsverzerrung** den Wortlaut der MFBO übernehmen werden. Zwar orientieren sich die 17 LÄK inhaltlich an der von der Bundesärztekammer zum Zwecke der **Rechtsvereinheitlichung** erstellten MFBO. Es gibt jedoch auch Raum für Abweichungen bei der Umsetzung. Zumindest eine einschränkende Auslegung der neuen Regelungen der MFBO im Rahmen der Anerkennung von Fortbildungen ist geboten.

Angesichts weiterbestehender und neu hinzugekommener Rechtsunsicherheiten sollte die BÄK also möglichst schnell **Auslegungshinweise** und **Anwendungsempfehlungen** für die MFBO herausgeben, um zumindest eine einheitliche Verwaltungspraxis zu gewährleisten für die Landesärztekammern, die die MFBO unverändert übernehmen werden. Es wäre nicht überraschend, wenn sich der Ärztetag in nicht allzu ferner Zukunft erneut mit der Thematik befassen müsste.

Maximilian G. Broglie, Dr. Oliver Franz, Jessica Friedrich, Prof. Dr. Hendrik Schneider

Dieser Beitrag ist erstmals erschienen auf medical-tribune.de am 01.07.2024.

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Neue S3-Leitlinie

Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden

Aktuell arbeiten Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien" an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften mit. Eine davon ist die Leitlinie „Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden". Sie wurde in diesem Jahr von S1- auf S3-Niveau angehoben. Für die DGIM waren Dr. Anna Kernder, Internistin und Rheumatologin am Rheumazentrum Ruhrgebiet in Herne und Professor Dr. Sibylle von Vietinghoff, Leiterin der Sektion für Nephrologie am Universitätsklinikum Bonn, daran beteiligt. Hier fassen sie die wichtigsten Key Facts zusammen.

Einleitung

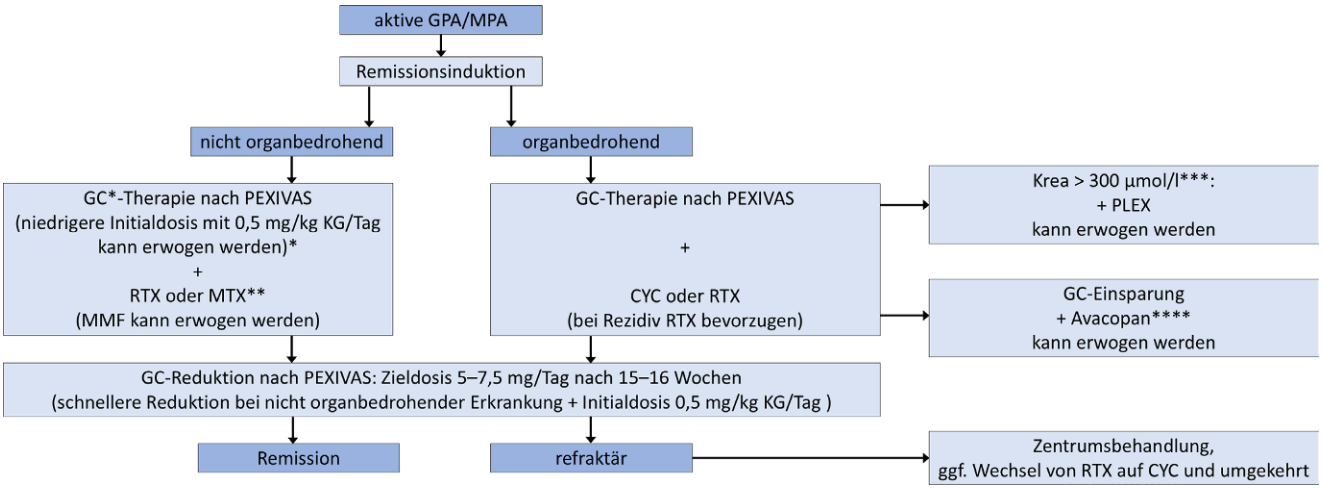
ANCA-assoziierte Vaskulitiden (AAV) sind seltene Erkrankungen mit potentiell lebensbedrohlichem Verlauf. Schnelle Diagnostik und Therapie senken nach aktueller Studienlage die Mortalität und verhindern chronische Organschäden, insbesondere eine Dialysepflichtigkeit. Wir möchten Ihnen in diesem Beitrag die wesentlichen Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie *„Diagnostik und Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden"* vorstellen.

