

# Ulla Schmidt sollte nicht auf die Pflegelobby hören Heimleiters Liebling ist der willfähige Doktor

**E**in wenig glückliches Händchen in Sachen Gesundheitspolitik und Pflege hat er in den vergangenen Jahren gehabt, der Gesetzgeber. Man denke nur an den unüberlegten Schnellschuss, die Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen anzusiedeln.

Aktionismus in der Politik zahlt sich nicht aus. Wer Weichen neu stellt, sollte sicher sein, damit nicht noch größeres Chaos und Unheil anzurichten. Doch erneut droht Unausgegorenes ins Gesetzbuch einzufließen. Die Berichte über haarsträubende Missstände in deutschen Pflegeheimen haben die Bevölkerung aufgeschreckt – also muss etwas geschehen: Der Heimarzt soll es richten! Dazu folgende Anmerkungen.

Nachdem ein nahe gelegenes konfessionelles Krankenhaus Pflegebedürftige vorzugsweise in ein entferntes Heim derselben Konfession entließ, hatte ich dort stets einige multimorbide Alte zu betreuen. Eines Tages, ich war soeben mit

## Unser Gastautor

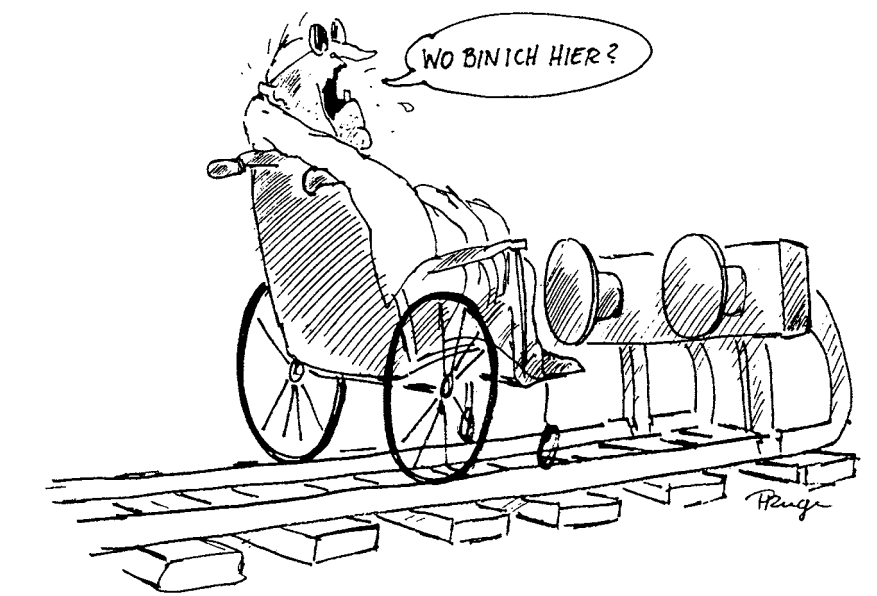


**Dr. Wolfgang Roscher**  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Karlsruhe

einem dieser Patienten beschäftigt, öffnete sich die Tür und eine Prozession von Pflegerinnen und Pflegern ergoss sich ins Krankenzimmer, in deren Mitte ein fülliger Mittfünfziger im Zweireiher einherschritt, der sich

salbungsvoll an mich wandte: Man sei sehr davon angetan, wie ich mich um die Kranken bemühe – ob ich nicht Heimarzt sein wolle? Verdattert stotterte ich, dass ich nicht den Kolleginnen und Kollegen Patienten bzw. Patienten den angestammten Hausarzt wegnehmen könne. Darüber brauche ich mir keine Sorgen machen, winkte der Heimleiter ab, Neuzugänge hätten meistens keinen Hausarzt.

In den nachfolgenden Monaten kam es zu einer erstaunlichen Vermehrung meiner Patienten in dieser Einrichtung, gleichzeitig wurde mir bewusst, welche Aufgabe mir wirklich zugedacht war. Der Wunsch der Heimleitung, gelegentlich mit Vorträgen zu medizinischen Themen als Abendunterhalter aufzutreten, war die geringste Zumutung. Zu schaffen machten mir ausufernde Verordnungswünsche für Pflegehilfsmittel, die ein Pflegeheim eigentlich bereitzuhalten hat. Als ich mich querlegte, ging die Anzahl meiner Patienten schlagartig zurück. Unter Tränen gestand mir eine alte Frau, das Heim zwingt sie zum Arztwech-



sel, sie habe nicht die Kraft, sich dagegen zu wehren, sie sei dem Heim schließlich ausgeliefert. Heimarzt war ein anderer geworden.

## Pflegeheim zwang alte Frau zum Arztwechsel

Weil ich mich weigerte, leicht verwirrte Menschen gegen alle Regeln ärztlicher Kunst medikamentös ans Bett zu fesseln, bin ich wiederholt ausgebootet worden; den Heimen ergebene Kollegen übernahmen die Behandlung. Zwei rüstige Patientinnen, denen der Tod keineswegs ins Gesicht geschrieben war, starben kurz nach dem unfreiwilligen Arztwechsel. So ein Heimarzt ist eben nur bedingt Helfer der Kranken.

