ab, dass die Symptomatik mit kaltem Schweiß, Atemnot und Thoraxschmerzen trotz bekannter und vorbestehender Wirbelsäulensymptomatik hätte „die Alarmglocken klingen lassen müssen“. Und weiter wird ausgeführt: „Zwar ist einzuräumen, dass Rücken- und Schulterschmerzen bei einem Vorderwandinfarkt nicht typisch sind, jedoch durften sie [die behandelnden Ärzte] sich angesichts der übrigen Symptome nicht mit der Diagnose Schulterschmerzen zufriedengeben. Beiden Ärzten ist vorzuwerfen, dass sie die anamnestischen Angaben über kalten Schweiß und Atemnot nicht entsprechend gewürdigt haben.“

Diskussion:

Die instabile Angina pectoris und der manifeste Herzinfarkt werden als akutes Koronarsyndrom zusammengefasst. Beim Herzinfarkt wird unterschieden zwischen einem Infarkt mit ST-Hebungen im EKG (STEMI) und einem Infarkt ohne solche EKG-Veränderungen (NSTEMI). Entscheidend für die Diagnose eines Herzinfarktes sind die klinische Symptomatik, die Veränderungen im EKG und die laborchemische Diagnostik mit Troponin-Test und CK-MB-Bestimmung (und eventuell weiteren laborchemischen Hinweisen).

Für den Arzt im vertragsärztlichen Notfalldienst oder den zunächst alarmierten Hausarzt stehen bei einem Hausbesuch nur eingeschränkte diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung. In der Regel wird weder eine standardisierte EKG-Ableitung noch eine Laborwertebestimmung möglich sein. Umso wichtiger sind beim Erstkontakt die klinischen Symptome: Thoraxschmerz, typische Schmerzausstrahlung, eventuell auch Oberbauchschmerz, verbunden mit Schwitzen, oft als kaltschweißig beschrieben, und Atemnot sind Symptome eines akuten Koronarsyndroms. Es muss in der präklinischen Versorgung bei Vorliegen dieser Symptomatik von einem akuten Koronarsyndrom ausgegangen werden, und die entsprechenden Maßnahmen müssen ergriffen werden, wozu in aller Regel die umgehende stationäre Einweisung mit Notarztbegleitung gehört. Findet der Erstkontakt in der Praxis statt, so ist meist die Möglichkeit einer standardisierten EKG-Ableitung gegeben. Auch ein Troponin-Test ist in der Regel verfügbar. Allerdings ist zu beachten, dass die laborchemische Diagnostik, insbesondere auch der Troponin-Test, in den ersten ein bis zwei Stunden nach einem Infarkt ereignis noch negativ sein können, und auch typische EKG-Veränderungen müssen nicht immer vorhanden sein, so dass auch in diesen Fällen der klinischen Symptomatik eine hervorragende Bedeutung zukommt.

BUCHBESPRECHUNGEN

DOI: 10.1007/s00350-008-2306-5

Integrierte Versorgung.

Herausgegeben von Thomas Bohle. Verlagsgruppe Huthig Jehle Rehm, 2. Aufl. Heidelberg 2008, 270 S., kart., € 54,00

Das von *Bohle* herausgegebene Buch zur Integrierten Versorgung ist nun in zweiter Auflage erschienen. Die Struktur der ersten Auflage ist unverändert beibehalten worden, die Übersichtlichkeit der einzelnen Kapitel ist durch die Nummerierung der einzelnen Abschnitte erfreulicherweise verbessert worden.

Das Buch gliedert sich in fünf Kapitel. Im ersten Kapitel (S. 1–52) stellt *Bohle* aktuelle Rechtsfragen der Integrierten Versorgung dar. Dabei ist diese Überschrift deutlich untertrieben. Nach einer ausführlichen Hintergrunddarstellung befasst sich *Bohle* im Einzelnen mit den Voraussetzungen, Einschränkungen und bestehenden Problemfeldern der Integrierten Versorgung. Insbesondere die in der Praxis derzeit drängenden Fragen der notwendigen und zulässigen Vertragsinhalte sowie der Anwendbarkeit des Vergaberechts werden unter Verwendung eines erfreulich umfangreichen Fußnotenapparates mit weiterführender Literatur ausführlich dargestellt.

Im zweiten Kapitel (S. 53–70) befasst sich *Stellpflug* mit den mit der Integrierten Versorgung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verbundenen Chancen. Schwerpunkt dieses Kapitels ist naturgemäß die Gestaltung der Honorierung der Leistungserbringer einschließlich der Bereinigung der Gesamtvergütung. Einen weite-

ren Schwerpunkt dieses Kapitels stellen die Ausführungen zur möglichen Abweichung vom Zulassungsstatus dar.

Das von *Grau* bearbeitete dritte Kapitel widmet sich der Beteiligung von Apotheken an der Integrierten Versorgung (S. 71–92). Die Ausführungen von *Grau* werden im Übrigen nicht durch das Urteil des BSG v. 6.2.2008 – B 6 KA 27/07 R –, ZMGR 2008, 208, zum sog. „Barmer-Hausarztvertrag“ überholt, da das BSG die mögliche Vertragspartnerstellung von Apothekern – entgegen der in der Öffentlichkeit teilweise verbreiteten Meinung – grundsätzlich anerkannt hat. Die Ausführungen von *Grau* befassen sich schwerpunktmäßig mit der Beteiligung von Krankenhausaapotheken, Rabattvereinbarungen und der in § 129 Abs. 5b SGB V normierten Ausschreibungsverpflichtung.

Im vierten Kapitel befasst sich *Kage* mit den steuerlichen Fragestellungen der Integrierten Versorgung (S. 93–124). Dabei behandelt *Kage* sowohl die relevanten ertrag- als auch umsatzsteuerrechtlichen Fragestellungen einschließlich des Gemeinnützigkeitsrechts.

Das fünfte Kapitel enthält insgesamt 7 Vertragsmuster und 9 Checklisten (S. 125–252). Positiv hervorzuheben ist, dass sämtliche Vertragsmuster mit erläuternden Anmerkungen – teilweise sogar mit weiterführenden Literatur- und Rechtsprechungshinweisen – versehen sind. Die Vertragsmuster erfassen u. a. die Vertragsgestaltungen Krankenkasse – Krankenhaus/Arzt, Krankenkasse – Managementgesellschaft und Managementgesellschaft – Leistungsträger.

Das Buch wird durch ein erfreulich umfangreiches Literaturverzeichnis und ein gut strukturiertes Stichwortverzeichnis abgerundet.

Das von *Bohle* herausgegebene Buch ist eine gelungene Darstellung der Integrierten Versorgung. Die Vertragsmuster bieten – unabhängig davon, wie man zur Verwendung von Vertragsmustern steht – nützliche Anregungen zur eigenen Vertragsgestaltung. Kurz: Das Buch kann Juristen, die sich mit der Integrierten Versorgung befassen, uneingeschränkt zum Kauf empfohlen werden.