



Leserbriefe an:
Bayerisches Ärzteblatt,
 Mühlbauerstraße 16,
 81677 München, E-Mail:
 aertzblatt@blaek.de

Qualitätssicherung privatärztlicher Leistungen – dringender Handlungsbedarf oder Strategieobjekt?

Zum Leitartikel von Dr. Klaus Ottmann in Heft 6/2010, Seite 283.

„Die Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen ist kein Selbstzweck oder Beschäftigungsprogramm“ – bis hierhin kann ich den Ausführungen meines Kollegen Klaus Ottmann in seinem Leitartikel uneingeschränkt zustimmen. Qualitätssicherung ist für jeden guten Arzt allein schon aufgrund seines ärztlichen Berufsethos und aus der Verantwortung für das Wohl seiner Patienten heraus eine Selbstverständlichkeit. Unverständlich ist mir hingegen, wie der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer fordern kann, Qualitätssicherung nur dort durchzuführen, wo bereits Defizite offensichtlich sind. Das widerspricht der eigentlichen Idee der Qualitätssicherung grundsätzlich – so, als würde der TÜV nur diejenigen Autos überprüfen, die bereits am Straßenrand liegen geblieben oder in einen Unfall verwickelt sind. Wie will man so Verbesserungspotenziale

in der medizinischen Versorgung aufdecken und nutzen, wenn wir die Qualität nicht bei allen entsprechend messen?

Tatsächlich brauchen Bayerns Ärzte keine Qualitätsdiskussion zu scheuen. Ich habe mich als praktizierender Arzt, aber auch als Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) seit jeher für eine bestmögliche Patientenversorgung eingesetzt. Dabei ging und geht es mir nie darum, Teile der Ärzteschaft oder einzelne Ärzte – auch nicht die ausschließlich privatärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen – an den Pranger zu stellen. Mein Ziel ist es vielmehr, die vorhandene Qualität in der ambulanten Versorgung adäquat abzubilden und gegenüber unseren Patienten, aber auch gegenüber der Politik transparent zu machen.

Gesetzlich wie privat Versicherte sind mündige Patienten, die über die Gerätequalität und die Weiterbildungsbereitschaft ihrer Ärzte informiert sein wollen und auf Basis solcher Fakten ihre Versorgung mitbestimmen. Und auch die gesellschaftliche Diskussion beispielsweise um die Vergütung ärztlicher Leistungen wird sich künftig zunehmend um messbare Qualitätsindikatoren drehen. So hat Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder erst kürzlich in einem *SPIEGEL*-Interview die Bedeutung von „Pay-for-Performance-Modellen“ hervorgehoben: „Es kommt nicht darauf an, wie viel medizinische Leistung erbracht wird, sondern wie gut diese ist.“

Angesichts solcher Signale aus Politik und Gesellschaft ist die Ärzteschaft meines Erachtens gut beraten, sich aktiv in die Diskussion um die

Qualitätssicherung einzubringen und die Maßstäbe zur Qualitätssicherung selbst zu setzen. Das Programm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“, das die KVB gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten für GKV-Versicherte ins Leben gerufen hat und gern auch auf den Kreis der Privatversicherten erweitert hätte, bietet dazu für etliche Leistungsbereiche einen geeigneten Rahmen. Ich bin davon überzeugt, dass wir Ärzte langfristig nur dann unsere Funktion als Gestalter der medizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland erhalten können, wenn wir das Thema Qualitätssicherung selbstbewusst und engagiert angehen. Tun wir das nicht, werden andere entscheiden – dann aber möglicherweise aus einer nicht-ärztlichen Perspektive heraus.

Dr. Axel Munte,
 Vorsitzender des Vorstands der KVB

„Wir machen Medizin“ – Forschung an der Medizinischen Fakultät der LMU München

Zum Artikel von Professor Dr. Stefan Endres und Professor Dr. Dr. h. c. Maximilian Reiser in Heft 6/2010, Seite 328 f.

Mit Überraschung und Verwirrung habe ich im *Bayerischen Ärzteblatt* den Bericht „Wir machen Medizin“ über Forschung an der LMU München gelesen. Warum haben Institutionen an einer deutschsprachigen Universität derartig merkwürdige Namen wie „Comprehensive Pneumology Center“ und „Comprehensive Cancer Center“. Als erklärende Zusätze bei internationalen Veröffentlichungen einleuchtend; ansonsten aber werden dort vermutlich in der Mehrzahl deutschsprachige Leute arbeiten und wohl auch behandelt, die sich untereinander in ihrer Muttersprache verständigen werden. In einer Zeitschrift, die sich an Leser im deutschen Sprachraum richtet, sich mit solchen Namen vorzustellen, mutet merkwürdig an und erinnert an das Gerücht, dass einem deutschen Wissenschaftler, der in seiner englischsprachigen Veröffentlichung deutschsprachige Literatur zitierte, deshalb die Veröffentlichung verweigert wurde.

Ich bitte um angemessene Sprachkultur.

