

Online-Sprechzimmer entlastet den Arzt

Kollege entwickelt sichere Plattform für den Austausch zwischen Mediziner und Patient

► Medical-Tribune-Bericht

EISENBERG. Ein volles Wartezimmer, lange Wartezeiten, murrende Patienten. Das muss nicht sein. Allgemeinarzt Dr. Michael Gurr aus Eisenberg in der Nordpfalz hat ein Rezept dagegen entwickelt: das schriftliche Online-Sprechzimmer.

Die Idee des zeit- und ortsunabhängig nutzbaren Sprechzimmers kam Dr. Gurr 2011 beim Warten im Frankfurter Flughafen als er eine Anzeige für einen „E-Mail General Practitioner“ las. Er setzte sich mit dem befreundeten Informatiker HANS-GEORG SCHLEISSINGER zusammen, um eine technische Lösung zu entwickeln. Dabei findet keine E-Mail-Kommunikation statt und keine Online-Video-Sprechstunde, die den Arzt zeitlich binden würde, sondern Stammpatienten und Arzt nutzen eine Plattform auf einem gesicherten Server (das „Online-Sprechzimmer“), um sich zeitversetzt schriftlich auszutauschen. Hier kann der Patient sein Anliegen vorbringen, ohne in die Praxis fahren zu müssen. Und der Arzt kann ihm – unabhängig von Praxis-Öffnungszeiten und Aufenthaltsort – seine Antworten zum Abruf hinterlegen.

Voraussetzung ist, dass der anfragende Patient schon bei dem Arzt in Behandlung war, also bekannt ist. Der Patient meldet sich mit einem persönlichen Zugangscode auf der Plattform an, das garantiert die Vertraulichkeit der Kommunikation.

Arzt und Patient kennen sich auch persönlich

Anlässe können z.B. sein: Der Patient möchte Laborergebnisse, Blutdruckwerte, Röntgenbilder, Fotos oder andere Befunde besprechen, sich aber den Weg und die Wartezeit in der Praxis ersparen. Oder er ist im Urlaub oder auf Geschäftsreise und hat eine Frage zur Medikamenteneinnahme. Oder er ist umgezogen und hat Fragen an seinen bisherigen Arzt.

Die Idee hat jedenfalls gezündet. Die Pilotphase ist vorbei. Seit wenigen Monaten wird das Online-Sprechzimmer von mehr als 100 Pa-

tienten regelmäßig genutzt, berichtet Dr. Gurr. Der älteste User ist über 80. Andere Ärzte, z.B. Kardiologen und Onkologen, hätten sich dem System angeschlossen. Auch in anderen Regionen Deutschlands zeigten Kollegen Interesse an dem Angebot.

Fertige Lösung für interessierte Kollegen

Denn Dr. Gurr und Informatiker Schleißinger bieten ihr System anderen zu Nutzung an. Die Betätigung auf der Plattform kostet einmalig rund 50 Euro für die Einrichtung, monatlich 20 Euro sowie 20 % des Umsatzes pro Abrechnungsvorgang für Rechnungsabwicklung, Geldeinzug und Honorarweiterleitung.

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist zuverlässig verschlüsselt, ähnlich wie beim Online-Banking, versichert Dr. Gurr. Die Daten könnten nicht von Dritten eingesehen oder abgefangen werden. Datenspeicherung und -verarbeitung erfolgen auf Servern in Deutschland.

Bezahlt wird wie bei Privatleistungen: Der Arzt stellt gemäß GOÄ eine Rechnung für seine Leistung. Der Patient kann mit allen gängi-

Die Vorteile des Online-Sprechzimmers

Vorteile für den Arzt

- Entlastung in der Sprechstunde
- Flexibilität durch zeit- und ortsunabhängige Beantwortung von Patientenfragen
- hohe Patientenbindung durch zusätzlichen Service
- einfache Bedienung, Rechtssicherheit und Datenschutz
- Abrechnung entsprechend GOÄ-Nrn. 1, 3, 5 und Zuschlägen

