

## Verkehrsunfälle: Schnellere und qualifiziertere Hilfe notwendig

Durch eine optimale Versorgung im Rettungsdienst könnten jährlich mindestens 2300 Verkehrsoffer vor dem Tod bewahrt und eine Million Behandlungstage auf Intensivstationen eingespart werden, sagte Prof. Dr. med. Peter Sefrin auf einem Presseseminar des Bundesverkehrsministeriums in Fulda. Dies bedeute 1,6 Milliarden DM für die Vermeidung von Kosten für Unfalltote und 800 Millionen DM für geringere Klinikkosten. Ausgehend von der Tatsache, daß jährlich rund 500 000 Menschen allein bei Straßen- und Verkehrsunfällen verletzt werden und 20 000 eine dauernde Behinderung erleiden, sei anzunehmen, daß der volkswirtschaftliche Verlust in diesem Bereich jährlich 37 Milliarden DM betrage, rechnete Sefrin vor.

Im Vergleich zu einem Herzinfarkt bringe der tödliche Verkehrsunfall eine höhere volkswirtschaftliche Belastung: „Bei einem Herzinfarkt liegt – bei einer mittleren Lebenserwartung von 72 Jahren – das Sterbealter bei 65 Jahren. Das ist ein volkswirtschaftlicher Verlust von sieben Jahren.“ Und weiter: „Das mittlere Alter beim Tod durch Verkehrsunfall liegt zwischen 25 und 30 Jahren. Der Verlust an Menschenjahren und damit der Arbeitskraft beträgt 42 bis 47 Jahre.“ Diesem Verlust stehe ein Kostenaufwand von jährlich einer Milliarde DM für den gesamten Rettungsdienst gegenüber. Sefrin verwies in Fulda weiterhin darauf, daß die Transportletalität von zwölf Prozent im Jahr 1959 inzwischen durch intensive präklinische Versorgung auf 0,3 bis ein Prozent rückgegangen sei. Nach seiner Ansicht „kann in Zukunft eine Steigerung der Chance des Überlebens und eine Minderung der Invalidität des einzelnen Notfallpatienten nur über eine Verbesserung der Gesamtqualifikation des eingesetzten Personals erreicht werden“. Eine besondere Rolle mißt Sefrin der Interventionsbereitschaft des unmittelbaren Unfallzeugen bei. Eine weitere Verkürzung der Rettungszeiten sei mit

derart hohen Kostenaufwendungen verbunden, daß weitere Verbesserungen nur über eine gesteigerte Bereitschaft zur frühzeitigen Hilfeleistung im Sinne einer lückenlosen Rettungskette umgesetzt werden könnten.

17,6 Prozent der über 530 000 Verkehrsunfälle mit Personenschaden (Stand 1988) sind auf nichtangepaßte Geschwindigkeit zurückzuführen. Ursache Nr. 2 ist mit 12,2 Prozent die Mißachtung der Vorfahrt. Auf Alkohol am Steuer als direkte Ursache waren immerhin fast 31 000 Unfälle mit Verletzten und Toten zurückzuführen (5,9 Prozent).

Im Ausland sehen die Zahlen ähnlich düster aus. Weltweit sterben jährlich rund drei Millionen Menschen an den Folgen eines Unfalls. Auf der ersten Weltunfallkonferenz in Stockholm wiesen die Veranstalter darauf hin, daß in den meisten Ländern mehr Menschen im Alter unter 40 Jahren durch Unfälle sterben als durch Erkrankungen von Herz, Kreislauf oder der Atemwege. Daß jedes Land spezifische Modelle zur Unfallverhütung braucht, machten die Wissenschaftler am Beispiel Schweden deutlich: Während es in Südkorea pro 100 000 Fahrzeuge zu 68 Unfällen mit tödlichem Ausgang kommt, sind es in Schweden nur zwei



Zu viele Tote: Auch in anderen Ländern nimmt die Schärfe der Verkehrssicherheitsplakate zu – hier die kanadische Variante

tödliche Unfälle. In anderen Ländern, wie zum Beispiel in Indien, handelt es sich bei den meisten Toten auf den Straßen um Fußgänger und Radfahrer.

