

setzliche Grundlagen zu stellen. Andernfalls drohen für Hochrisikoeingriffe in Deutschland Engpässe.

Tareq Bey, MD, FACEP, ABMT,
Department of Emergency Medicine,
University of California Irvine, Orange,
CA 92868, USA

Gentest

Zu dem „Seite eins“-Beitrag „Kein ‚Baby-TÜV‘ für alle“ von Dr. med. Eva A. Richter-Kuhlmann in Heft 28–29/2004:

Verwechslung

Mit dem Ziel, die Kommunikation über ein sachlich schwieriges Gebiet zu verbessern, hatte sich eine paritätisch zusammengesetzte Arbeitsgruppe der Europäischen Kommission ein Jahr lang Gedanken über die Implikationen genetischer Tests gemacht. Das Ergebnis der Bemühungen wurde jetzt im Rahmen einer Konferenz am 6. und 7. Mai in Brüssel vorgestellt. Die Ergebnisse sind abrufbar dokumentiert in einem 127 Seiten umfassenden Report „Ethische, rechtliche und soziale Aspekte genetischen Testens: Forschung, Entwicklung und klinische Anwendungen“

Katastrophen

Zu dem Beitrag „Zwang zur Selektion“ von Timo Blöß in Heft 33/2004:

Unsensibel

... Die Verwendung des Begriffs „Selektion“ in der Überschrift zeugt von erheblicher Unsensibilität, da er an die leidvolle Verwendung während der NS-Diktatur erinnert. Die Terroranschläge des 11. September und zahlreiche Großschadensereignisse der letzten Zeit haben Notfallmedizinern die Notwendigkeit vor Augen geführt, sich mit dem Massenansturm von Verletzten und Erkrankten und seinen Bewältigungsstrategien auseinander zu setzen. Sichtung und Triage sind dabei wertvolle Instrumente, die es

und als Kurzfassung in „25 Empfehlungen zu den ethischen, rechtlichen und sozialen Fragen von Gentests“, http://europa.eu.int/comm/research/conferences/2004/genetic/index_en.htm. In diesen Papieren ist nicht die Rede davon, „Neugeborene im ersten Lebensmonat generell auf solche Erbkrankheiten screenen zu wollen, für die es bereits Therapien gibt“. Der Bericht stellt lediglich fest, dass Hypothyreose und PKU dieses Kriterium der Therapierbarkeit erfüllen und deshalb bereits Tests in allen Ländern der EU für ein allgemeines Neugeborenen-Screening verfügbar sind. Anders als in den Papieren der Arbeitsgruppe der Europäischen Kommission werden auf „Seite eins“ leider diagnostische Tests für monogene Krankheiten (in den Worten der Arbeitsgruppe: „Tests mit hoher Prädiktivität“) mit sog. prädiktiven Tests, die „immer nur ein statistisches Risiko abschätzen“, verwechselt. Auch viele Politiker begreifen diesen Unterschied nicht, und deshalb gibt es immer noch kein Gentest-Gesetz in Deutschland.

Prof. Dr. med. Ulrich Langenbeck,
Stettiner Ring 40, 61381 Friedrichsdorf

ermöglichen, einer großen Anzahl von Patienten adäquate Hilfe zukommen zu lassen. Hierüber zu informieren und auszubilden ist ein wichtiges Anliegen. Unverzichtbarer Bestandteil der Handlungsstrategien ist eine einheitliche Nomenklatur. Die Verwendung des Begriffs „Verbandsplatz“ in dem Artikel zeugt von vergangenen Zeiten, in denen es galt, hauptsächlich Verwundete zu versorgen. Um auch die Versorgungsmöglichkeit für Erkrankte aufzuzeigen, z. B. bei Massenvergiftungen, wurde daher der Begriff „Behandlungsplatz“ gewählt und ist normativ festgelegt. Leider ist dem Autor auch ein Fehler bei der Definition der Katastrophe unterlaufen. Dass diese nicht bei mehr als zehn

Toten oder 100 Verletzten ausgerufen wird, ist hoffentlich jedem Leser klar.

Dr. Stefan Oppermann,
Gandersheimer Weg 17, 22459 Hamburg

Ergänzung

In der Berichterstattung zum Seminar der Arbeitsgemeinschaft Berlin-Brandenburg der Deutschen Gesellschaft

Dem ist zweifelsohne nicht so. Bereits bei zwei Verletzten muss bei primär nicht ausreichender Anzahl von qualifizierten Helfern eine Triage, d. h. eine Entscheidung bezüglich der Behandlungspriorität und der Zuweisung von Ressourcen, erfolgen. Auch beim MANV in Eschede musste in der initialen Phase nach diesen Kriterien gearbeitet werden, ebenso wie bei jedem



für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM) gibt es unserer Meinung nach einige Punkte die einer Korrektur bzw. Ergänzung bedürfen.