Vorteile für den Patienten

- Zeitersparnis, schnelle Antwort ohne langes Warten auf einen Termin
- kurzfristige Beurteilung von Befunden, Röntgenbildern und Fotos
- Anfragen auch aus dem Urlaub möglich
- einfache Bedienung, Datenschutz und -sicherheit
- überschaubare Kosten, sichere Bezahlungsfunktion



Dr. Michael Gurr hat seine Idee von einem Online-Sprechzimmer professionalisiert.
Foto: fotolia/Rawpixel.com

gen Zahlssystemen (etwa Paypal oder Direktüberweisung) bezahlen. Die Arztrechnung reicht er bei seiner Krankenversicherung ein.

Private Krankenversicherer und Beihilfe akzeptieren laut Dr. Gurr das System. Für GKV-Patienten sei die Inanspruchnahme eine IGeL, die zum Teil von Kassen erstattet

werden. Für den Allgemeinarzt ist das Online-Sprechzimmer eine Entlastung. Er schätzt es, sich nachmittags ohne Druck auf die Online-Kontakte konzentrieren zu können.
Klaus Schmidt

www.meinartzdirekt.de

NEWS ONKOLOGIE · HÄMATOLOGIE

Myelomtherapie bei Nierenfunktionsstörungen

Bortezomib ist auch bei niereninsuffizienten Myelom-Patienten* gut einsetzbar, wirksam und verträglich

Nierenfunktionsstörungen gehören zu den häufigsten Komorbiditäten beim multiplen Myelom: Ungefähr 30 % aller Patienten haben bereits bei Diagnose eine eingeschränkte Nierenfunktion,¹ die mit einer ungünstigen Prognose assoziiert ist.² Mit dem Proteasom-Inhibitor Bortezomib ist für diese Patienten eine effektive Option verfügbar.

In zwei retrospektiven Studien^{1,2} wurde untersucht, welchen Einfluss eine Myelom-Therapie mit Bortezomib (Velcade®) bei Nierenfunktionsstörungen hat. Die Behandlung mit dem Proteasominhibitor kann in einigen Fällen sogar einen positiven Einfluss auf die Nierenfunktion ausüben.¹

In der VISTA-Studie (Velcade as Initial Standard Therapy in multiple myeloma: Assessment with melphalan and prednisone) konnte die Kombination aus Bortezomib, Melphalan und Prednison (VMP) progressionsfreies ($p = 0,00001$) und Gesamtüberleben ($p = 0,00043$) von Patienten mit multiplen Myelom, die nicht für eine Hochdosis-Chemotherapie mit nachfolgender autologer Stammzelltransplantation infrage kommen, im Vergleich zu MP signifikant verlängern.³ Die

Dreierkombination hat sich damit rasch als Erstlinien-Standard bei diesen Patienten etabliert.

Anteil kompletter Remissionen ähnlich

Die gute Wirksamkeit betrifft zum einen das Ansprechen – vor allem die für den weiteren Verlauf wichtige Rate an kompletten Remissionen. Bei Patienten mit Nierenfunktionseinschränkung (glomeruläre Filtrationsrate [GFR] bei Studienbeginn ≤ 50 ml/min, $n = 111$) lag die Komplettremissionsrate bei 31 %, bei den Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz ($GFR \leq 30$ ml/min; $n = 19$) betrug sie 37 %.¹ Diese Werte entsprechen weitgehend denen für alle Patienten im VMP-Arm ($n = 340$), von denen 30 % eine Komplettremission erzielten.⁴

Zum anderen wurde der Medianwert der Überlebenszeit im VMP-Arm nach einem medianen Follow-Up von 25,9 Monaten nicht erreicht, auch in den beiden Subgruppen mit GFR zu Beginn über oder unter 50 ml/min nicht. Lediglich bei Patienten mit schweren Nierenfunktionsstörungen (≤ 30 GFR ml/min) wurde das mediane Gesamtüberleben erreicht und lag bei 28,7 Monaten.¹