Und eine letzte Zahl: In den 40 Jahren, in denen die Bundesdeutschen eine gesicherte Unfallstatistik führen, hat unser Straßenverkehr 500 000 Tote und 20 Millionen Verletzte gefordert. rör

## Neuaufgabe des Kurses „Bereichsassistent Marketing“

Im Februar 1990 beginnt der zweite Management-Fortbildungskursus „Bereichsassistent Marketing“ beim Grone-Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe in Hamburg.

In der Vergangenheit haben Bundesärztekammer (BÄK) und Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit (ZAV) bereits mehrfach Zusatzqualifikationskurse für junge Ärztinnen und Ärzte initiiert, um bei der derzeit schwierigen Arbeitsmarktsituation für Mediziner Chancen in neuen Berufsfeldern zu eröffnen. Da die pharmazeutische Industrie im Zuge

des technologisch-organisatorischen Wandels zunehmend Ärzte für eine Tätigkeit im Bereich Marketing und Management sucht, konnte bereits im April 1989 der erste zehnmonatige Marketing-Kursus gestartet werden. In der Schlußphase der ersten Kursmaßnahme zeigt sich nun bereits, daß die Kursabsolventen fast ausnahmslos Stellenangebote und Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie erhalten.

Auch das im Februar 1990 startende zweite Seminar ist unterteilt in eine sechsmonatige theoretische Ausbildung in den Bereichen Rechnungswesen, Betriebswirtschaftsleh-

re, Volkswirtschaftslehre, EDV, allgemeines Marketing und spezielles Pharmamarketing und ein dreimonatiges Betriebspraktikum im Bereich Marketing bei geeigneten pharmazeutischen Unternehmen. Im Anschluß an das dreimonatige Betriebspraktikum werden die in der Praxis gesammelten Erfahrungen aufgearbeitet; nach einem kurzen Repetitorium aller Fächer beendet dann eine schriftliche und mündliche Prüfung den Zusatzqualifikationskursus. Diese hochqualifizierte Ausbildung setzt den Willen der Teilnehmer voraus, im Anschluß an das Seminar im industriellen Bereich zu arbeiten. Ein motivationszentriertes Auswahlgespräch ist deshalb im Vorfeld unerlässlich. Mit der erfolgreichen Teilnahme an dem Kursus sollen die Absolventen ein Fachwissen erwerben, um qualifizierte Managementposi-

tionen speziell in der Pharmaindustrie einnehmen zu können.

Zugangsvoraussetzungen für den Kursus sind ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin und das erfolgreiche persönliche Auswahlgespräch. Interessierte arbeitssuchende junge Ärztinnen und Ärzte können sich an das Bildungszentrum Grone, Schottweg 9, 2000 Hamburg 76, Telefon: 0 40/22 71 98 50, Ansprechpartner: Herr Dr. med. Thomasch, wenden.

Die Teilnahme an dem Kursus kann nach dem Arbeitsförderungsgesetz durch das Arbeitsamt gefördert werden. Nähere Auskünfte erteilen hierzu auch die Fachvermittlungsdienste der örtlich zuständigen Arbeitsämter und die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung – Ärztevermittlung –, Feuerbachstr. 40–46, 6000 Frankfurt 1. Go

## Niedersachsen: Mobiles Lithotrippersystem beschlossen

Der Niedersächsische Großgeräteausschuß hat am 24. Oktober 1989 das vom Niedersächsischen Sozialministerium entwickelte Konzept für ein flächendeckendes *mobiles Lithotrippersystem* in Niedersachsen beschlossen. Als Standorte für die Mitbenutzung eines mobilen Lithotrippers wurden bisher anerkannt: Städtisches Krankenhaus Salzgitter, St. Bernhard Krankenhaus Hildesheim, Städtisches Krankenhaus Siloah, Borromäus-Hospital Leer, DRK-Krankenhaus Langen-Debstedt, Städtische Kliniken Oldenburg, Städtische Kliniken Osnabrück, Kreiskrankenhaus Gehrden, St. Bonifatius Hospital Lingen, St. Franziskus Hospital Lohne und Stadtkrankenhaus Wolfsburg. Als anerkannte Standorte für ortsgebundene Lithotripter gelten wie bisher die Medizinische Hochschule Hannover und die Universitätskliniken Göttingen.