© HHU Düsseldorf

▲ Dr. Anna Kernder

© J. F. Saba/UK Bonn

▲ Prof. Dr. Sibylle von Vietinghoff



▲ Überblick über den Therapiealgorithmus bei mikroskopischer Polyangiitis (MPA) und Granulomatose mit Polyangiitis (GPA). Die initiale Unterscheidung in organ- bzw. lebensbedrohliche Verläufe bestimmt den Einsatz des Primärtherapeutikums zusätzlich zur Glukokortikoidtherapie
*GC: Prednisolon oder Prednison; **bei MTX ggf. langsamere GC-Reduktion erforderlich; *** im Rahmen einer aktiven GN; **** keine Daten bei GFR < 15 ml/min/m^2, HD-Pflicht, Anwendung von PLEX

Diagnostik

AAV können schnell fortschreiten und binnen kurzer Zeit zu lebensbedrohlichen Komplikationen und schweren irreversiblen Organschäden führen. Daher ist eine zentrale Empfehlung der Leitlinie, dass die Diagnostik und die Therapie bei Verdacht umgehend und durch ein interdisziplinäres Team an einem in der Behandlung der AAV erfahrenen Zentrum geschehen sollen. Hier sollte eine systematische Ausbreitungsdiagnostik und Aktivitätsbestimmung erfolgen.

Neu ist die Empfehlung, dass bei klinischem Verdacht auf eine AAV aufgrund der hohen Sensitivität und Spezifität eine sofortige Testung auf Proteinase-3- und Myeloperoxidase-ANCA (PR3- und MPO-ANCA) mittels antigenspezifischer Immunoassays – und nicht die Immunfluoreszenztestung – als primäres serologisches Verfahren erfolgen soll. Weiterhin sollte man eine histologische Sicherung der Diagnose durch eine Biopsie klinisch betroffener Organe anstreben.

Therapie der AAV

Die wichtigste strukturelle Änderung der S3-Leitlinie ist die nun – aufgrund der besseren Datenlage im Vergleich zu 2017 – mögliche Separierung der Behandlungsabschnitte in *Therapie der Granulomatose mit Polyangiitis (GPA)/ Mikroskopischen Polyangiitis (MPA)* und *Therapie der Eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA)*. Diese stellen wir im Folgenden dar.

Induktionstherapie der mikroskopischen Polyangiitis (MPA) und Granulomatose mit Polyangiitis (GPA)

Bei organ- oder lebensbedrohlicher Erkrankung soll unverändert eine Kombination von Glukokortikoiden mit Cyclophosphamid oder mit Rituximab eingesetzt werden (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2). Zur Remissionsinduktion bei nicht-organ- bzw. nicht-lebensbedrohlicher Erkrankung wird nun auch Rituximab empfohlen, sodass – jeweils in Kombination mit Glukokortikoiden – dies oder Methotrexat primär (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad: Level 3 für Rituximab), Mycophenolat (Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad: Level 2) alternativ verwendet werden kann.

Die empfohlene Glukokortikoiddosis ist gesunken auf 50–75 mg/Tag (je nach Körpergewicht), mit einer Reduktion auf 5–7,5 mg/Tag innerhalb von 15–16 Wochen (Anlehnung an das PEXIVAS-Schema, Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 1). Eine noch niedrigere Dosis ist bei weniger schwerer Erkrankung vertretbar (0,5 mg/kg KG, Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad: Level 2).

Das 2022 zugelassene Avacopan kann die kumulative Glukokortikoiddosis reduzieren (Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad: Level 2). Ein additiver Plasmaaustausch kann für ausgewählte Patienten mit einer aktiven Nierenbeteiligung erwogen werden, ein Kreatininwert von >300 µmol/l wird als Einschluss-Schwelle genannt (Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad: Level 1).

Erhaltungstherapie der MPA und GPA

Die primär empfohlene Therapiestrategie ist nun Rituximab in einer Dosis von 500 mg i. v. alle 6 Monate (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 2). Als bevorzugte Alternativen werden Azathioprin und Methotrexat genannt (Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad: Level 2), als Reservemittel Mycophenolat und Leflunomid.

Die empfohlene Dauer der remissionserhaltenden Therapie hat sich verlängert, gleichzeitig wurden Kriterien für ihre Festlegung genannt, wie zum Beispiel organlimitierte oder schnell ANCA-negativierte Formen (Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad: Level 3). Die Dauer soll bei Rituximab in der Regel mindestens 36 Monate, bei konventionellen Therapien in der Regel mindestens 48 Monate betragen (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 2).

Bei Rezidiven soll gewöhnlich dieselbe Induktionsstrategie wie bei der Ersterkrankung bei bevorzugtem Rituximab-Einsatz gewählt werden (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 3 und 2).

Induktionstherapie der Eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA)

Die Induktionstherapie bei organ- und lebensbedrohlicher Manifestation der EGPA sollte mit Cyclophosphamid (alternativ Rituximab) erfolgen (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 2). Ein Plasmaaustausch hat bei der Erkrankung keine wissenschaftliche Grundlage und wird explizit nicht empfohlen (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad Level 2).

Für die nicht-organbedrohende EGPA-Manifestation wird in der Ersttherapie eine Glukokortikoid-Monotherapie empfohlen (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 2). Bei Rezidiven oder unter Glukokortikoid-Monotherapie therapierefraktären nicht- organ- oder lebensbedrohlichen Manifestationen erhält nun der zielgerichtete Anti-IL-5-Antikörper Mepolizumab Einzug in die Leitlinie (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad: Level 2).

