

Die Betreiber der AOB („findige Anbieter“) sind in der Regel Ärzte, die zur Zeit daran arbeiten, einen gemeinsamen Qualitätsstandard, nicht zuletzt als Voraussetzung für die Abrechnung entsprechender Zuschlagsziffern, festzulegen.

Viele Krankenhäuser können sich an Qualität der technischen Ausstattung und Qualifikation der in den AOB Arbeitenden ein Beispiel nehmen.

Selbstverständlich ist Ambulantes Operieren für den Kostenträger wirtschaftlicher als ein auf möglichst lange Liegezeiten bedachtes Krankenhaussystem.

Die vom Autor in Frage gestellten Begriffe „Humanität, Fortschritt, Bürgernähe“ halten wir für durchaus wichtige Qualitäten ärztlichen Handelns.

Der unterstellte „Expansionsdrang“, mit dem wir „findigen Anbieter“ auf den „Gesundheitsmarkt drängen“, ist in Wirklichkeit eine sinnvolle Entwicklung im Gesundheitswesen nach dem Motto „soviel ambulant wie möglich“.

Unsere Patienten kommen zu uns, weil sie sich menschlich und fachlich gut betreut fühlen, und nicht, weil wir einen unersättlichen „Expansionsdrang“ auf Kosten der Krankenkassen hätten.

Elmar Mertens, Dr. Winfried Gahbler, Karlsgraben 23/Kuckhoffstraße 2, W-5100 Aachen

## Wirtschaftlichkeit bewiesen

Dr. Bruckenberg beklagt in seinem Artikel, daß bisher für Tageskliniken beziehungsweise Zentren für Ambulantes Operieren (ZAO) im Gegensatz zu den Hochschul-, Plan- und Vertragskrankenhäusern keine Vorschriften zur Einhaltung von Krankenhausbauverordnungen, DIN- und sonstigen Normen, Be- und Entlüftungsvorschriften existieren. Er folgert, daß in diesen Zentren die medizinische Quali-

tät zwangsläufig minderwertig sein müsse, die Wirtschaftlichkeit nur scheinbar existiere und die Gründung solcher Zentren einen zusätzlichen Kostenanstieg bei den Kassen verursachen würde.

Er hat offensichtlich noch keine der von ihm kritisierten Tageskliniken (ZAO) besucht, denn sonst wüßte er, daß sich die Betreiber solcher Zentren als Unternehmer aus eigenem wirtschaftlichen Interesse an den bestehenden Normen für Kliniken orientieren, Mindestanforderungen formuliert und auf Bundesebene zwecks Anerkennung eingereicht haben. Offensichtlich kennt er auch nicht die vielen kleinen Krankenhäuser, in denen das Pflegepersonal oftmals knapp bemessen und überlastet ist.

Die Wirtschaftlichkeit des ambulanten Operierens ist hinreichend bewiesen und basiert im wesentlichen auf dem Fortfall des pauschalierten Pflegesatzes, mit dem die Krankenhäuser ihre kostenintensiveren Behandlungsfälle kompensieren und finanzieren.

Die hygienischen Verhältnisse in den Tageskliniken und ZAO sind im Vergleich keinesfalls schlechter, sondern oftmals besser. Die perioperative Betreuung der Patienten ist intensiver. Manche herkömmliche Klinik der Grundversorgung würde sich freuen, wenn sie über die technischen Einrichtungen und das qualifizierte Personal verfügen könnte, die in Tageskliniken und ZAO als Selbstverständlichkeit empfunden werden.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verlangt heute mehr denn je die Gründung qualitativ hochwertiger Tageskliniken mit fachkompetentem privatwirtschaftlichem Management, nicht aber die Aufrechterhaltung kostenintensiver Betten in Krankenhäusern, besonders im Bereich der Grundversorgung.

Die Zukunft gehört dem ambulanten Operieren in der Praxis, Herr Dr. jur. Brucken-

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Dynorm 0,5 enthält 0,522 mg, 1 Filmtablette Dynorm 1,0 enthält 1,044 mg, 1 Filmtablette Dynorm 2,5 enthält 2,61 mg, 1 Filmtablette Dynorm 5,0 enthält 5,22 mg Cilazapril 1 H<sub>2</sub>O.

