

die Umwelt in uns abbilden, mit dann die Proteinvielfalt und ein komplexes Regelwerk,

die sind jedoch nicht wertlos, sondern zeigen im Gegenteil, daß der Verlust eines Gens bzw. Proteins

lich variable Verknüpfung von genetischen Informationen besser verstehen lernen. Dies hat auch wichti-

und auch nicht die zerrüttete Sequenz mit der sie ausfallen. Dass alle für eine Krankheit wichtigen Gene gleichzeitig ausfallen, ist eher unwahrscheinlich. Vielmehr dürfte es so sein, daß Gendefekte über die Zeit akkumulieren, so daß wir mindestens zwei Phasen unterscheiden können. In einer ersten Phase, wenn z.B. ein, zwei oder drei Gene ausgefallen sind, werden diese Defekte noch kompensiert, so daß auf den

Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie

Versorgung von Erwachsenen angeborenen Herzfehlern

Wissenschaftlichen Beirates des Bundesverbandes Herzranke Kinder e.V.
01 in Kassel

wird durch eine nicht ausreichende Versorgung der Patienten nehmendem Alter ernsthaft bedroht. Da den Kinderkardiologen Spezialisten für angeborene Herzfehler bei der Weiterbetreuung bis des 18. Lebensjahres die Erhebung der Kosten verwehrt wird, werden internistische Erwachsenenkardiologen in ihrer Weiterbildung meistens zu wenig Kenntnisse über angeborene Herzfehler erwerben, um die Patienten in ein "Bridging-Loch". (Pressemitteilung der beiden Verbände).

Dr. G. Breithardt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und Prof. Dr. A. A. Schmaltz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, haben für ihre wissenschaftlichen Fachgesellschaften darin übereinstimmend festgestellt, dass in der Versorgung von Erwachsenen Patienten mit komplexen angeborenen Herzfehlern und deren Restzuständen nach Koronar- oder endgültiger Palliation

eine enge Kooperation der beiden Fachrichtungen nötig sei. Dies gilt gerade bei der Behandlung der Herzinsuffizienz und von komplexen Rhythmusstörungen, aber auch bei der Prävention und der Erkennung der koronaren Herzkrankheit, wo der internistische Kardiologe seine besonderen Erfahrungen einbringen kann.

Vielerorts haben sich bereits richtungweisende Strukturen entwickelt: An verschiedenen Zentren wurden interdisziplinäre Sprechstunden von Internisten und Kinderkardiologen eingerichtet, die eng und vertrauensvoll zum Wohl der Patienten zusammenarbeiten. „Im niedergelassenen Bereich haben sich Zirkel von internistischen Kardiologen, Kinderkardiologen, Gynäkologen und anderen gebildet, die mit den Hausärzten zusammen die Erwachsenen mit angeborenen Herz-Kreislaufkrankungen betreuen. Innerhalb dieser Kooperationen ist es unbestritten, dass die

Kinderkardiologen die Kompetenzen in Bezug auf den angeborenen Herzfehler und die internistischen Kardiologen die Kompetenz für die nicht-kongenitalen Herzerkrankungen haben“, berichtet Dr. K.R. Schirmer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Kinderkardiologen, Hamburg. Es ist nur zu verständlich, dass diese Patienten mit ihrer chronischen Erkrankung bei dem über Jahre gewachsenen Vertrauensverhältnis auch im Erwachsenenalter noch den Kinderkardiologen aufsuchen wollen. Auch wenn die Zahl der betroffenen Patienten vermutlich nur einen Budgetanteil bei den Kinderkardiologen von <3% ausmacht, sollte doch eine Honorierung der ärztlichen Leistungen auch für Kinderkardiologen möglich sein, wenn sie Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern behandeln.

Prof. Dr. A.A. Schmaltz, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Päd. Kardiologie, Universitätskl. Essen

(Fortsetzung auf Seite 3)

Aus dem Inhalt

Moderne Konzepte

Dresdner Herz-Kreislauffrage 2001

- akutes Koronarsyndrom
- Herz und Rheuma S. 4

DGK intern

Die Mannheimer Frühjahrs-tagung präsentiert sich in neuem Gewand S. 13

Joseph Beuys

Notfalls leben wir auch ohne Herz S. 31

