

Erlanger Fall

Zu dem Leserbrief „Medizinische Sicht“ von Karin Gruber in Heft 34-35/1993, der sich auf den Beitrag „Der ‚Erlanger Fall‘ und die Logik medizinischer Konsequenzen“ von Prof. Saling in Heft 17/1993 bezog:

Entgegnung

Frau Karin Gruber schreibt, sie vermisse in meinem Artikel die „Menschlichkeit in den Krankenhäusern“. Diese Feststellung zeigt einmal mehr, mit welcher vorgefaßter, dazu einseitiger Betrachtungsweise die Diskussion um den „Erlanger Fall“ mitunter geführt worden ist. So scheint für Frau Gruber der Aspekt gar nicht zu existieren, daß der Fetus den durchaus „menschlichen“ Anspruch auf Überleben und die hirntote Mutter den ebenfalls „menschlichen“ Anspruch auf Erhaltung des Lebens ihres Kindes gehabt haben könnten. Indizien sprachen für letzteres; siehe dazu meinen Artikel. Unter diesbezüglichen Aspekten hätte der Abbruch der Intensivbetreuung durchaus auch als „unmenschlich“ angesehen werden können und die Fortsetzung der Behandlung als in hohem Maße menschlich.

Schließlich werden Erfahrungen an einer ausreichend großen Zahl ähnlich gelagerter Fälle an hirntoten Schwangeren in Zukunft zeigen, welche Lösung bei solchen Ereignissen als die „menschlichere“ zu betrachten ist. Inzwischen existieren weitere Berichte über Fälle mit positivem Ausgang.

Frau Gruber meint auch, einen Widerspruch in bezug auf die von mir zitierten „einigen“ ähnlich gelagerten Fälle von hirntoten Schwangeren zum später im Text erwähnten „einen“ Fall gefunden zu haben. Hätte sie komplett und nicht in Fragmenten zitiert, so wäre besser erkennbar geworden, daß der eine Fall sich auf die 12 Wochen erfolgte Intensivbetreuung –

also auf den langen Zeitraum, aus den anderen Fällen herausgegriffen – bezieht. Natürlich kann auch ein Wissenschaftler irren. Nur wäre es äußerst peinlich, wenn dies auf so krasse Weise geschehen wäre, wie von Frau Gruber dargestellt.

Auf ihre weiteren Einwände einzugehen, erübrigt sich, da die Antworten ja bereits aus meinem Artikel hervorgehen.

Prof. Dr. Erich Saling, Institut für Perinatale Medizin, Mariendorfer Weg 28, 12051 Berlin-Neukölln

Praxisvertretung

Zu dem Leserbrief „Beschäftigung von Assistenten sinnvoll?“ von Prof. Dr. med. P. M. Kövöry in Heft 31-32/1993:

Unbegründete Befürchtung

Die Befürchtung, daß bei ausreichender ärztlicher Versorgung die Beschäftigung eines Facharztes nicht möglich sei, da der Zulassungsausschuß einer derartigen Einstellung nicht zustimmen werde, ist unbegründet.

Auf die Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Arztes („Dauerassistent“) besteht nämlich ein Rechtsanspruch, wenn der Planungsbereich des Praxisinhabers im Zeitpunkt der Antragstellung nicht wegen Überversorgung gesperrt ist und der anzustellende Arzt die gesetzlich vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt.

Der Zulassungsausschuß darf nicht – zum Beispiel wie die Kassenärztliche Vereinigung bei der Beschäftigung eines Entlastungsassistenten – prüfen, ob die Beschäftigung des Dauerassistenten aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist.

Ebensowenig darf der Zulassungsausschuß – mangels gesetzlicher Ermächtigung – die Genehmigung für einen Dauerassistenten befristet er-

teilen. Schließlich kann die Genehmigung für einen Dauerassistenten nicht widerrufen werden, wenn der Planungsbereich des Praxisinhabers

später wegen Überversorgung gesperrt wird.