Das mobile Lithotrippersystem ist als Modellmaßnahme für einen Zeitraum von längstens zwei Jahren vorgesehen. Anschließend soll aufgrund der dann vorliegenden Erkenntnisse entschieden werden:

▷ ob die Modellmaßnahme für alle oder nur für einige anerkannte Standorte verlängert wird,

▷ ob einige anerkannte Standorte einen ortsgebundenen Lithotripter erhalten und für die anderen Standorte der Einsatz von mobilen Lithotriptern fortgesetzt wird oder

▷ ob einige anerkannte Standorte einen ortsgebundenen Lithotripter erhalten und den verbleibenden anderen Standorten die Genehmigung wieder entzogen wird.

Die Versorgung der an Nieren- und Harnleitersteinen erkrankten Patienten mit Hilfe der extrakorporalen Lithotripsie erfolgte in Niedersachsen seit 1984 unter der Devise „zentral entstehen – bürgernah versorgen“ – genannt „*Modell Niedersachsen*“. Dabei wurden die betroffenen Patienten nach der ESWL an den beiden anerkannten ESWL-Zentren des Landes Niedersachsen grundsätzlich noch am gleichen Tag an die wohnortnahe urologische Abteilung verlegt oder zurückverlegt. Unwirtschaftliche Konkurrenzsituationen zwischen den urologischen Abteilungen und die Gefahr einer „Zweiklassen-Urologie“ konnten damit vermieden werden.

Unter anderem ausgelöst durch die Inbetriebnahme nicht genehmigter Lithotripter an einigen Krankenhäusern, der nach wie vor nicht abge-

schlossenen gerätetechnischen Entwicklung und den sich ändernden Indikationen für eine extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie (etwa: Gallensteine) ist vorgesehen, das „Modell Niedersachsen“ auf etwa dreizehn Standorte zu dezentralisieren.

Das Modell ist aus der Sicht des Sozialministeriums ein Weg, medizinisch-technische Großgeräte effizient einzusetzen. Es ermöglicht kurzfristig eine bürgernahe und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit Lithotriptern. „Die Konzeption ist betreiber- und produktneutral angelegt. Das bedeutet: Nur die Standorte, die Tagespauschale und das Entgelt mit Gewinn- und Verlustrisiko werden landeseinheitlich vorgegeben. Der Investitionskostenanteil wird entsprechend dem dualen Finanzierungssystem vom Land übernommen.“<sup>1)</sup>

Die Tagespauschale für die Betreiber beträgt 7900 DM. Die Investitionskosten je ESWL betragen 575 DM und die Benutzerkosten 590 DM. Letztere werden von den Krankenkassen übernommen. Kostendeckung für die als Standort anerkannten Krankenhäuser besteht, sobald acht ESWL je Einsatztag durchgeführt werden. Die Vertragsgestaltung erfolgt ausschließlich zwischen dem als Standort für einen mobilen Lithotripter anerkannten Krankenhaus und dem in Aussicht genommenen Betreiber.

Das Modell ist als „offenes“ System angelegt; es wird gemessen an der tatsächlichen Entwicklung hinsichtlich des Systems, der Betreiber, der Produkte als auch der Höhe des Entgeltes laufend überprüft und falls erforderlich angepaßt. Das Konzept ist ein Versuch, unter Beachtung der rechtlichen Möglichkeiten im Rahmen der Steuerung medizinisch-technischer Großgeräte marktwirtschaftliche Elemente einzusetzen.

<sup>1)</sup> Literatur: Ernst Bruckenberger: „Konzept für ein mobiles Lithotrippersystem in Niedersachsen“, Krankenhaus-Umschau, Verlag E. C. Baumann KG, Kulmbach, Heft 12/1989

Leitender Ministerialrat  
Dr. jur. Ernst Bruckenberger  
Niedersächsisches Sozialministerium  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
3000 Hannover 1