

Redaktion

P. Knuth, Köln

Hp. Moecke, Hamburg

Th. Schlechtriemen · K.-H. Altemeyer · Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie, Saarbrücker Winterbergkliniken gGmbH

Probleme der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

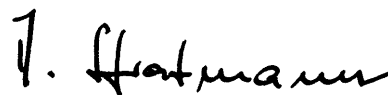
4. Leinsweiler Gespräche der AGSWN gemeinsam mit der BAND e.V., 25.–26.06.99

Zum 4. Male hat die Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte (AGSWN) ihre „Leinsweiler Gespräche zu aktuellen notfallmedizinischen und rettungsdienstlichen Problemen in Deutschland unter der Leitung von K.-H. Altemeyer, Saarbrücken veranstaltet, in diesem Jahr erstmals auch in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND). Für diese Kooperation ist die BAND insbesondere deswegen sehr dankbar, weil sie aus der Erfahrung der vergangenen Jahre und mit ihrer Neukonstituierung im Herbst 1998 erkannt hat, daß organisatorisch-administrative rettungsdienstliche Problemfelder die notfallmedizinische Effektivität der Notfallrettung mindestens ebenso sehr beeinflussen wie Fragen zu rein medizinischen Versorgungsstrategien.

Daher kommen informellen Treffen mit Vertretern z.B. der für den Rettungsdienst zuständigen Ministerien, der Kostenträger, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit Vertretern der Notarzt-Arbeitsgemeinschaften und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften

(DIVI) erhebliche Bedeutung zu für die Fortentwicklung des Rettungsdienstes. Selbstverständlich können bei solchen Gesprächen nicht alle Problemfelder des Rettungsdienstes angesprochen werden. Andere als die in dem folgenden Bericht der diesjährigen Leinsweiler Gespräche aufgeführten Themen (z. B. Qualitätsmanagement, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Leitender Notarzt, Qualifikation des Notarztes) wurden in den vorherigen Treffen besprochen oder werden zukünftigen Leinsweiler Gesprächen vorbehalten sein.

Insgesamt hoffen die in der BAND zusammengeschlossenen Notarztarbeitsgemeinschaften durch die Bündelung notärztlicher Interessen – wie sie jetzt auch gemeinsam mit der DIVI koordiniert werden – zu einer einheitlichen und qualifizierten Struktur des Rettungsdienstes in Deutschland beizutragen.



D. Stratmann

Vorsitzender der BAND e.V.

Zu Beginn der Gesprächsrunde stellte F.W. Ahnefeld die wesentlichen Punkte seines Memorandums „Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland“ (Notfall & Rettungsmedizin 1 (1998): 86–74) den Vorschlägen des Länderausschusses Rettungswesen gegenüber.

Die anschließende Diskussion sollte Gelegenheit geben, die strittigen Fragen unter den anwesenden Vertretern der zuständigen Länderministerien, der Kostenträger, der Bundesärztekammer,

„Das Patienteninteresse muß über die Partikularinteressen der Beteiligten gestellt werden.“

der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den Arbeitsgemeinschaften der Notärzte zu besprechen und konkrete Lösungsansätze aufzuzeigen. Hierbei muß – und darüber bestand Einigkeit bei allen Teilnehmern – das Patienteninteresse über die Partikularinteressen der Beteiligten gestellt werden. Dies gilt

Dr. Th. Schlechtriemen

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie
Saarbrücker Winterbergkliniken gGmbH
Postfach 102629, D-66026 Saarbrücken

insbesondere in Zeiten knapper werdender Finanzmittel.
Im folgenden sollen die einzelnen Diskussionsschwerpunkte näher dargestellt werden.

Anerkennung der präklinischen Notfallversorgung als medizinische Leistung

Historisch sind in der Bundesrepublik zwei Systeme für die Notfallversorgung der Bevölkerung entstanden, die weder miteinander koordiniert noch verzahnt sind.

Bisher ist die wiederkehrende und begründete Forderung, den Rettungsdienst im SGB V aus dem § 60 (Fahrtkosten) herauszunehmen und dem § 27 (Krankenbehandlung) zuzuordnen, nicht erfüllt. Auch in der Gesundheitsreform 2000 ist dies nicht berücksichtigt. Rettungsdienst ist primär keine Transport-, sondern eine medizinische Aufgabe. Mit dieser geforderten Regelung wird auch geklärt, daß es zwei präklinische medizinische Versorgungsebenen gibt (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst mit Notarzt).