Rechtsanwalt Dr. Rolf Schallen, Paulusstraße 12, 40237 Düsseldorf

KBV-Laborkonzept

Zu dem Kurzbericht „Pauschale als Zwischenlösung für die Zeit des Honorarbudgets“ in Heft 34-35/1993 und der Bekanntgabe der KBV „Neustrukturierung des Laborbereichs“ in Heft 39/1993:

Hochgefährliche Entwicklung

... Es ist unstrittig, daß die teilweise fehlerhaften Entwicklungen im Bereich der Laborleistungen eine Umstrukturierung beziehungsweise Neustrukturierung dieses Teiles der niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit erforderlich machen. Doch das jetzt vorgestellte Konzept ist auf das Entscheidende abzulehnen, da es ausschließlich eine finanzielle Umverteilungsfunktion hat und eine leistungsfeindliche Nivellierung ist und allen marktwirtschaftlichen Prinzipien, denen sich ja eigentlich der neue KBV-Vorstand verschrieben hatte, widerspricht.

Dieses vorgesehene Konzept führt in erster Linie dazu, daß nach einem Gießkannenprinzip die Praxen, gleichgültig welcher Fachrichtung, die im Vergleich zu ihrer Fachgruppe überdurchschnittlich viel an Laborleistungen erbracht haben, diese künftig umsonst erbringen und mit diesen Beträgen die Praxen subventioniert werden, die bis dahin und künftig weniger Laborleistungen angefordert haben als ihr Fachgruppendurchschnitt.

Denn nichts anderes bedeutet ja eine Fallpauschale, die sich an den Durchschnittswerten der Fachgruppe orientiert. Entgegen allen anderen Verlautbarungen ist eindeutig festzustellen, daß hier Geld ohne Leistung gezahlt wird, daß sich Leistung nicht mehr lohnt und der

größte Gewinn sich bei Nichtstun einstellt.

Diese Entwicklung ist als hochgefährlich anzusehen, da sich ein derartiges Pauschalierungskonzept auf alle anderen Sparten der niedergelassenen Tätigkeit übertragen läßt und es letztendlich ja auch schon Eingang in das Hausarzt-/Facharztkonzept der KBV gefunden hat, in dem ja Sonderleistungen im hausärztlichen Bereich, die den Gruppendurchschnitt um 10 Prozent überschreiten, schon zu Kürzungen bei dem sogenannten Leistungskomplex-Honorar führen sollen...

Dr. med. Wolfgang Lang-Heinrich, Seligenstädter Straße 56–58, 63179 Obertshausen-Hausen

Hochrisiken herausnehmen

Bei der nicht allseits erwünschten, aber nach der Vereinbarung unausweichlichen Pauschalierung der Abschnitte O I und O II muß der

Anonym: Die Redaktion veröffentlicht keine anonymen Briefe, sondern nur Zuschriften von Leserinnen und Lesern, deren voller Name und deren volle Anschrift der Redaktion bekannt ist. In begründeten Fällen kann bei der Veröffentlichung auf die Namensnennung verzichtet werden. DÄ

einzelne laborbetreibende Arzt gewisse nicht ganz lebenswichtige Untersuchungen künftig unterlassen, um mit der verminderten Marge überleben zu können; auch ohne dem Patienten zu schaden.

Bei einzelnen Ärzten fallen jedoch häufiger als bei an-

deren bestimmte notwendige Untersuchungen an, deren Unterlassung zu einem ernsthaften Gesundheitsrisiko für den Patienten und Haftungsrisiko für den Arzt, deren ordnungsgemäße Durchführung aber zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten für den Arzt führt. Ich denke an Quickwertbestimmungen bei antikoagulierten Patienten mit Herzklappenprothesen oder thromboembolischen Erkrankungen, eventuell auch an die gehäuft durchzuführenden Blutbildkontrollen bei chemotherapierten Malignomkranken.