**Anwendungsgebiet:** Essentielle Hypertonie

**Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Cilazapril. Anamnestisch bekanntes angioneurotisches Ödem; Nierenarterienstenose (beidseitig oder bei Einzelniere); Zustand nach Nierentransplantation; hämodynamisch relevante Aorten- oder Mitralklappenstenose bzw. hypertrophe Kardiomyopathie, primärer Hyperaldosteronismus, Schwangerschaft, Stillzeit. Da keine ausreichenden Therapieerfahrungen vorliegen: renale Hypertonie, schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 40 ml/min), primäre Lebererkrankung oder Leberinsuffizienz, unbehandelte, dekompensierte Herzinsuffizienz, obstruktive Atemwegserkrankungen, Kinder. Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung bei klinisch relevanter Proteinurie, klinisch relevanten Elektrolytstörungen, gestörter Immunreaktion und bei immunsuppressiver Therapie empfohlen. Hinweis: Zu Therapiebeginn intensive Überwachung von Blutdruck und Laborparametern bei Patienten mit Salz- und/oder Flüssigkeitsmangel, mit eingeschränkter Nierenfunktion, schwerer Hypertonie, und gleichzeitig vorhandener Herzinsuffizienz sowie bei älteren Patienten (über 65 Jahre).

**Nebenwirkungen:** Gelegentlich übermäßige Hypotonie (incl. orthostatische Hypotonie) evtl. mit Synkope (selten), zu Therapiebeginn, insbesondere bei Salz- und/oder Flüssigkeitsmangel, Herzinsuffizienz, schwerer Hypertonie, aber auch bei Erhöhung der Diuretika- oder der Dynorm-Dosierung. Einzelfallberichte für ACE-Hemmer bei Blutdruckabfall: Tachykardie, Palpitationen, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, Myokardinfarkt, TIA, cerebraler Insult. Gelegentlich Auftreten oder Verstärken von Nierenfunktionsstörungen, in Einzelfällen bis zum akuten Nierenversagen. Selten Proteinurie. Gelegentlich Husten, Bronchitis; selten Atemnot, Sinusitis, Rhinitis, vereinzelt Bronchospasmus, Glossitis, Mundtrockenheit. Für ACE-Hemmer in Einzelfällen beschrieben: angioneurotisches Ödem mit Beteiligung von Kehlkopf, Rachen und/oder Zunge. Gelegentlich gastrointestinale Störungen; selten Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Appetitlosigkeit. Für ACE-Hemmer in Einzelfällen beschrieben: cholestatischer Ikterus, Hepatitis, Pankreatitis, Ictus. Gelegentlich allergische Hautreaktionen, selten Urtikaria oder Erythema multiforme, in Einzelfällen mit Fieber, Myalgien, Arthralgien, Vasculitiden, Eosinophilie und/oder erhöhten ANA-Titern. Für ACE-Hemmer in Einzelfällen beschrieben: psoriasisforme Hautveränderungen, Photosensibilität, Alopezie, Onycholyse, Verstärkung der Raynaud-Symptomatik. Gelegentlich Kopfschmerzen, Müdigkeit, selten Benommenheit, Depressionen, Schlafstörungen, Impotenz, Parästhesien, Gleichgewichtstörungen, Verwirrtheit, Ohrensausen, verschwommenes Sehen, Geschmacksveränderungen. Gelegentlich Abfall von Hämoglobin, Hämatokrit, Leukozyten oder Thrombozyten. Selten Anstieg von Harnstoff, Kreatinin oder Kalium bzw. Abfall von Natrium. In Einzelfällen Erhöhung von Bilirubin und Leberenzymen. Verkehrshinweis: Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt im verstärkten Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. **Wechselwirkung:** Abschwächung der blutdrucksenkenden Wirkung durch Kochsalz, Analgetika, Antiphlogistika. Verstärkung der blutdrucksenkenden Wirkung durch Antihypertensiva (insb. Diuretika), Narkotika, Anästhetika. Verstärkte Alkoholwirkung. Gleichzeitige Gabe von Kalium oder kaliumsparenden Diuretika kann zu einer Zunahme der Serum-Kaliumkonzentration führen. Bei Lithium-Therapie Kontrolle der Lithium-Serumkonzentration. Leukopenie bei gleichzeitiger Anwendung von Allopurinol, Zytostatika, Immunsuppressiva, systemischen Corticoiden, Procainamid.

**Dosierung:** Empfohlene Anfangsdosis morgens 1/2 Tabl. Dynorm 2,5 (Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion oder ältere Patienten: empfohlene Anfangsdosis 1/2 Tabl. Dynorm 1,0). Empfohlene Erhaltungsdosis einmal täglich Dynorm 2,5. Weitere Informationen enthält die Gebrauchs- und Fachinformation.