Auch nach Auffassung der Vertreter der Länder und der Kostenträger ist die bisherige Regelung zu beanstanden.

Eine der Folgen dieser überholten Regelung ist, daß Leistungen der Rettungsassistenten, in einigen Bundesländern auch der Notärzte, im Sinne einer ambulanten Versorgung der Patienten vor Ort nicht bezahlt werden, ein unnötiger Transport der Patienten ins Krankenhaus aber sehr wohl. Um eine Kostenerstattung zu erzielen, werden daher Patienten ins Krankenhaus transportiert, dort dann aufgenommen und nach kurzer Verweildauer wieder entlassen. B. Dirks, Ulm, stellte hierzu eine Untersuchung aus Göppingen vor, die bei 38 % der vom Rettungsdienst eingewiesenen Patienten eine Krankenhausaufenthaltsdauer von ein oder zwei Tagen ermittelte. Durch diese bisherige unsinnige Regelung entstehen unnötige Kosten im stationären Bereich von nicht unerheblichem Ausmaß.

Ursache, daß die beantragten Änderungen in der Gesundheitsreform 2000 nicht durchgeführt wurden, könnte das

geringe Volumen der Ausgaben für den Rettungsdienst an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen sein. So wurden 1998 270 Milliarden DM insgesamt verausgabt, davon 5,01 % für Transporte – abzüglich der Krankenfahrten mit Taxis verblieben geschätzt 3 % des Gesamtbudgets der GKV für Leistungen des Rettungsdienstes.

Der Entwurf zur Gesundheitsreform 2000 ist im Kabinett und den Regierungsfractionen verabschiedet. Änderungen können nur noch über die Beratungen im Bundestag und den Einfluß der Länder im Bundesrat erfolgen.

Es besteht zwischen Vertretern der präklinisch tätigen Ärzte, den zuständigen Ministerien der Länder und den Krankenkassen breite Einigung darüber, daß Leistungen des Rettungsdienstes vordringlich medizinische Leistungen sind und die Transportfunktion in der Versorgung verletzter und erkrankter Menschen eine untergeordnete Rolle spielt – eine entsprechende Änderung im SGB V sollte schnellstmöglich erfolgen.

Abgrenzung Notarzdienst – kassenärztlicher Bereitschaftsdienst

Th. Schlechtriemen, Saarbrücken, stellte Untersuchungen aus Mannheim und Saarbrücken vor, die übereinstimmend bei über 30 % der Notarzteinsätze keine Indikation für den Notarzt erkennen ließen. Davon waren in Mannheim 12 %, in Saarbrücken 16 % echte Fehleinsätze (Fehleinsatzgrund zumeist: „Ärztliche Hilfe nicht erforderlich.“; im Ausnahmefall: „Kein Patient gefunden.“, „Patient verstorben.“ oder „Böswillige Alarmierung.“). Jeweils etwa 18 % der Notarzteinsätze hatten eine relative Indikation – sie wären mit den Mitteln des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes auch zu versorgen gewesen. Bei der Differenzierung der Einsätze wurde sowohl retrospektiv das Notarztprotokoll bewertet als auch die in der EDV dokumentierte Antwort des jeweiligen Notarztes auf die Abfrage: „Hätte der Einsatz auch vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst wahrgenommen werden können?“ Bei

der weiteren Aufschlüsselung der „Notarzteinsätze zugunsten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes“ war zu erkennen, daß über 50 % dieser Einsätze in die Sprechstundenzeit wochentags von 8:00 Uhr bis 16:00 fallen, deutlicher Schwerpunkt unter den Wochentagen war der Montag.