Ich appelliere deshalb an die Vertragspartner der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, diesen zwangsläufig entstehenden Hochrisiken abzuwehren und aus ihrer Verantwortung heraus die oben erwähnten Untersuchungen bei den genannten Indikationen aus der Pauschalierung herauszunehmen und leistungsgerecht und kostengerecht weiter einzeln zu vergüten.

Dr. med. Hans-Joachim Behnen, Düsseldorf Straße 25, 40667 Meerbusch

Medizinertest

Zu dem Beitrag „Medizinertest – ja oder nein?“ von Petra Geschwandtner-Andreß in Heft 34-35/1993:

Falscher Schluß

An der Veröffentlichung stört mich der Satz: „Wer schon im Test erfolgreich sei, habe auch später im Medizinstudium kaum Schwierigkeiten und erziele in Prüfungen gute Ergebnisse.“

Aus meiner beruflichen Erfahrung heraus, die auf der Ausbildung zahlreicher Kolleginnen und Kollegen beruht, kann ich nämlich nicht den Schluß ziehen, daß gute Examensnoten auch gleichzeitig eine gute Ärztin oder einen guten Arzt bedingen.

Dr. med. D. Bauer, Jakobi-Krankenhaus, Hörstkamp 12, 48431 Rheine

ICD-Schlüssel

Zu dem Kurzbericht „Diagnoseverschlüsselung: In der Arztpraxis obligatorisch“ von Dr. rer. pol. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, in Heft 37/1993:

Administrative Pflichtübung

Für den unbedarften Arzt und Mediziner und auch Prüfarzt stellt sich die Frage, inwieweit eine Kodierung der Diagnosen nicht nur für die Datenaufbereitung der Krankenkassen und der Funktionäre des Gesundheitsministeriums Sinn macht, während die Ärzte weiterhin mit Patienten und nicht mit Kodiernummern zu tun haben. Es erscheint auch unsinnig, den ICD-Schlüssel neben der Gebührenordnung nun auch noch auswendig zu lernen, um eine vernünftige beschreibende Diagnose in ein Korsett nach DIN-Norm zu zwingen. Aus der Sicht des niedergelassenen Arztes bedeutet die gesetzliche Auflage eindeutig zusätzlich administrativen Aufwand, der in den Kosten bislang nicht erfaßt ist, weder was den zeitlichen noch den organisatorischen und gerätetmäßigen Aufwand anlangt.

Man kann wohl eher davon ausgehen, daß zum Selbstschutz niedergelassene Ärzte einen ihrer Therapie angepaßten ICD-Schlüssel für die Kranken einbringen und mit den Krankenkassen entsprechend abrechnen, wobei wie bisher ein Zuviel an Diagnoseinformation wohl keine entscheidende Rolle spielt, lediglich ein Zuwenig an Information geahndet wird. Sollte sich allerdings dieser Stand auch noch ändern, dürfte ein neuer Kostenschub in der ambulanten Patientenversorgung unvermeidlich sein, damit dann wirklich auch alle für den Patienten in Betracht kommenden ICD-Diagnosen einer entsprechenden Therapie gegenübergestellt werden können. ▷

