

Leserbrief

R. Diel, G. Loytved, A. Nienhaus et al.:  
**Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose**  
*Pneumologie* 2011; 65: 359–378

Liebe Redaktion der Zeitschrift *Pneumologie*,

in den neuen Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchung bei Tuberkulose, veröffentlicht in der Juni-Ausgabe der *Pneumologie*, wird die Bedeutung des IGRA bei der Umgebungsuntersuchung der Tuberkulose dargestellt. Ich weise daraufhin, dass im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeiten dieser Test nicht als Screening-Untersuchung oder zur Umgebungsuntersuchung bei Kontaktpersonen dienen darf. Dies ist aus der Beschreibung und der Anmerkung zur EBM-Ziffer 32670 eindeutig niedergelegt.

Nun ist der wissenschaftliche Fortschritt die eine Seite, aber bei den Empfehlungen des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hätte man sich etwas mehr Realitätssinn und ggfs. auch Mitwirkung eines niedergelassenen Lungenarztes gewünscht. Ein Pneumologe, der Interferon-Gamma-Tests außerhalb der strengen Indikation des EBM anwendet, muss mit einer Regressforderung rechnen.

Nun mögen die Verfasser der Empfehlung für die Umgebungsuntersuchung bei Tuberkulose einwenden, dass Umgebungsuntersuchungen eine Domäne des öffentlichen Gesundheitswesens sind. Das ist richtig. Ich weise jedoch daraufhin, dass es Städte gibt, z. B. meine Heimatstadt, die faktisch Pleite sind. Es ist weltfremd zu glauben, dass in Städten, die kein Geld haben, nicht auch versucht wird, die Kosten des Gesundheitsamtes niedrig zu halten. Faktisch nehmen Pneumologen an Umgebungsuntersuchungen teil. Pneumologen haben das in der Vergangenheit in der Regel mit dem Tuberkulinhauttest gemacht (Früher GT10 jetzt PPD23). Ich sehe nicht, dass die Unzulänglichkeiten des Interferon Gamma Release Assays geringer zu bewerten wären als die Unzulänglichkeiten des Tuberkulinhauttestes. Jedenfalls vermag ich anhand der Datenlage keine eindeutige Bevorzugung des Interferon Gamma Release Assays bei Umgebungsuntersuchungen nachzuvollziehen, nicht in meinem Setting als niedergelassener Pneumologe. Wenn Gesundheitsämter wohlhabender Städte dazu in der Lage sind: herzlichen Glückwunsch. Ich befürchte nur im praktischen Leben außerhalb der Gesundheitsämter kommt es jetzt zur Tuberkulosedagnostik nach Kassenslage. Dabei ist die neue Empfehlung dann ein Bärendienst für die niedergelassenen Pneumologen.

Mit freundlichen Grüßen  
 N. K. Mülleneisen

*Norbert Mülleneisen*  
 Niedergelassener Arzt  
 Gemeinschaftspraxis  
 Dr. med. Manfred Springob und Norbert Mülleneisen  
 Königsberger Platz 5  
 51371 Leverkusen

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Herr Mülleneisen,

die neuen Empfehlungen des DZK wurden primär für den Öffentlichen Gesundheitsdienst erarbeitet, um angesichts der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage, die zumindest für Erwachsene beim Screening auf das Vorliegen einer latenten Tuberkuloseinfektion eine Überlegenheit der IGRAs gegenüber dem Mantoux-Test nahelegt, unnötige und kostenträchtige Folgeuntersuchungen von Kontaktpersonen zu vermeiden. Bereits in den „alten“ DZK-Empfehlungen aus dem Jahre 2007 waren IGRAs daher aufgrund ihrer höheren Spezifität als Betätigungstest eines positiven Tuberkulinhauttests vorgesehen. Dementsprechend hat die KBV für die IGRAs die von Ihnen erwähnte, eigene EBM-Ziffer Nr. 32670 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 eingeführt.

Gleichzeitig hat die KBV, was Ihre Verärgerung mehr als begründet erscheinen lässt, aber de facto niedergelassenen Pneumologen das Recht abgesprochen, auf eigene Veranlassung Umgebungsuntersuchungen durchzuführen, indem es für Umgebungsuntersuchungen explizit einen Vergütungsanspruch für IGRAs zu Lasten der GKV untersagt hat. Dem DZK war stets bewusst, dass niedergelassene Kollegen/-innen nicht selten auch in Umgebungsuntersuchungen eingebunden sind. Wir haben uns daher in der zuständigen Arbeitsgruppe Labor der KBV seinerzeit – leider erfolglos – nicht nur für eine entsprechende Vergütungsmöglichkeit von IGRAs im Rahmen der aktiven Tuberkulosedagnostik, sondern auch für Umgebungsuntersuchungen durch Niedergelassene eingesetzt.

Da es natürlich keine Option darstellt, den niedergelassenen Kollegen/-innen in ihrer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ein durch die „Kassenslage“ der KBV bestimmtes Vorgehen aufzubrechen zu wollen, versuchen viele Gesundheitsämter dieses durch die KBV entstandene Dilemma zu lösen, indem sie die Kosten des jeweils verarbeitenden Labors für die IGRA-Testungen erstatten. Falls das trotz der Übernahmeverpflichtung nicht möglich sein sollte, weil einzelne Gesundheitsämter den alten wie neuen DZK-Empfehlungen selbst nicht folgen, empfehlen wir, als Alternative zu den IGRAs den bewährten und weiterhin abrechenbaren Mantoux-Test als Screeningoption durchzuführen. Wir werden uns aber weiterhin gemeinsam mit dem Bundesverband der Pneumologen dafür einsetzen, der KBV die dargestellte Problematik zu verdeutlichen und künftig eine Abrechenbarkeit der IGRAs auch für Umgebungsuntersuchungen durch Niedergelassene aufgrund deren erheblichen Relevanz in der alltäglichen Praxis zu ermöglichen.

Mit freundlichem Gruß  
 PD Dr. Roland Diel  
 Prof. Dr. Robert Loddenkemper  
 Prof. Dr. Torsten Bauer

*Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK)*  
 Stralauer Platz 34  
 10243 Berlin  
 info@dzk-tuberkulose.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.