Weitere Zahlen aus Baden-Württemberg stellte B. Dirks vor: Im Bereich der Rettungsleitstelle Konstanz liegt die Zahl der Notarzteinsätze mit absoluter Indikation (NACA IV und höher) bei 44 % – ins Krankenhaus eingewiesen werden 81 % der Patienten. Im Bereich der Rettungsleitstelle Biberach ist der Notarzteinsatz in 40,7 % absolut indiziert – die Krankenhauseinweisungsrate beträgt 86 % und im Rettungszentrum

„Über 30 % der Notarzteinsätze lassen keine Indikation für den Notarzt erkennen.“

Ulm gingen die Einsätze mit absoluter Notarztindikation von 63 % im Jahre 1992 auf 46,7 % in 1999 zurück.

Seitens der Notärzte wurde in der Diskussion dieses Zahlenmaterials hinterfragt, inwieweit die Kassenärzte ihrem Versorgungsauftrag vor allem während der Sprechstundenzeiten nachkommen können. Ein dringender Hausbesuch während der Sprechstundenzeiten ist wirtschaftlich extrem unlukrativ und wird zudem für Verärgerung bei den in der Praxis wartenden Patienten sorgen – in Zeiten zunehmender Konkurrenz kann sich dies kaum ein niedergelassener Kollege leisten. So ist nachvollziehbar, warum, unterstützt durch die vorgelegten Zahlen, in einer Reihe von Fällen zur Versorgung dringender Hausbesuche auf das Notarztssystem verwiesen wird.

Die kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen einen Teil ihres Versorgungsauftrages nur unzureichend, weil im Bereich der dringlichen Hausbesuche immer wieder Defizite festzustellen sind, die vom Rettungsdienst übernommen werden müssen. Dies gilt nicht nur für die Sprechstundenfreien Zeiten sondern vor allem während der Sprechstundenzeit. Der Patient wendet sich in einer solchen Situation not-

gedrungen an den Rettungsdienst – oder wird gar durch den Kassenarzt an diesen verwiesen.

Wird – wie bisher – ein Teil der dringlichen Hausbesuche durch den Rettungsdienst wahrgenommen, entstehen unnötige Kosten, weil der Notarzt im Gegensatz zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nicht die Option eines erneuten Krankenbesuches hat, um zum Beispiel den Erfolg einer ambulant eingeleiteten Behandlung zu kontrollieren und bei Besserung der Krankheitssymptomatik von einer Krankenhauseinweisung abzusehen. Er wird sich im Zweifel für den auch juristisch sichereren Weg der Krankenhauseinweisung entscheiden müssen; so ist die Diskrepanz zwischen dem Prozentsatz an absoluten Notarztindikationen und dem Prozentsatz an Krankenhauseinweisungen im oben dargestellten Zahlenmaterial zu erklären.

Lösungsansätze

Bezüglich der aufgeführten Defizite wurden die folgenden Lösungsansätze in dem Gremium diskutiert:

Einführung der europaweit festgelegten Notrufnummer. Die Umsetzung des geltenden Europarechtes bezüglich der Einführung einer europaweit einheitlichen Notrufnummer 112 in der Bundesrepublik wurde von allen Diskussionsteilnehmern eingefordert. Der Vertreter des Landes Nordrhein-Westfalen teilte mit, daß hier die Notrufnummer 112 ins Landesrettungsdienstgesetz aufgenommen wurde.

Aufschalten des Notrufes auf eine integrierte Leitstelle. Für den Bürger hat eine integrierte Leitstelle den Vorteil, daß er sich nur eine Telefonnummer für einen medizinischen Notfall merken muß – ruft er hier an, wird er kompetent beraten und man vermittelt ihm das für seine Situation adäquate Hilfsangebot.

Erfahrungen mit dem Betrieb integrierter Leitstellen in Baden-Württemberg zeigen, daß deren Aufbau gut vorbereitet werden muß. Jedoch sind wichtige Vorarbeiten abgeschlossen – so der Workshop „Leitstelle“ des Instituts für Rettungsdienst des Deutschen Roten

Kreuzes. (Schriftenreihe zum Rettungswesen, Band 15 und Band 19, Institut für Rettungsdienst des DRK).

Eine integrierte Leitstelle stellt insbesondere hohe Anforderungen an die Qualifikation des Leitstellenpersonals. Notwendige Qualifizierungsmaßnahmen müssen in die Kosten des Rettungsdienstes integriert werden. Ärztliche Präsenz in der Leitstelle ist nicht erforderlich, jedoch muß eine Fachaufsicht im Sinne eines medizinischen Qualitätsmanagements durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst erfolgen.