PRAVASIN® COR

Pravasin®Cor, Pravasin®mite, Pravasin® **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 5mg, 10 mg bzw. 20 mg Pravastatin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Primäre Hypercholesterinämie, kombinierte Hypercholesterinämie mit Hypertriglyzeridämie (falls die Hypercholesterinämie im Vordergrund steht), wenn durch Diät mit Einschränkung des Fett- und Cholesterinkonsums bzw. kalorienarmer Kost und anderen Maßnahmen (z.B. körperliche Aktivität) keine ausreichende Cholesterinsenkung erreicht werden kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Pravastatin-Natrium; aktive Lebererkrankungen; persistierende, nicht abgeklärte erhöhte Transaminasenwerte; Cholestase, Myopathien, Schwangerschaft, Stillzeit. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren fehlen Erfahrungen. Anwendung mit Vorsicht: Bei anamnestisch bekannter Lebererkrankung oder hohem Alkoholkonsum. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Transaminasen-Anstieg, CK-Anstieg, Myalgie, Arthralgie, Hautausschlag. Unter Placebo und Pravastatin traten mit annähernd gleicher Häufigkeit auf: Magen-Darm-Beschwerden (Brechreiz, Erbrechen, Durchfall, Verstopfungen, Bauchschmerzen, Blähungen) sowie Infektionen der oberen Atemwege, Schnupfen, Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, Müdigkeit, Brustschmerz, Herzschmerzen. Selten Juckreiz. In Einzelfällen: Pankreatitis (kausaler Zusammenhang nicht gesichert) sowie Überempfindlichkeitsreaktionen: z.B. Angioödem, anaphylaktoide Reaktion (Blutdruckabfall), Dermatomyositis. Vor Beginn und während der ersten 12 Monate der Therapie sollten die Transaminasen in Intervallen von 4-6 Wochen, danach in periodischen Abständen kontrolliert werden. Bei Auftreten erhöhter Werte Wiederholung dieser Laborbestimmungen und häufigere Kontrolle. Absetzen, wenn die Transaminasen über einige Zeit deutlich erhöht sind, insbesondere wenn sie bis zum 3-fachen der oberen Normgrenze ansteigen und persistieren. Einzelfälle von Hepatitis wurden berichtet. Muskelschmerzen, Empfindlichkeit oder Schwäche der Muskulatur: Bei Auftreten dieser Erscheinungen sollten die CK-Werte im Blut bestimmt werden. Bei deutlich erhöhten CK-Werten (mehr als das 10fache der Normwerte) und/oder einer diagnostizierten Myopathie sollte Pravasin® abgesetzt werden. Sehr selten wurde Rhabdomyolyse mit gestörter Nierenfunktion (als Folge einer Myoglobinurie) beobachtet. Auge: Obwohl keine nachteiligen Wirkungen von Pravastatin auf die Augenlinse des Menschen bekannt sind, sollte vor Behandlungsbeginn und in jährlichen Abständen eine Augenuntersuchung durchgeführt werden. (Linsentrübung bei Hunden durch verwandten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer). **Wechselwirkungen:** Hinweis: Bei der Kombination eines verwandten HMG-CoA-Reduktase-Hemmers mit Immunsuppressiva (z.B. Ciclosporin) sowie mit Erythromycin, Fibraten, Nicotinsäure sind Myopathien aufgetreten. Eine Kombination von Pravastatin mit diesen Substanzen kann daher nicht empfohlen werden. Weitere Informationen s. Fachinformation. **Dosierung:** Anfangsdosis 10-20 mg Pravastatin-Natrium 1 x täglich vor dem Zubettgehen; ggf. Anfangsdosis 5 mg in Erwägung ziehen. Dosisanpassung frühestens nach 4 Wochen; Erhaltungsdosis 10-40 mg Pravastatin-Natrium. **Packungsgrößen/Preise:** Pravasin®Cor (Tabl. mit je 5 mg Pravastatin-Natrium): Pack. mit 20 Tabl. DM 28,50; 50 Tabl. (N2) DM 64,80; 100 Tabl. (N3) DM 119,45. Pravasin®mite (Tabl. mit je 10 mg Pravastatin-Natrium): Pack. mit 20 Tabl. DM 48,89; 50 Tabl. (N2) DM 111,08; 100 Tabl. (N3) DM 216,36. Pravasin® (Tabl. mit je 20 mg Pravastatin-Natrium): Pack. mit 20 Tabl. DM 70,86; 50 Tabl. (N2) DM 165,81; 100 Tabl. (N3) DM 327,72. **Stand:** 9/93. Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und die Gebrauchsinformationen. Squibb-von Heyden GmbH, Volkartstraße 83, 80636 München.