

ne unkontrollierbare Beliebigkeit in den Therapieentscheidungen vermeiden“ lässt. Der Rückzug auf den in keiner Weise spezifizierten „anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft“ bietet dafür keine transparente und nachvollziehbare Lösung. In Deutschland ist die Situation zusätzlich erschwert, da die vorhandene Evidenz fast ausschließlich aus internationalen Studien stammt und englischsprachig publiziert ist. Der Zugang auch zu eigentlich leicht zugänglichen Studienergebnissen ist für viele unter den gegenwärtigen Bedingungen in der ärztlichen Praxis nicht möglich. Der Rückzug auf die interne Evidenz liegt daher oft nicht am Mangel an Evidenz, sondern an deren Unkenntnis, deren Beseitigung gerade ein zentrales Anliegen der EbM ist. Die von den Autoren vorgeschlagene „Lösung“ ist keine, die der Anwendung der Prinzipien der Evidenz-basierenden Medizin entspricht.

Professor Dr. Jürgen Windeler,
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Fachbereich Evidenz-basierte Medizin, Lützowstraße 53, 45141 Essen

Dr. Gerd Antes,
Institut für Med. Biometrie und Med. Informatik, Abteilung Medizinische Biometrie und Statistik, Deutsches Cochrane Zentrum, Stefan-Meier-Straße 26, 79104 Freiburg

PKV

Zu dem „Seite eins“-Beitrag „Missverhältnis“ von Dr. rer. pol. Harald Clade in Heft 27/2003:

Kein Wettbewerb

Es schlägt dem Fass den Boden aus: Alle müssen sparen, nur nicht die PKV, bei der Verwaltungs- und Vertragsabschlusskosten von 2001 auf 2002 nochmal um knapp 200 Millionen anstiegen. Das ist fast so viel wie die gesamten Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung. Dabei wird der Service immer schlechter und teurer durch Callcenter mit kostenpflichtigen Servicenummern der

deutschen Telekom. Wann wird in der PKV endlich Wettbewerb möglich? Er ist verhindert, weil die angesammelte Alterungsrücklage nicht mitgenommen werden kann. Jeder Wechselwillige verliert dieses in den Beitragsjahren angesammelte Vermögen. Was muss der Gesetzgeber tun? Was empfiehlt die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gegen diese Abzockerei? Es kann doch nicht sein, dass man sein Recht auf Gesundheit unter angemessenen Kosten – durch Kassenwechsel unter Mitnahme der Altersrückstellung – vielleicht erst in einem langwierigen Klageweg erreicht, während Versicherungsleute für sich schnell noch einmal in die Vollen greifen.

Dr. med. Klaus Blumberg,
Zum Altmühlspitz 5, 93309 Kelheim

Medikamente

Zu dem Beitrag zur Versorgungsforschung „Fallbeispiel Schizophrenie: Hohe soziale Kosten“ von Dr. rer. pol. Harald Clade in Heft 28–29/2003:

Kritische Anmerkungen

... Die referierte Studie von von der Schulenburg und Rütther gehört zu den wenigen Arbeiten, die das Thema der Ökonomie psychiatrischer Versorgung in Deutschland fundiert aufgreifen, und verdient daher hohe Anerkennung und Beachtung, wenn auch zu Details der Studie kritische Anmerkungen erforderlich sind.

Eine Passage des Textes kann jedoch, weil zumindest missverständlich, nicht unwidersprochen bleiben: Wenn Rütther mit der Aussage zitiert wird, „nach drei Tagen müsse mit der Rehabilitation begonnen werden“, ist dem insoweit beizupflichten, als auch die Akutbehandlung, sozialpsychiatrischem Credo entsprechend, rehabilitative Elemente enthalten muss. In der gegliederten sozialrechtlichen Landschaft in Deutschland mit ihrem sehr eingeeengten Rehabilitationsbegriff und bei der

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

Tendenz von Kostenträgern, Verschiebehahnhöfe der Zuständigkeit zu schaffen, beinhaltet diese Aussage aber eine große Gefahr: Rehabilitationsmaßnahmen im engeren Sinne, wie sie für schizophrene Erkrankte von den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) angeboten werden, sind erst möglich und sinnvoll nach Abschluss der Akutbehandlung, wenn Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit des Teilnehmers und günstige Rehabilitationsprognose feststehen. Ein zu frühzeitiger Übergang von der Behandlung in die medizinische Rehabilitation im engeren Sinne führt zu desaströsen Ergebnissen, belastet alle Beteiligten und ist letztlich auch ökonomisch sinnlos. Die Forderung nach frühzeitiger Rehabilitation darf nicht zu einer Verkürzung der Ansprüche auf die notwendige Behandlung führen!