Von Seiten der Länderministerien wurde eine integrierte Leitstelle sehr befürwortet, insbesondere auch weil sie die bürgerfreundlichste Lösung darstellt. Diskutiert wurde von dieser Seite sogar eine gesetzgeberische Verpflichtung zur Einrichtung einer integrierten Leitstelle im SGB V. Der Vorsitzende des Länderausschusses Rettungswesen gab zu bedenken, daß durch Landesrettungsdienstgesetze die kassenärztlichen Vereinigungen nicht zur Teilnahme an einer integrierten Leitstelle verpflichtet werden könnten, dies könne nur durch das SGB V geschehen.

Auch die Vertreter der Krankenkassen bezeichneten die integrierte Leitstelle als sehr sinnvolles und kostensparendes Modell. Seitens der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden keine Bedenken geäußert. Auf Landesebene bestehen aber seitens der Kassenärzte Vorbehalte gegen die integrierte Leitstelle – eine ständige ärztliche Präsenz wird gefordert, finanzieller Klärungsbedarf angeht.

Die Teilnehmer sind sich darüber einig, daß eine enge Verzahnung von Notarztendienst und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst sowohl zu einer besseren Versorgung der Patienten als auch zu erheblichen Einsparungen durch die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen führt. Zur Realisierung dieser Verzahnung ist die – derzeit nicht gesetzlich vorgeschriebene – Lenkung beider außerklinischen Versorgungssysteme durch die Rettungsleitstellen unverzichtbare Voraussetzung. Die Teilnehmer sprechen sich daher einvernehmlich für folgendes Vorgehen aus:

- ▶ Eine Vorgabe in den Rettungsdienstgesetzen der Länder, wonach die Rettungsleitstellen als zusätzliche Aufgabe die Vermittlung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes übernehmen dürfen.
- ▶ Eine Regelung im SGB V, die den kassenärztlichen Vereinigungen die Vermittlung ihres Bereitschaftsdienstes durch die Rettungsleitstellen auferlegt, sofern nicht eine mindestens gleichwertige Alternative nachgewiesen werden kann.

Die beschriebenen Einsparungen werden durch die Kooperation zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Rettungsdienst erzielt. Die Teilnehmer empfehlen daher bis zur Umsetzung der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen, daß die Kostenträger als wirtschaftlichen Anreiz mit einem Teil der erzielten Einsparungen die Kosten der Vermittlung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes über die Rettungsleitstellen derart finanzieren, daß damit weder das Budget im Rettungsdienst noch das Gesamthonorar der kassenärztlichen Vereinigungen belastet wird.

Verzahnung von kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Notarztendienst. Notfallpraxen mit angeschlossenem 24stündigem Bereitschaftsdienst sollten durch die kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet werden. Stellt sich für einen Notarzteinsatz heraus, daß eine ambulante Versorgung des Patienten ausreichend ist und eine stationäre Einweisung vermieden werden kann, sollten diese Leistungen des Notarztes abrechenbar sein. Die weitere ambulante Betreuung des Patienten muß dann vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt werden.

Man muß sich jedoch darüber im klaren sein, daß durch solche organisatorische Maßnahmen die Kosten im Rettungsdienst wegen der hohen Vorhaltekosten dieses Systems nicht proportional sinken. Sehr wohl lassen sich jedoch die Gesamtkosten der Notfallversorgung der Bevölkerung durch eine drastische Reduktion unnötiger Krankenhauseinweisungen senken, so daß das Gesamtsystem der präklinischen Notfallversorgung effizienter arbeiten kann.

Ärztliches Primat im Rettungsdienst

Mit Einführung des Berufsbildes „Rettungsassistent“ im Rettungsassistentengesetz 1989 hat die geforderte Ausbildungsqualität des ärztlichen Assistenzpersonals im Rettungsdienst eine deutliche Verbesserung erlebt, obwohl die Ausbildungsrichtlinien häufig durch Quereinsteiger aus dem Bereich der Rettungsassistenten mit deutlich verkürzter Ausbildungszeit unterlaufen werden. Es ist angedacht, die zweijährige Ausbildung auf eine dreijährige Ausbildung zu erweitern, um so die Ausbildungszeiten in den medizinischen Assistenzberufen (Krankenpflege, Rettungsdienst) einander anzugleichen und eine Durchgängigkeit zwischen den verschiedenen Ausbildungsberufen zu ermöglichen.