Die Dreijahres-Rate für das Gesamtüberleben lag für die Patienten mit Nierenfunktionsstörung ($GFR \leq 50$ ml/min) bei 60,7 % und bei normaler Nierenfunktion ($GFR > 50$ ml/min) bei 76,9 %.¹ In beiden Subgruppen konnte VMP das Mortalitätsrisiko gegenüber MP reduzieren bzw. ließ einen Trend zu einem geringeren Mortalitätsrisiko erkennen: Bei den Patienten ohne Nierenfunktionsstörung war der Vorteil mit einer Hazard Ratio von 0,636 signifikant ($p = 0,0235$), bei denen mit einer GFR von ≤ 50 ml/min wurde das Signifikanzniveau nicht erreicht (HR 0,699; $p = 0,1242$).

Rascher Eintritt der Wirkung der VMP-Therapie

Bei vielen Patienten mit anfänglicher Einschränkung erholte sich die Nierenfunktion unter VMP auch wieder auf GFR-Werte von mehr als 60 ml/min: Dies traf für 44 % der zu Beginn mäßig eingeschränkten Patienten zu ($GFR < 50$ ml/min) und immerhin auch für 37 % derer mit einer schweren Nierenfunktionsstörung ($GFR < 30$ ml/min).¹

Der Eintritt der Wirkung der VMP-Therapie war schnell: Bei allen Patienten im VMP-Arm betrug die mediane Zeit bis zum ersten

Ansprechraten	VMP-Arm		
	Total (n = 340)	GFR ≤ 30 ml/min. (n = 9)	GFR ≤ 50 ml/min. (n = 111)
ORR (%)	71	74	68
CR (%)	30	37	31

Ansprechen 1,4 Monate, bei denen mit einer Nierenfunktionsstörung (GFR zu Beginn ≤ 50 ml/min) war sie mit genau einem Monat ähnlich.¹ Die Zeit bis zur Erholung der Nierenfunktion lag im VMP-Arm bei Patienten mit $GFR < 50$ ml/min bei median 2,1 Monaten.¹

Verträglichkeit der VMP-Therapie

Grad 3 Nebenwirkungen traten bei 53 % aller Studienteilnehmer ($n = 340$) und bei 41 % der Teilnehmer mit Nierenfunktionsstörungen ($GFR \leq 50$ ml/min, $n = 111$) auf. Bei Grad 4 bzw. Grad 5 Nebenwirkungen lagen die Anteile bei 28 % vs. 37 % bzw. 8 % vs. 12 %.¹ Die Pharmakokinetik von Bortezomib wird bei Patienten mit einer leichten bis mäßigen Funktionsstörung der Nieren (Kreatinin-Clearance [CrCl] > 20 ml/min/1,73 m²) nicht beeinflusst. Daher ist eine Dosisanpassung

Therapieansprechen in Abhängigkeit der Nierenfunktion.

Quelle: mod. nach Dimopoulos M et al. J Clin Oncol 2009; 27: 6086–6093

nicht nötig. Zu Patienten mit schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance [CrCl] < 20 ml/min/1,73 m²) ohne Dialysetherapie liegen bisher keine Daten vor. Bei niereninsuffizienten Patienten mit Dialyse ist Bortezomib nach dem Dialysevorgang anzuwenden, da die Dialyse die Wirkstoffkonzentration verringern kann.³

* Bortezomib ist in der Therapie bisher unbehandelter Myelompatienten, die für eine Hochdosis-Chemotherapie mit hämatopoetischer Stammzelltransplantation nicht geeignet sind, in Kombination mit Melphalan und Prednison zugelassen. Für Patienten mit progressivem, multiplen Myelom, die mindestens eine vorangegangene Therapie durchlaufen haben und die sich bereits einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation unterzogen haben oder für diese nicht geeignet sind, ist es als Monotherapie oder in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin oder Dexame-
thason indiziert.³

1. Dimopoulos M et al. J Clin Oncol 2009; 27: 6086–6093
2. Chanan-Khan A et al. Blood 2007; 109: 2604–2606
3. Aktuelle Velcade® Fachinformation
4. San Miguel JF et al. N Engl J Med 2008; 359: 906–917