**Handelsformen und Preise:** Dynorm 0,5: 30 Filmtabletten (N1) DM 38,85, 50 Filmtabletten (N2) DM 60,90, 100 Filmtabletten (N3) DM 109,30. Dynorm 1,0: 30 Filmtabletten (N1) DM 42,50, 50 Filmtabletten (N2) DM 66,50, 100 Filmtabletten (N3) DM 120,90. Dynorm 2,5: 30 Filmtabletten (N1) DM 50,65, 50 Filmtabletten (N2) DM 79,05, 100 Filmtabletten (N3) DM 147,00. Dynorm 5,0: 30 Filmtabletten (N1) DM 67,80, 50 Filmtabletten (N2) DM 104,00, 100 Filmtabletten (N3) DM 198,00. E. Merck, 6100 Darmstadt, Hoffmann-La Roche, 7889 Grenzach-Wyhlen; Lipha, 4300 Essen

berger, denn niedrige Kosten bei gleichzeitig guter medizinischer Versorgung sind immer noch die stärksten Argumente.

Dr. med. C. Mendera-Können, Dr. med. H. J. Könen, W-6144 Zwingenberg, Darmstädter Straße 32

## Kluft überwinden

... Von einem Krankenhausreferenten eines Sozialministeriums, zumal einer SPD-geführten Regierung, läßt sich eine andere als die geschriebene Stellungnahme wohl kaum erwarten.

Es ist durchaus einsichtig, daß das Deutsche Ärzteblatt nicht nur die Interessen der 100 000 niedergelassenen Ärzte vertritt, sondern auch die der ärztlichen Klinikmitarbeiter und insgesamt des Gesundheitswesens in seiner Berichterstattung zu berücksichtigen hat.

Daher sind kritische Stellungnahmen durchaus sinnvoll. Ob aber die genannte Art ... dazu dient, die Kluft zwischen Praxis und Klinik, wenn sie überhaupt herrscht, zu überwinden, mag dahingestellt sein.

Zum Artikel selbst sei soviel festgestellt:

▷ Die moralische Rechtfertigung des Krankenhauses kann nicht angetastet werden, die vom Autor zitierte „moralische Rechtfertigung“ für die patientennahe Versorgung in Praxiskliniken gilt jedenfalls so. Der vom Autor implizierte Schluß, daß es im Krankenhaus an Humanität, Fortschritt und Bürgernähe fehle, fällt letztendlich auf den Autor selbst und auf die Institution Krankenhaus zurück.

▷ Es steht außer Zweifel, daß Praxiskliniken von der betriebswirtschaftlichen Seite in einigen Bereichen günstiger arbeiten können. Auch ist durchaus ein Spareffekt für die Krankenkassen zu sehen, wenn der Autor nur den – korrekten und notwendigen – Schluß gezogen hätte, daß durch die Arbeit von Praxiskliniken Krankenhausbetten

abgebaut werden können.

▷ Der Expansionsdrang dieser Einrichtungen ist nicht zu bremsen, da die Vorteile entsprechend der Patientenversorgung bei weitem überwiegen. Dies gilt übrigens trotz der Tatsache, daß zum Beispiel handchirurgische Leistungen in Praxiskliniken oder Praxen aufgrund der geltenden Honorare nicht wirtschaftlich erbracht werden können.

▷ Bedauerlicherweise ist mit dem Artikel auch eine Stellungnahme zum Expansionsdrang der Krankenhäuser im ambulanten Sektor zu vermissen. In Bayern werden ja von den Krankenkassen bereits in größerem Stil aufgrund zweiseitiger Verträge unter dem Etikettenschwindel „teilstationäre Behandlungen“ ambulante Operationen mit Höchstbeträgen subventioniert. . .

Dr. med. Friedhelm Heber, Augsburg Str. 4, W-7910 Neu-Ulm

*Die Aussprache ist damit abgeschlossen.* DÄ

## SPRACHLICHES

Zu dem Leserbrief „Grotesker Eiertanz“ von Dr. med. E. Deuerling in Heft 22/1992, der sich auf den Leserbrief „Ärztinnenhelfer?“ von Franz Wagner in Heft 15/1992 bezog, antwortet der Autor:

### Leider

Lieber Kollege Deuerling (oder doch Kollegin?), fast fragend beginnt Ihr Brief: „Wenn ich Herrn Wagner richtig verstehe...“

Meine Antwort: Leider nicht.