Die Vertreter der Länder mahnten an, daß derart qualifizierte Rettungsassistenten auch entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt werden müssen. Maßnahmen wie das Legen einer peripheren Infusion seien aus der Notkompetenz in die Regelkompetenz des Rettungsassistenten zu überführen.

Seitens der Vertreter der Notärzte wurde dies prinzipiell bejaht und vorgeschlagen, den notärztlichen Einsatz auf die Therapie potentiell oder akut vitalbedrohter Fälle sowie auf Patienten mit schweren Erkrankungen und Verletzungen, die bleibende Schäden gravierender Art zur Folge haben können, zu beschränken. Hilfestellung können hier Indikationslisten für den Notarzteinsatz zur Verwendung auf den Rettungsleitstellen geben, wie sie z.B. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Baden-Württemberg auf dem Verordnungswege eingeführt haben. Für die oben aufgeführten Einsätze muß auch weiterhin das ärztliche Primat gelten und eine ärztliche Aufsicht vorhanden sein.

Der häufig zitierte Vergleich der Verhältnisse in der Bundesrepublik mit dem amerikanischen oder britischen Paramedic-System ist nur bedingt zulässig. Höchstrichterliche Urteile fordern in Deutschland eine ärztliche Therapie am Notfallort ein. Angelsächsische Systeme müssen den reduzierten präklinischen therapeutischen Aufwand in straff orga-

nierten Notaufnahmebereichen der Kliniken unter Zeitverlust nachholen. Diese Bereiche sind stark personalisiert und entsprechend teuer – präklinische Kostenersparnisse werden hier wieder aufgebraucht.

Die Diskussion, ob ein umfangreiches therapeutisches Vorgehen am Notfallort („stay and treat“) oder ein zügiger Abtransport des Patienten („scoop and run“) sinnvoll ist, stellt eine individuelle Entscheidung dar, die als „conditio sine qua non“ ärztliche Kompetenz erfordert. Zudem wird auch die geringe Zahl der zügig abtransportierenden Patienten (Standardbeispiel: intraabdominelle Blutung) – wenn auch kurz – erstversorgt (Legen venöser Zugänge) und auf dem Transport weiter differenziert therapiert (Volumensubstitution, Katecholamingabe) und bedarf hierzu eines Arztes. Mit der Frage, wie umfangreich die präklinische Therapie vitalbedrohter Patienten ausgelegt werden soll, ist somit das ärztliche Primat in der Versorgung dieser Patientengruppe nicht in Frage gestellt.

Mit verbesserter Aus- und Weiterbildung können dem Rettungsassistenten umfangreichere Aufgaben in der präklinischen Patientenversorgung zugewiesen werden. Das ärztliche Primat in der Erstversorgung manifest oder potentiell vitalbedrohter Patienten sowie bei Patienten mit drohenden gravierenden Folgeschäden ist jedoch unverzichtbar für eine effiziente Notfallversorgung.

Intensivtransport

Mit Konzentration spezieller diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten in Häusern der Maximalversorgung und der Notwendigkeit einer heimatnahen Weiterbehandlung von Patienten nach Versorgung in einem Zentrum hat die Notwendigkeit intensivpflichtiger Patienten zu verlegen, rapide zugenommen.

In der Vergangenheit gab es nach Darstellung der Ländervertreter erhebliche Schwierigkeiten, die aufkommen den bodengebundenen wie luftgestützten Intensivtransportsysteme in organi-

satorisch wie finanziell sinnvolle Bahnen zu lenken. Bayern hat hier Pionierarbeit geleistet: Der Intensivtransport wurde entsprechend dem transportierten Patientengut der Notfallrettung zugeordnet, die Standorte von Intensivtransporthubschraubern wie bodengebundenen Intensivfahrzeugen ministeriell im Rahmen der Planungshoheit festgelegt. In Hessen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen wurden die Intensivtransportflüge durch strikte Vorgaben an die jeweiligen Betreiber reglementiert. Gerade im Bereich der Sekundärtransportsysteme sind länderübergreifende Planungsvorgaben zur Vermeidung von unnötigen und teuren Doppelversorgungen wie zur Schließung von Versorgungslücken unerlässlich.