Was ist eine Katastrophe?

Nach DIN 13050 ist eine Katastrophe im Bereich des Rettungsdienstes definiert als Zustand, der mit einer Zerstörung der örtlichen Infrastruktur einhergeht und mit den Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes allein nicht bewältigt werden kann. Dies mag für die Anschläge von New York und Madrid zutreffen. Der Autor zeigt jedoch selbst auf, dass es sich bei dem Unglück von Eschede demnach nicht um eine Katastrophe gehandelt hat – auch wenn die Medien in ihrer Berichterstattung mit diesem Begriff sehr schnell bei der Hand sind. Beim ICE-Unglück handelte es sich um einen „Massenanfall von Verletzten“ (MANV). Dem Leser wird schon in der Überschrift der Eindruck vermittelt, dass das Triagieren von Verletzten eine Aufgabe der Katastrophenmedizin sei.

nächtlichen „Discountfall“ mit vollbesetzten Fahrzeugen zu Zeiten, in denen die Vorhaltungen des Rettungsdienstes auf ein Minimum zurückgefahren werden.

In dem dargestellten Beispiel eines Busunfalls hat die Triage von 27 Verletzten nicht erst auf den Fluren einer Klinik zu erfolgen, sondern unmittelbar an der Unfallstelle. Ein solcher Massenansturm von Verletzten hat in aller Regel die Alarmierung eines Leitenden Notarztes (LNA) zur Folge. Diesem obliegt unter anderem die Aufgabe der Durchführung der Sichtung und der nachfolgenden Triage. Bis zum Eintreffen des LNA hat jeder vor Ort anwesende Arzt diese Aufgaben wahrzunehmen. Ziel ist es, das Schadensereignis eben nicht ins Krankenhaus zu verlagern, sondern in der Frühphase darauf hinzuwirken, dass die richtigen Patienten in die richtigen Kliniken gelangen. Seminare, die das Üben solcher Situationen ermöglichen, werden nicht erst nach den Anschlägen von

New York und Madrid auch in Deutschland durchgeführt. Mindestens alle notfallmedizinisch tätigen Ärzte sollten die Gelegenheit zum Besuch solcher Veranstaltungen nutzen und sich über die regionalen Strukturen zur Bewältigung von Großschadensereignissen informieren.

Dr. med. Armin Kalenka, Dr. med. Harald Genzwürker, Leitende Notärzte Rettungsdienstbereich Rhein-Neckar/Mannheim, Institut für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Klinikum Mannheim, Theodor Kutzer Ufer 1-3, 68167 Mannheim

Pflegeversicherung

Zu dem Beitrag „Rezepte zur Genesung“ von Dr. med. Karlheinz Bayer in Heft 30/2004:

Korrektur

Einige Angaben des Artikels sind zu korrigieren: Die Kosten für eine PEG-Ernährung werden mit 10 000 Euro pro Quartal und Tageskosten von 55 Euro für die Sondennahrung angegeben. Dies ist falsch. Je nach Nahrung kosten 500 ml ca. fünf Euro – am Tag zehn bis 20 Euro. Ein Überleitungssystem pro Tag kostet noch ca. sieben Euro. Die Kosten pro Monat belaufen sich zumeist auf 600 Euro, einige Kassen bieten schon Pauschalen von ca. 300 Euro im Monat. Das Legen der Sonde selbst ist ambulant möglich, nach GOÄ ca. 700 Euro plus Fahrkosten. Stationär erfolgt die Anlage nach einem Akutereignis, das die Kosten bestimmt. Somit fallen ca. 7 000 bis 8 000 Euro im Jahr an, nicht 40 000 Euro.

Zum anderen, grob falsch ist die Aussage, dass „geriatrische Rehabilitation in der Regel in Einrichtungen angeboten wird, die mit den Pflegeheimen identisch sind“. Die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sind an Akutkliniken angegliedert, in Rehabilitationskliniken gelegen oder eben selbstständige Einrichtungen. Hier wird suggeriert, dass geriatrische Rehabilitation einer Pflegeheimversor-

gung entspricht. Geriatrische Reha dient der Pflegeprävention, so wie gefordert. Der Antrag auf Rehabilitation vor Sturz und Fraktur durch den Hausarzt ist sinnvoll und jetzt schon möglich.

Den Umzug eines Patienten in ein Pflegeheim durch sachkundige Genehmigungsinstanzen zu entscheiden und nicht den Betroffenen und seine Familie selbst, bedeutet, die Freiheit zur Selbstbestimmung in einem bestimmten Alter enden zu lassen.