Prof. Dr. med. Wolfgang Weig,
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück, Knollstraße 31, 49088 Osnabrück

Daten vervollständigen

... Mit dem Argument, dass die direkten Behandlungskosten der Erkrankung nur einen Bruchteil der indirekten Kosten darstellten, die durch den Langzeitverlauf der Krankheit entstünden, wirbt auch die Pharmaindustrie für die von ihr vertriebenen Atypika. Deren Wert vor allem auf Kognition, emotionale Erreichbarkeit und Compliance soll hier durchaus nicht in Abrede gestellt werden. Das günstige Kosten-Nutzen-Verhält-

nis dieser innovativen Medikamente harrt aber noch eines schlagenden Beweises durch Untersuchungen darüber, wie viel mehr Schizophrenie-Patienten durch deren Einsatz im ersten Arbeitsmarkt gehalten werden können. Solche Daten müssten inzwischen verfügbar sein, wenn man davon ausgeht, dass Risperidon (Handelsname Risperdal) seit 1993 auf dem deutschen Markt verfügbar ist und Amisulprid (Handelsname Solian) vor seiner Zulassung in Deutschland bereits zehn Jahre lang in Frankreich eingesetzt wurde. Interessant wäre auch zu wissen, ob in den USA, wo der Atypika-Anteil 60 % betragen soll, entsprechend mehr Patienten arbeitsfähig gehalten werden konnten als in Deutschland mit einem Anteil von 25 % des Neuroleptika-Marktes.

Dr. med. Sigrid Planz-Kuhldahl,
Landesverband Hessen im BVDN e.V.,
Aliceplatz 7, 63065 Offenbach

Prävention

Zu dem Leserbrief „Fakten sprechen für Prävention“ von Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz in Heft 31–32/2003, der sich auf den Beitrag „Von Mythen geprägt“ von Dr. med. Eva A. Richter-Kuhlmann in Heft 23/2003 bezog:

Es geht um die Begründung

Der Umkehrschluss von Schwartz, dass es wohl kostengünstiger oder zumindest kostengleich ist, jede Krankheit (und jede vermeidbare Verschlimmerung derselben) erst nach ihrem Ausbruch (bzw. ihrer Verschlimmerung) zu behandeln, weil sich mit Prävention keine Kosten einsparen lassen, ist nicht zulässig. Es geht nicht um die Frage, Prävention oder keine Prävention, wie es sich aus der Überschrift „Fakten sprechen für Prävention“ ableiten lässt, sondern es geht um die Frage, warum Prävention und damit um die Begründung von Prävention. Immer wieder wird behauptet, Prävention

spart Kosten, und auch darum sei Prävention das Gebot der Stunde, in dieser allgemeinen Formulierung oder mit der Nennung von nicht bewiesenen und nicht belegten Zahlen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen behauptet in seinem Gutachten 2000/2001: „Theoretisch (bei nicht saldierter und nicht diskontierter Betrachtung) lassen sich rund 25 bis 30 Prozent der künftigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden.“ Diese Aussage ist wissenschaftlich nicht belegt. Der Berufsverband Deutscher Präventologen sieht sogar ein Einsparvolumen von 110 Milliarden Euro jährlich, wenn das Konzept der breiten Prävention von jedem Einzelnen angewandt würde (Die Welt vom 15. Januar 2003). Tatsächlich gibt es in keinem

Land der Welt eine wissenschaftlich begründete Abschätzung des Einsparpotenzials für das gesamte Gesundheitswesen durch Prävention. Es gibt bis heute keine Methodik, mit der ein derartiges Einsparpotenzial errechnet werden kann. Und dies allein ist die Aussage in den „Mythen der gesundheitspolitischen Diskussion: Prävention spart kein Geld“. Es ist eher gefährlich, Prävention mit der durch Prävention erzielten Kosteneinsparung zu begründen. Ein saldierter ökonomischer Nutzen wäre nicht nachzuweisen.

Anonym

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften, auch keine Briefe mit fingierten Adressen. Alle Leserbriefe werden vielmehr mit vollem Namen und voller Anschrift gebracht. Nur in besonderen Fällen können Briefe ohne Namensnennung publiziert werden – aber nur dann, wenn intern bekannt ist, wer geschrieben hat. DÄ

Prävention ist ein Wert an sich. Prävention kann

- Todesfälle vermeiden (Beispiel aktive Schutzimpfung),
- eine frühzeitige und damit oft rechtzeitige Behandlung ermöglichen (Beispiel Früherkennung),
- die Lebensqualität verbessern,
- eine Frühverrentung verhindern,
- das Leben verlängern.

Dies ist die Begründung für Prävention, dies sind die Auswirkungen von Prävention. Vielleicht spart Prävention auch Kosten – bewiesen ist es nicht. Die Kosteneinsparung

durch Prävention ist jedoch ein eher nachrangiges Argument für Prävention.