Arbeiten zum medizinischen Qualitätsmanagement der etablierten Systeme stehen noch aus – in Bayern und dem Saarland sind sie in Kürze zu erwarten.

Definition der Hilfsfrist

Die in einigen Landesrettungsdienstgesetzen festgeschriebene „Hilfsfrist“ ist eine Planungsgröße und kann nach Auffassung der Ländervertreter nur die Zeitspanne in der Notfallversorgung umfassen, die durch planerische Maßnahmen beeinflussbar ist. Sie sollte den Zeitraum zwischen Eingang der Notfallmeldung in der Leitstelle und Eintreffen des ersten Rettungsmittels auf öffentlicher Straße nächstmöglich zum Notfallort umfassen. Wann man vom „Eingang der Notfallmeldung“ sprechen möchte, wurde diskutiert. Vieles spricht dafür, das erste Auflaufen des Hilfeersuchens in der Telefonanlage der Leitstelle hierfür zu fixieren, da nur so alle Bereiche der Struktur- und Prozeßqualität der Anrufbearbeitung auf der Leitstelle erfaßt werden können. Mit Eintreffen des ersten Rettungsmittels auf öffentlicher Straße muß die Hilfsfrist als planerische Größe enden, da Unwägbarkeiten wie Notfälle in Hochhäusern oder schwer zugänglichen Waldgebieten die planerischen Möglichkeiten überschreiten.

Für den Patienten zählt weniger die planerische Größe „Hilfsfrist“ als das therapiefreie Intervall, die Zeit zwischen

Eintritt des Notfalls und Therapiebeginn durch das medizinische Team. Diese biologisch determinierte Zeitspanne sollte in Abgrenzung zur Hilfsfrist als „Reaktionszeit“ bezeichnet werden.

Es bestand unter allen Diskussions- teilnehmern Einigkeit darüber, daß Hilfsfrist wie Reaktionszeit zu minimieren sind. Die Vertreter der Länderministerien mahnten an, die praktische Umsetzung dieser Minimierung zu fördern und nicht Haarspaltereien über genaue Abgrenzungen von Definitionen zu betreiben. Auf der anderen Seite wurde darauf hingewiesen, daß nur valide Daten zur Struktur- und Prozeßqualität insbesondere in ihrem Einfluß auf die Ergebnisqualität politische Entscheidungsträger zukünftig überzeugen werden. □

Bircher J., Sommer W.
Klinisch-pharmakologische Datensammlung

2., völlig neu bearb. Aufl.; Stuttgart: WVG, 1999. 752 S., (ISBN 3-8047-1608-3), geb., DM 136,-

Durch die enorme Anzahl von Medikamenten, die heute auf dem Arzneimittelmarkt zur Verfügung stehen, ist es für den Kliniker oftmals schwer, einen Überblick über die relevanten Arzneimittelinformationen zu bewahren. Das Ziel des Buches „Klinisch-pharmakologische Datensammlung“ ist es, in übersichtlicher und kompakter Form diese Informationen zur Verfügung zu stellen.

Das Buch gliedert sich auf 752 Seiten im wesentlichen in drei Abschnitte: einer Datensammlung über Generika in alphabetischer Reihenfolge, einer Listung der Arzneistoffe nach Indikationsgruppen sowie einem Register der Handelsnamen der beschriebenen Medikamente. Die Arzneistoffe werden ausführlich hinsichtlich Pharmakokinetik, Dosierung, therapeutischen Plasmaspiegeln, unerwünschten Wirkungen, Interaktionen sowie den Namen der Markenpräparate beschrieben. Im anschließenden Kapitel folgt dann die Listung der Arzneistoffe nach Indikationsgruppen. Wünschenswert wäre nicht nur eine Listung der Arzneimittel nach Indikationsgruppen in einem gesonderten Kapitel, sondern die Darstellung der Indikationen der einzelnen Arzneimittel direkt im Kapitel Datensammlung, zumal die dort beschriebenen Dosierungsempfehlungen nicht für alle Indikationen angewendet werden können.