Viele Heime – nicht die guten – haben sich willfähige Doktoren

herangezogen, welche die Tropfen aus der kleinen Flasche auf Wunsch des Personals großzügig verordnen und dem Antrag auf körperliche Fixierung bedenkenlos stattgeben, nur weil jemand grantig ist; das erleichtert die Pflege und schafft Ruhe. Rezepte für Sondenkost und Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe – kein Problem.

Mit einem solchen Doktor lassen sich erhebliche Kosten einsparen! Der wird auch, dessen kann sich die Heimleitung sicher sein, nicht so genau hin- und notfalls wegsehen, wenn die Pflege im Argen liegt.

Der Wunsch, derartige Zustände durch die gesetzliche Einführung von Heimärzten auch noch legalisiert zu bekommen, kann nur dem Hirn eines Heimleiters entsprungen sein. Die Ministerin sollte derartigen Einflüsterungen der Pflegelobby kein Gehör schenken. Vorsicht! Das Thema Pflegenotstand kann jederzeit wieder aufkochen. Mit untauglichen Maßnahmen herumzuexperimentieren und Zeit zu verlieren ist riskant. Wenn nicht bald Abhilfe geschaffen wird, gerät sie als Verantwortliche selbst in die Schusslinie. Die beste Garantie für humane Altenpflege, Frau Ministerin, sind neben einer Verbesserung der Heimaufsicht die Sicherstellung der freien Arztwahl und ärztliche Unabhängigkeit von Heimbetreibern. Ärzte von Heimleiters Gnaden darf es nicht geben.

## Akutes Koronarsyndrom

# Duale Therapie ist kosteneffektiv

**KÖLN – Professor Dr. J-Matthias Graf von der Schulenburg hat die Therapie des akuten Koronarsyndroms mit Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure ökonomisch bewertet. Das Resultat für zwölf Monate Clopidogrel plus ASS beim NSTEMI lautet: klinisch wirksam und kosteneffektiv.**

Bei der CURE-Studie kam heraus, dass das Risiko für erneute koronare Ereignisse bei Patienten mit Verdacht auf instabile Angina pectoris oder Herzinfarkt ohne ST-Hebung (NSTEMI) durch die duale plättchenhemmende Therapie in einem Jahr signifikant verringert werden konnte (9,3 versus 11,4 %). Nach Angaben des Pharmaökonomen von der Leibniz-Universität Hannover ergeben sich daraus für Deutschland für eine 12-monatige Gabe von Clopidogrel zusätzliche Kosten von 2303 bis 4812 € pro gewonnenes Lebensjahr. Das englische NICE-Institut bewertete die Therapie mit Clopidogrel und ASS bei NSTEMI auf Basis der CURE-Ergebnisse als klinisch wirksam und kosteneffektiv.

Auch die CLARITY- und die COMMIT-Studie nahm sich Prof. Graf von der Schulenburg vor. In CLARITY hatten STEMI-Patienten durch Clopidogrel plus ASS im Ver-

gleich zu ASS allein nach acht Tagen ein um 36 % geringeres Risiko für Okklusion des Infarktgefäßes oder Myokardinfarkt-Rezidiv bzw. Tod. COMMIT hatte mit vier Wochen eine etwas längere Perspektive. Bei STEMI-Patienten, die in diesem Zeitraum Clopidogrel plus ASS erhalten hatten, fand sich ein um 9 % geringeres Risiko für Tod, Reinfarkt und Schlaganfall als bei lediglich mit ASS behandelten Patienten.

## Echte Versorgungsdaten wären für Analysen gut

Die pharmakoökonomische Analyse ergab auch für STEMI-Patienten Hinweise auf eine Kosteneffektivität der dualen Plättchenhemmung. Als Herausforderung für die Zukunft sieht Prof. Graf von der Schulenburg, auch die Versorgungsrealität zu erfassen, um eine solidere Basis für Kosten-Nutzen-Analysen zu schaffen, als sie einzelne randomisierte kontrollierte Studien bieten können, wie er bei einem wissenschaftlichen Symposium\* des Unternehmens Bristol-Myers Squibb berichtete.

Auch das IQWiG arbeitet derzeit an einer Nutzenbewertung der Kombinationstherapie mit Clopidogrel und ASS bei akutem Koronarsyndrom. Der Endbericht ist für das erste Quartal 2008 geplant. AB

\* im Rahmen der 31. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

MÜLLER GÖPPINGEN/Sinfrontal Tbl. (Index: 0) 112 x 195 mm

## Missbrauch, Suchtgefahr Alkoholverkauf an Jugendliche kontrollieren

**BERLIN – Um Kinder und Jugendliche besser vor alkoholbedingten Gesundheitsschäden und Suchtgefahren schützen zu können, spricht sich auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, SABINE BÄTZING, für Testkäufe durch Jugendliche aus. Diese Kontrollen des Handels sollten unter behördlicher Aufsicht erfolgen. Laut Bätzing betrinkt sich ein Viertel aller Jugendlichen mindestens einmal im Monat mit fünf oder mehr Gläsern Alkohol. Durch diesen Missbrauch hätten sich die alkoholbedingten Klinikaufenthalte von Kindern und Jugendlichen von 9500 im Jahr 2000 auf 19 400 (2005) verdoppelt. Kinder und Jugendliche müssten darin unterstützt werden, alkoholfrei zu leben und erst so spät wie möglich mit maßvollem Konsum zu beginnen.** REI