Prof. Dr. med. Fritz Beske, MPH, Fritz Beske Institut für Gesundheits-Systemforschung Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel

Gesundheitsreform

Zu dem „Seite eins“-Beitrag „Durchbruch erzielt“ von Samir Rabbata in Heft 30/2003:

Mir schwant nichts Gutes

Mir schwant nichts Gutes, wenn ich lese „zudem sei bei Arztbesuchen eine Gebühr von 10 Euro pro Quartal zu entrichten“. Ich kann keiner Quelle entnehmen, ob diese Gebühr auch von den institutionalisierten Notfallbehandlungszentren der Krankenhäuser kassiert werden sollte. Sollte das nicht der Fall sein, bei der Sachkunde der Schöp-

fer dieser Reform wäre das nicht weiter verwunderlich, sage ich Ihnen voraus, dass unsere Notfallstationen aus allen Nähten platzen, was sie ohnehin schon tun, weil die Präsenz der niedergelassenen Ärzteschaft über Mittag, am frei zu wählenden Dies academicus, vor und vor allen Dingen nach Feiertagen, die in der Woche liegen, ebenso zu wünschen übrig lässt wie von Freitag Mittag bis Montag früh, von den Kurzurlauben um die christlichen Feste einmal ganz zu schweigen. Die Einschränkung der freien Arztwahl bei Zahlung einer Besuchsgebühr von 10 Euro – ich habe noch nie jemanden besucht, dem ich dafür auch noch Geld geben musste – zeigt die abgrundtiefe Verachtung, die die Medizinalbürokratie jeder Couleur dem so genannten mündigen Bürger entgegenbringt.

Dr. U. Steenblock,
Kreiskrankenhaus, Meisenhartweg 14,
79713 Bad Säckingen

Morbus Parkinson

Zu dem Medizinreport „Den Verlust dopaminergener Neuronen sichtbar machen“ von Siegfried Hoc in Heft 31–32/2003:

Anmerkung

Nicht die präsynaptisch gelegenen Dopaminrezeptoren transportieren das Dopamin durch den synaptischen Spalt, sondern die membranständigen Dopamintransporter sorgen auf präsynaptischer Seite für die Wiederaufnahme des Dopamins.

Zudem ist anzumerken, dass eine Iod-Überempfindlichkeit keine Kontraindikation zur [123I]-markierten Radiotracer-SPECT darstellt. Der Radioligand [123I]FP-CIT markiert diese Wiederaufnahmestellen, deren Dichte ein Maß für die Integrität nigrostriataler Neurone, die bei der Parkinson-Erkrankung zugrunde gehen, ist.

Bert Umland-Seidler,
PM-Nuklearmedizin, Fraunhoferstraße 7,
85737 Ismaning

Neueingänge

Medizin/Naturwissenschaft

Gabriele Pitschel-Walz, Josef Bäuml, Werner Kissling: Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2003, XII, 236 Seiten, kartoniert, 39,95 €

Hans-Jürgen Tietz, Horst Ulbricht: Sport und Mykosen. Pilzkrankungen bei Sportlern. Schlütersche GmbH & Co. KG, Verlag und Druckerei, Hannover, 2003, 156 Seiten, 21,3 × 28 cm, 102 farbige Abbildungen, Hardcover, 49,90 €

Peter Reimer, Paul M. Parizel, Falco-A. Stichnoth (Hrsg.): Klinische MR-Bildgebung. Eine praktische Anleitung. 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2003, XVI, 632 Seiten, 494 Abbildungen, 139 Tabellen, gebunden, 99,95 €

Magdalene Brons: Handbuch Schmerz. Schmerztherapie für die tägliche Praxis. Verlag MediMedia, Neu-Isenburg, 2003, 752 Seiten, kartoniert, Informationen beim Herausgeber: MediMedia, Medizinische Medien Informations GmbH, Am Forsthaus Gravenbruch 5–7, 63263 Neu-Isenburg

Vera Regitz-Zagrosek, Thomas Unger (Hg.): Angiotensin-Rezeptorantagonisten. Therapeutischer Einsatz bei Hypertonie und Herzinsuffizienz. UNI-MED Science, UNI-MED Verlag, Bremen, 120 Seiten, 61 Abbildungen, 44,80 €

Günter Schiepek (Hrsg.): Neuropsychobiologie der Psychotherapie. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2003, XX, 522 Seiten, 173 Abbildungen, 15 Tabellen, gebunden, 99 €

J.-Matthias Löhr, Volker Heineemann, Helmut Friess (Hrsg.): Pankreaskarzinom. Aktuelle Diagnostik und Therapie. UNI-MED Science, UNI-MED Verlag, Bremen, 2003, 168 Seiten, 61 Abbildungen, Hardcover, 44,80 €

Jürgen Freyschmidt, Michael Galanski (Hrsg.): Handbuch diagnostische Radiologie. Thorax. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2003, XVI, 804 Seiten, 629 Abbildungen in 1193 Einzeldarstellungen, gebunden, 199 €

Tumorzentrum München (Hrsg.): Manual Kopf-Hals-Malignome. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 3. Auflage. W. Zuckschwerdt Verlag, München u. a., 2003, X, 287 Seiten, kartoniert, 38,50 €

Axel Hinrich Murken: Lehrbuch der Medizinischen Terminologie. Grundlagen der ärztlichen Fachsprache, 4., überarbeitete Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 2003, 212 Seiten, 13 Abbildungen, 23,50 €