Dr. med. Susanne Daiber, Geriatrie, Klinikum Staffelstein, Am Kurpark 11, 96231 Bad Staffelstein

Unverständlich

Im Artikel geben Grafiken den hohen Anteil der über 75-Jährigen an den Pflegefällen wieder. Da die Pflegekosten von der Pflegeversicherung nur zum Teil getragen werden, bleibt ein finanzielles Risiko übrig.

Nun wäre für die Kalkulation der Vorsorge für das persönliche Risiko die statistische Angabe, wie viele Pflegemonate im Mittel gebraucht werden, wichtig, und zwar für die Gruppe der 75- bis 85-Jährigen sowie die 86- bis 95-Jährigen. Es versteht sich wohl von selbst, dass mit zunehmendem Alter die Zeit der Pflegebedürftigkeit sich verkürzen muss.

Nebenbei bemerkt sind mir die im Artikel genannten Kosten für die Sondenkost 1 650 Euro pro Monat völlig unverständlich. Jede beliebige Nahrung lässt sich mit Mixer und Sieb in Sondenkost verwandeln. So haben wir das früher immer gemacht. Bedingung sind doch nur die frische Zubereitung und saubere Gefäße.

Dr. med. Meinhard Quack, Linkstraße 16, 65933 Frankfurt

Erläuterungen

Der Arzt des MDK ist kein Arzt der Krankenkassen, sondern ein unabhängiger Gutachter, der sich ein objektives

Bild macht, unbeeinflusst von evtl. vorhandenen Wünschen der Krankenkasse oder Begierlichkeiten der Patienten. Damit ist er dem langjährigen Hausarzt in Bezug auf Objektivität und Unbestechlichkeit weit voraus. Denn wie soll der Hausarzt objektiv sein, wenn ihm angekündigt wird, dass im Falle der Ablehnung einer Pflegestufe ein anderer Hausarzt gesucht werde? Allerdings zieht der MDK-Gutachter den behandelnden Arzt bei Unklarheiten mit in die Begutachtung ein.

Die Ärzte und Pflegefachkräfte des MDK haben langjährige Berufserfahrung und sind sorgfältig geschult, um diese schwierige Aufgabe taktvoll und kompetent zu bewältigen. Es findet eine ständige Qualitätssicherung statt, um die Begutachtung zu optimieren. Die angesprochenen internen Begutachtungsrichtlinien sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen und wurden erarbeitet, um eine Begutachtung nach einheitlichen Vorgaben zu ermöglichen. Die Klagen und Widersprüche richten sich keineswegs gegen die Qualifikation des Gutachters, sondern in den allermeisten Fällen gegen die Pflegestufe, die als zu niedrig oder zu hoch erachtet wird. Der weit überwiegende Teil der Patienten ist jedoch mit der Einstufung einverstanden. Es ist grob falsch, dass der MDK über die Pflegestufe, Hilfsmittel oder Rehabilitationsentscheidet. Vielmehr gibt er der Krankenkasse Empfehlungen, die von dieser leistungsrechtlich umgesetzt werden.

Offene Briefe

So genannte „offene Briefe“ werden, soweit von allgemeinem Interesse, redaktionell ausgewertet. Als Leserbriefe werden sie nicht publiziert. In der Rubrik Leserbriefe erscheinen grundsätzlich nur solche Briefe, die allein für das Deutsche Ärzteblatt bestimmt sind. DA

Der Gutachter ist über die möglichen Hilfsmittel gut informiert und berät den Patienten vor Ort umfassend. Nach dem Grundsatz Rehabilitation vor Pflege werden selbstverständlich auch Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen, wobei in Zeiten knapper Mittel die Indikation streng gestellt werden muss.

Die Nachuntersuchung der Versicherten erfolgt keineswegs turnusmäßig, sondern wird in jedem Fall individuell vom Gutachter empfohlen.
Dr. med. Heidi Petzel,
Holzer Hof 6, 42799 Leichlingen

Brustkrebs

Zu dem Beitrag „Jahresbilanz“ von Jürgen Stoschek in Heft 26/2004:

Qualitätsstandards

Seit Anfang des Jahres wird in Deutschland ein Mammographie-Screening-Programm nach Europäischen Leitlinien aufgebaut. Damit kommt die Selbstverwaltung einem parteiübergreifenden Beschluss des Bundestages nach. Eine sehr schnelle und zugleich flächendeckende Einführung wie in Bayern scheint zwar auf den ersten Blick wünschenswert, ist aber aus Gründen der Qualitätssicherung nicht möglich. Dies zeigt gerade eine kritische Analyse der im Deutschen Ärzteblatt publizierten „Erfolgsmeldung“ des bayerischen Mammographie-Screening-Programms. Die Probleme einer übereilten Einführung werden hier deutlich. Dies sind u. a.:

- Nur knapp 25 Prozent der in Bayern eingeladenen Frauen haben das Angebot wahrgenommen. Im Modellprojekt Weser-Ems hingegen, das unter der Kooperationsgemeinschaft „Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ durchgeführt wurde, sind selbst im ländlichen Raum mit dem Mammobil, einer mobilen Mammographie-Einheit, auf Anhieb mehr als 60 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen der Ein-

ladung gefolgt. Die Europäischen Leitlinien fordern eine 70-prozentige Teilnahme.

- In den Regionen Oberfranken und im Nördlichen Landkreis München konnten im ersten Jahr nur 2 305 Frauen von insgesamt 17 Ärzten untersucht werden. In den Modellprojekten der Kooperationsgemeinschaft dagegen hat im ersten Jahr jeder Arzt mindestens Aufnahmen von 3 000 Frauen unter Supervision befundet und ab dem zweiten Jahr mehr als 5 000 Befundungen durchgeführt – wie in den Europäischen Leitlinien gefordert.

Schließlich lässt der kleine Datenbestand an Untersuchungen in Bayern noch keine Beurteilung zu, ob dort die zentralen Qualitätsstandards der Europäischen Leitlinien im Hinblick auf Abklärungs- und Entdeckungsrate eingehalten wurden sowie die Qualitätsstandards im Hinblick auf

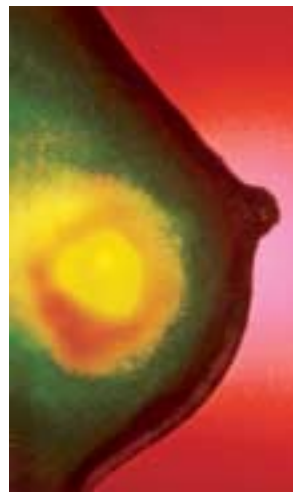


Foto: Aventis Pharma

den Anteil von In-situ-Karzinomen, den Anteil kleiner invasiver Karzinome und den Anteil nodal negativer Karzinome. Die Modellprojekte der Kooperationsgemeinschaft haben bis zum 30. Juni 2003 schon 52 468 Frauen untersucht und hierbei 489 Karzinome entdeckt. Dabei wurden sämtliche der vorgenannten Qualitätsstandards eingehalten. Und nur die Einhaltung hoher Qualitätsstandards rechtfertigt letztlich die Reihenuntersuchung auf Brustkrebs – und dies nicht nur aus

Sicht des Strahlenschutzes und vor dem Hintergrund der von Bundesumweltminister Trittin veröffentlichten Pressemitteilung vom 24. Juni 2004.

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Wissenschaftlicher Beirat der Kooperationsgemeinschaft „Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“,
Zaunstraße 20, 50181 Kircherten/Bedburg

Rauchen

Zu der „Akut“-Meldung „Epidemiologie: Neue Daten – Raucher sterben früher“ von Rüdiger Meyer in Heft 30/2004:

Wo sind Stars, die sich als Nichtraucher outen?

... Es ist zu einem hohen Grad illusorisch, durch Warnhinweise Verhalten ändern zu wollen, solange das, vor dem gewarnt wird, öffentlich dargestellt wird als das richtige Verhalten: Solange die Helden in schlechten und guten Filmen die Zigarette anzünden, wenn es brenzlich wird, genüsslich an ihr ziehen, wenn es was zu feiern gibt, sich den Kick reinsaugen, wenn es langweilig wird – oder wann auch immer.

Wann werden endlich Filme produziert, in denen Rauchen uninteressant und uncool ist und deren „Helden“ sich junge Menschen heutzutage trotzdem als Vorbild nehmen wollen? Wo sind die Stars – aus welcher Branche auch immer –, die sich als Nichtraucher outen?

Wenn man wirklich etwas gegen das Rauchen unternehmen will, dann so, dass keine direkte Reklame und – noch wichtiger – auch keine indirekte Werbung gemacht wird ...

Politische Arbeit und Geld in Warnhinweise und -fotos zu stecken ist gut. Es muss dringend ergänzt werden durch Investition in Forschung darüber, wie junge Menschen ihr Verhalten ausrichten, wie dies positiv beeinflusst werden kann, und dies Verhalten dann auch zu fördern.

Dr. med. Reinhard v. Kietzell, An der Buchholzer Bahn 2, 21339 Lüneburg