Dr. Karl Schade,
 Facharzt für Chirurgie, 90765 Fürth

Antwort

Vielen Dank für Ihren Hinweis. Einige dieser Anglizismen werden uns vorgegeben, zum Beispiel Ausschreibung der Bundesregierung zu Com-



prehensive Cancer Center. Manchmal schießt man aber über das Ziel hinaus, da gebe ich Ihnen Recht. Einzelne der Einrichtungen zielen auch klar auf internationale Forscher und Kooperationen, da hilft der englischsprachige Titel.

Professor Dr. Stefan Endres, Forschungsdekan der Medizinischen Fakultät der LMU, 80333 München

Bärlauch mit Giftplanze verwechselt – Sammler tot

Zum Editorial von Dagmar Nedbal in Heft 7-8/2010, Seite 353.

Ich bin wohl überempfindlich, aber ich hätte bei „Bärlauch mit Giftpflanze verwechselt“ die Fortsetzung „Sammler verpasst Genuss“ erwartet und bei „Giftpflanze mit Bärlauch verwechselt“ die Fortsetzung „Sammler tot“. Nichts für ungut!

*Axel Matthia,
Facharzt für Radiologie, 92637 Weiden*

Neues aus der klinischen Toxikologie

Zum Titelthema von Professor Dr. Thomas Zilker in Heft 7-8/2010, Seite 360 ff.

Ich weiß nicht, welcher „Einflüsterung“ bezüglich der „atypischen Neuroleptika“ Professor Zilker bei der Abfassung seines sonst begrüßens-, lesenswerten und wertvollen Beitrages erlegen ist.

Zum einen wird (außer von deutschen „Meinungsbildnern“ in der Psychiatrie) international längst nicht mehr vertreten, dass „atypische Neuroleptika“ in irgendeiner Weise (EPS, geringe Sedierung, vitale Bedrohung usw.) „überlegen“ sind (siehe dazu auch den Hinweis der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im *Deutschen Ärzteblatt*, 27/2010).

Zum anderen (siehe Artikel aus *J Clin Psych*) sind gerade einige Vertreter der „Atypika“ (auch dieser Begriff ist übrigens obsolet) auf Grund ihres anticholinergen Wirkprofils nicht ungefährlich.

Professor Dr. Matthias Dose, Ärztlicher Direktor, Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH, Klinik Taufkirchen (Vils), Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin, 84416 Taufkirchen (Vils)

Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im *Bayerischen Ärzteblatt* beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

*Bayerisches Ärzteblatt, Redaktion Leserbrief, Mühlbauerstraße 16, 81677 München,
Fax 089 4147-202, E-Mail: aerzteblatt@blaek.de*

Antwort

Professor Dr. Matthias Dose geht in seinem Leserbrief auf den Teilaspekt Neuroleptika unseres umfassenden Artikels über Intoxikationen ein. Dabei lag der Schwerpunkt des Artikels nicht auf dem Nebenwirkungsprofil. Es ist richtig, dass die Einteilung in „atypische“ und „typische“ Antipsychotika kontrovers diskutiert wird und dass diese strenge Unterscheidung bis auf eine klare Überlegenheit der EPMS im Vergleich zu den früher hauptsächlich verwendeten hochpotenten Neuroleptika wie Haloperidol möglicherweise nicht haltbar ist. Was das aus toxikologischer Sicht besonders gefährliche Risiko von Herzrhythmusstörungen angeht, scheinen die alten Neuroleptika Thioridazin, Chlorpromazin und Mesoridazin am gefährlichsten zu sein, aber auch andere ältere Medikamente wie Pimozidin und Haloperidol konnten im Überdosisbereich wegen ihrer chinidinartigen Wirkung am Herzen zu tödlichen Rhythmusstörungen führen. Bei den atypischen Antipsychotika sind

Sertindol, Ziprasidon und nach neuesten Daten auch Amisulprid zu nennen, wobei die beiden ersten in Deutschland kaum verschrieben werden. Aus unserer Behandlungspraxis ist festzustellen, dass die schweren Intoxikationen mit Neuroleptika seit der Einführung der atypischen Antipsychotika zurückgegangen sind. Eine Ausnahme bildet neben dem Amisulprid das älteste, bereits in den Sechzigerjahren eingeführte Clozapin, das ein besonders hohes Krampfisiko aufweist.

Um all dies ausführlich zu diskutieren, war leider kein Platz.

Da klinische Toxikologen vorwiegend über negative Auswirkungen von Medikamenten berichten, halten sich die „Einflüsterer“ von uns fern.

Professor Dr. Thomas Zilker, Leiter der Toxikologischen Abteilung, II. Medizinische Klinik der TU München, 81675 München

Anzeige



Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

KORTE
RECHTSANWÄLTE

**Absage durch
Hochschule oder ZVS?
– Klagen Sie einen Studienplatz ein!**

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

24-Stunden-Hotline: 030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

* Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte
** Wichertstraße 45
10439 Berlin

www.anwalt.info
Fax 030-266 79 661
Kanzlei@anwalt.info