Franz Wagner, Am Plattenwald 5, W-7107 Bad Friedrichshall

### Deren Sorgen

Dazu kann man nur sagen: Deren Sorgen und Rothschilds Geld. Haben wir wirklich keine anderen Sorgen (siehe unter anderem Sparpläne der Koalition)?

Dr. med. Ruth Kuča-Enter, Horstweg 21 a, W-2280 Tinnum-Sylt Ost

## KLINISCHE PRÜFUNG

Zu dem Beitrag „Tips für die klinische Prüfung“ von Sabine Dauth in Heft 13/1992:

### Alles eine Frage der Organisation

Sie schreiben: „für eine ordnungsgemäße Patientenaufklärung sind strenggenommen derzeit ausschließlich die Regelungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) von Bedeutung.“ Hier ist allerdings geregelt, daß ein *Arzt* aufklären muß, und zwar nicht nur Probanden, sondern eben auch Patienten.

Hieraus ergibt sich automatisch, daß unabhängig von diversen Empfehlungen und EG-Regelungen hinsichtlich klinischer Prüfungen letzten Endes die *ärztliche Berufsordnung* gilt und die allgemeine Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärung vor medizinischen Eingriffen – und auch klinische Prüfungen sind solche – im Zweifelsfalle Anwendung findet.

In diesem Zusammenhang dürfte es völlig egal sein, ob die EG-Prüfrichtlinie schon nationales Recht ist oder nicht, denn das Arzt-Patienten-Verhältnis ändert sich hierdurch nicht.

Auch Datenschutz- und Vertraulichkeitsaspekte erscheinen mir nicht so kompliziert wie dargestellt. Vor Beginn einer Studie sollten sämtliche verantwortliche Personen, die mit der Studie befaßt sind, bekannt und benannt sein, zum Beispiel auch der Monitor, der mit der Datenüberprüfung beim Prüfungsarzt beauftragt ist. Mit der Einwilligungserklärung für die Teilnahme an der klinischen Studie kann jeder Patient den Prüfungsarzt in bezug auf seine Stammdaten von der Schweigepflicht gegenüber der prüfenden Person oder Institution entbinden.

Das ist alles nur eine Frage der Organisation. Die Diskussion, ob und wer *grundsätzlich* berechtigt ist, in Originaldaten Einblick zu nehmen, oder über die Höhe der Kosten für die „Interview-

technik“ erübrigt sich damit. Ähnlich gehen schließlich auch Versicherungen vor.

Problematisch ist es in der Tat, wenn klinische Studien als „Freizeitbeschäftigung“ betrachtet werden. Es gibt bereits heute einige Ärzte, die sich sicher gern auf die Durchführung klinischer Studien spezialisieren würden, doch dies wird auch von der Pharmaindustrie „verhindert“. Leider wird die Qualifikation eines Prüfungsarztes häufig an der Anzahl seiner „Scheine“ und anhand seines Fachgebietes beurteilt. Doch ein Facharzt mit erheblichem Patienten-Durchlauf hat nun einmal einen „Sicherstellungsauftrag“ zu erfüllen und in der Regel keine Zeit „für das“ korrekte Erheben, Dokumentieren und Wiedergeben der Daten. Andererseits kommen Ärzte, die nicht Massen von Patienten haben, doch beispielsweise mehrere Studien durchführen, auf seltsame „schwarze Listen“ und sind als „professionelle Prüfer“ nicht gern gesehen, welche Unterstellungen dieser Tatsache auch immer zugrunde liegen.

Es wird soviel überwiesen! Warum können die „Fachärzte“, die für zu prüfende Substanzen in den jeweiligen Indikationen geeignete Patienten, doch nicht die erforderliche Zeit für eine Studie haben, ihre Patienten zum Beispiel nach Stellung der Diagnose nicht zu einem „niedergelassenen Prüfungsarzt“ überweisen? Sie könnten ein „Screening-Honorar“ erhalten, die Studie selbst wird in einem anderen Prüfzentrum durchgeführt. Denkbar wäre auch ein besonders geschulter „Co-Prüfungsarzt“, der in der Praxis des Arztes die Studie durchführt, wie es in den Kliniken meistens die Assistenten für ihre eigentlich beauftragten Chefarzte tun. So manche „Stelle“ wird dort von der Pharmaindustrie finanziert, warum nicht auch im niedergelassenen Bereich?

Auch dies wäre lediglich eine Frage der Organisation, allerdings ist hier ein Umden-