Die Auswahl der Pharmaka richtet sich nach den therapeutisch wichtigen Substanzen im Sinne der „essential drugs“ der WHO sowie den in der Bundesrepublik am häufigsten verordneten Arzneimitteln. Das führt auch dazu, daß Medikamente gelistet sind, deren therapeutischer Nutzen zweifelhaft ist, dennoch aber in der Bundesrepublik verschrieben werden. Da auch diese Medikamente unerwünschte Wirkungen verursachen können, ist die Aufnahme in die Datensammlung wichtig. Für den Kliniker wäre an dieser Stelle ein Hinweis über den therapeutischen Nutzen sicher hilfreich.

Hervorzuheben ist, daß die Datensammlung, die jetzt in der völlig überarbeiteten, 2. Auflage erschienen ist, aus der Lehrtätigkeit der Autoren entstanden ist und somit unabhängig von der pharmazeutischen Industrie verfaßt wurde. Die klinisch-pharmakologische Datensammlung ist besonders für Ärzte, Studenten und Apotheker empfehlenswert, die sich schnell einen Überblick über klinik- und praxisnahe Informationen verschaffen wollen.

M. Feuring (Mannheim)

Hrsg.: Stiftung NeoCortex
Ars medici – Internet-Adressen Medizin Version 2.0

CD-ROM

Bern Göttingen, Toronto: Hans Huber, 1999. CD-ROM, Version 2.0, (ISBN 3-456-83194-3), DM 68,-; Jährliches update (bei Nachweis des Kaufs im Vorjahr), (ISBN 3-456-82925-6), DM 49,80

In der heutigen Zeit, in der das Internet für die Medizin eine immer wichtiger werdende Quelle für Informationen wird, sind die Kenntnisse über entsprechende Internet-Adressen Voraussetzung dafür. Die CD-ROM „Ars medici – Internet-Adressen Medizin“ wurde von der Stiftung NeoCortex (Medizinische Fakultät der Universität Basel) zu diesem Zweck entwickelt. Über 24.000 ausgewählte und überprüfte Internet-Adressen stehen für die Offline-Suche zur Verfügung (inkl. Hyperlinks). Erst wenn eine Internet-Adresse als aussichtsreich erscheint, kann die Internet-Verbindung aufgenommen werden, das spart Zeit und Geld. Als Betriebssystem ist Windows 3.11 sowie Windows 95 erforderlich. Das Programm benötigt keinen großen Speicherbedarf auf der Festplatte, die Daten verbleiben auf der CD-ROM. Allerdings muß dafür jedesmal eine kurze Installationsroutine abgewartet werden.

Die Suche wird durch über 100 vordefinierte Suchkriterien wie „Aerospace medicine“, „AIDS“, „Cardiology“, „Critical care“ bis „Transplantation medicine“ und „Virtual reality in medicine“ erleichtert, zusätzlich ist jedoch die freie Eingabe von Suchkriterien möglich. Das Menue ist übersichtlich gestaltet und intuitiv zu bedienen, eine längere Einarbeitungszeit ist nicht erforderlich. Das Ergebnis der Offline-Suche kann im Dateiformat Filemaker (USR, FM) gespeichert, in zahlreiche Dateiformate exportiert oder auf einem Drucker ausgegeben werden. Die zunächst kleine Bildschirmdarstellung kann in der Größe individuell angepaßt werden.

Da sich Internet-Adressen schnell ändern können oder neue Webseiten eingerichtet werden, besteht die Möglichkeit jährlich ein Update zu erhalten, nur so bleibt die Aktualität bewahrt. Mit dem Prinzip „search offline – find online“ können Zeitverluste und hohe Verbindungskosten vermieden werden, damit läßt sich schnell der Kaufpreis wieder einsparen. Insgesamt eine sehr nützliche CD-ROM für denjenigen, der zunächst in Ruhe nach interessanten Webseiten suchen möchte. Dafür bietet die CD-ROM mit dem entsprechenden Speichervermögen einen großen Fundus an Internet-Adressen.

M. Feuring (Mannheim)