Erhaltungstherapie der EGPA

Ebenfalls neu ist die Empfehlung zum Einsatz von Mepolizumab in der Remissionserhaltungstherapie. Nach Induktion mit Mepolizumab sollte eine Erhaltungstherapie mit Mepolizumab erfolgen, nach Remissionsinduktion durch Cyclophosphamid oder Rituximab sollte man zur Erhaltung Mepolizumab, Methotrexat, Rituximab oder Azathioprin erwägen (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad: Level 2–3).

Prophylaxen und Monitoring

Bei den übergeordneten Empfehlungen wurde neu aufgenommen, dass Patienten mit AAV regelmäßig auf therapieinduzierte Nebenwirkungen und Komorbiditäten untersucht und diesbezüglich beraten werden sowie entsprechende Therapien und Prophylaxen erhalten sollten. Betroffene Patientinnen und Patienten sollten weiterhin auf Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht werden.

Da AAV-Patienten neben einem allgemein erhöhten Infektionsrisiko zudem ein diagnosebezogenes erhöhtes Risiko für Pneumocystis-jirovecii-Pneumonien (PJP) aufweisen, sollte bei Patienten mit AAV, die hohe Dosen Glukokortikoide (> 15 mg/Tag Prednisolonäquivalent über mehr als 4 Wochen), eine Rituximab-Induktion oder Cyclophosphamid erhalten, Trimethoprim/Sulfamethoxazol zur Prophylaxe einer PJP und anderer schwerer Infektionen eingesetzt werden.

Bei Patienten mit AAV, die Cyclophosphamid erhalten, sollte man weiterhin die Leukozyten um den Zeitpunkt des erwarteten Nadir (in der Regel 8–14 Tage nach Cyclophosphamid-Infusion) kontrollieren.

Bei Patienten mit AAV, die Rituximab oder Cyclophosphamid erhalten, sollten Kontrollen der IgG-Serumkonzentration erfolgen, um frühzeitig einen Immunglobulinmangel zu detektieren.

Die Langversion der Leitlinie findet sich online auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter der Registernummer 060–012.

AG Hausärztliche Internistinnen und Internisten

Krisensituationen in der Hausarztpraxis

Die hausärztliche Medizin umfasst die Grundversorgung aller Menschen „mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention [1]." Mit diesem weitgesteckten Arbeitsfeld sind Hausärztinnen und -ärzte meist erste Ansprechpartner bei Gesundheitsfragen. Sie werden aber oft auch mit angrenzenden Problemfeldern, die z. B. den Beruf, die Familie oder materielle Krisen betreffen, konfrontiert. Eine Auswahl an Kontaktadressen soll in diesem Beitrag Unterstützung bieten.

Allgemeine Problemfelder

Im Internet bieten viele anerkannte Träger Hilfsangebote zu den verschiedensten Lebensbereichen an, teils persönlich, telefonisch oder online, teils kostenfrei, teils kostenpflichtig.

Die Verbraucherzentralen beraten und informieren zu Fragen des Verbraucherschutzes und können bei Rechtsproblemen helfen; www.vzbv.de/verbraucher/beraten-lassen.

Die großen Akteure der Wohlfahrtspflege geben Auskunft zu Themen wie Familie und Erziehung, Gewalt, Sucht, Finanzen/Schulden, Pflege, Migranten:

- Arbeiterwohlfahrt (AWO); https://awo.org/beratung-finden,
- Wohlfahrtsverband der katholischen Kirche „Caritas"; www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/onlineberatung,
- Wohlfahrtsverband der evangelischen Kirche „Diakonie"; hilfe.diakonie.de,
- Deutsches Rotes Kreuz; www.drk.de/hilfe-in-deutschland.

Hilfe zur Selbsthilfe in belastenden Lebenssituationen und bei Krankheiten können Selbsthilfegruppen sein. Eine Datenbank zur bundesweiten Online-Suche nach Selbsthilfeadressen steht unter nakos.de/adressen/datenbanksuche zur Verfügung.

Berufliche Problemfelder

Im beruflichen Kontext können diese Stellen Unterstützung bieten:

- Die Beschwerdestelle nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG): Sie muss in jedem Betrieb/Unternehmen eingerichtet sein und ist für Beschäftigte Anlaufpunkt bei Benachteiligungen oder Belästigungen im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis [2].
- Die Interessenvertretung der Mitarbeiter: Arbeitnehmer können hier (Betriebsrat in gewerblichen Unternehmen; Personalrat in öffentlichen Einrichtungen; Mitarbeitervertretung in kirchlichen Unternehmen) nach Rat und Unterstützung suchen [3].
- Betriebsärztinnen und -ärzte: Ihre Aufgabe ist die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie der Arbeits- und Beschäf-