

SPRACHLICHES

Im Leserbrief in Heft 13 v. 26. 3. 1987 von Dr. med. Adam Kolb, hat der Druckfehlerteufel zugeschlagen:

Logik

In der zweitletzten Zeile meines Beitrages wurde der Begriff „Logistik“ anstatt Logik verwendet. Es geht aber hier eindeutig um Logik. Die Logik verbietet es nämlich, Kartoffeln mit Rüben zu vergleichen, wie es der kritisierte Kollege tut. Damit man nicht auch bei mir „flatus cerebrialis“ vermutet, bitte ich um Korrektur.

Dr. med. Adam Kolb,
Sachsenweg 3, 7910 Neu-Ulm

NUN KURT MAL SCHÖN?

Zum Beitrag Helmut Piechowiak und Ulrich Kanzow in Heft 11/1987:

Bestätigung

Ich selbst war 1985/1986 als Prüfarzt für die medizinischen Rehabilitationsanträge tätig und kann den Eindruck von Piechowiak über die Antragsbearbeitung im Reha-Verfahren nur bestätigen. Bei der LVA Württemberg, meinem damaligen Arbeitgeber, wurden die Anträge zu einem großen Teil nicht durch Ärzte, sondern durch Schreibkräfte dahingehend überprüft, ob eine Reha-Maßnahme erforderlich und erfolversprechend wäre.

Auch sollten die Kursergebnisse der einzelnen Kurkliniken dringend wissenschaftlich überprüft werden. So berichten mir drei von vier Patienten, die in einer LVA-Kurklinik in Bad Soden wegen Bronchitis behandelt worden waren, daß ihr Zustand nach der Kur schlechter war als vorher.

Eine Kurverschickung wegen Bagatelleiden ist zu teuer. Zum Teil werden sogar Gesunde verschickt. So z. B. eine junge Dame, Bedienung in einem Nachtlokal, 18 Jahre alt, normalgewichtig, Rau-

cherin, zum Abnehmen (!) 1982 in eine Kurklinik im Schwarzwald. Oder ein Patient, der wegen bestimmter rheumatischer Beschwerden sich zum 13. Mal um eine Kur in Bad Kissingen bewarb und 1985 erstmalig abgelehnt wurde. Mit Feiereis (Ärztliche Praxis, 15. Februar 1986) bin ich der Meinung, daß nicht indizierte Reha-Maßnahmen sogar eine Berentung fördern können.

Vielfach werden Reha-Maßnahmen nicht aus medizinischen, sondern aus juristischen oder verwaltungstechnischen Gründen bewilligt. Der Prüfarzt darf dann nur noch seinen Stempel wegen angeblicher medizinischer Erfordernis der Maßnahme unter die Entscheidung setzen, auch wenn es gegen sein Gewissen geht.

So ist es kaum möglich, einem Antragsteller seine Maßnahme aus medizinischen Gründen abzulehnen, wenn der letzte Antrag unter Hinweis auf den einzuhaltenen Dreijahreszeitraum zwischen den Reha-Maßnahmen abgelehnt worden ist und der Antragsteller kurfähig ist und seine letzte Maßnahme jetzt mehr als drei Jahre zurückliegt.

Es ist Aufgabe des Parlaments, die Exekutive auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften (bes. der Bewilligung von Reha-Maßnahmen bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) zu überprüfen und bei Mißständen einzuschreiten. Daß dieses nicht geschieht, hat am ehesten ökonomische Hintergründe, wie Prof. Kanzow zu Recht behauptet. Angesichts der erheblichen Summen, um die es hier geht, nämlich jährlich mindestens 1,5 Milliarden DM, sollte sich die Ärzteschaft zur Wehr setzen, zumal wir Ärzte – vielfach auch zu Recht – von den Kassen zu einem wirtschaftlichen Umgehen mit den uns durch die Kassen anvertrauten Mitteln angehalten werden.

Dr. med. Klaus Weiers,
Lungenarzt, Gottfried-Keller-Straße 1, 7250 Leonberg

Bestandteil

Als Vertreter einer der wenigen noch existierenden Lehrstühle für Balneologie (in Verbindung mit einem Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Rheumatologie) muß ich eines feststellen: Um eine echte „kontroverse Diskussion“ des Themas Kurortmedizin handelte es sich sicher nicht, und darüber bin ich unglücklich und auch betroffen. Der Aktualität und „Brenzlichkeit“ des Themas bin ich mir bewußt; gerade aus diesem Grunde wäre es unserem Standesorgan aber angemessen gewesen, wirklich einmal das echte Für und Wider der aus meiner Sicht nach wie vor unentbehrlichen Kurortmedizin darzustellen und zu einer redaktionellen Analyse zu kommen.

Scharfe Stellungnahmen, auch Polemik halte ich für legitim; sie sind sicher die Würze jeder Presse. Es sollte

Wollen Sie einen
Leserbrief schreiben?

Leserbriefe sind uns immer willkommen; sie werden von Autoren und Redaktion sehr beachtet. Das gilt für kurze und lange Briefe. Die **Veröffentlichungsmöglichkeiten** freilich sind beschränkt. Die Chance, ins Heft zu kommen, ist um so größer, je kürzer der Brief ist. Die Redaktion muß sich zudem eine – selbstverständlich sinnwährende – Kürzung vorbehalten. **DA**

dann aber in gleichberechtigter Rede und Gegenrede eine wirklich fruchtbare Diskussion entfacht werden. Man kann mit einem solchen traditionellen und für mich nach wie vor essentiellen Bestandteil unserer medizinischen Versorgung so nicht umgehen. Ohne die kurörtlichen

Möglichkeiten wäre insbesondere die Versorgung der Rheumakranken mit physikalischer Medizin eine Katastrophe, weil eine solche Therapie wohnortnah gar nicht anzubieten ist. Das Thema ist wirklich einfach zu wichtig, um nur zu einer Art von Streitgespräch degradiert zu werden.

Professor Dr. med. K. L. Schmidt, Klinik für Physikalische Medizin, Balneologie und Rheumatologie, Ludwigstraße 37–39, 6350 Bad Nauheim

Geringer
Nutzensgewinn

Aus eigener Erfahrung erfüllen nur etwa 40 Prozent der genehmigten Kuren die Voraussetzungen des § 1236, Abs. 1 RVO. Ob sich nach Abschluß der Kur die Erwerbsfähigkeit gebessert oder normalisiert hat, kann man im Gegensatz zu den Angaben mancher Kliniken auch auf längere Sicht nicht definitiv beantworten. Ein Kurserfolg hängt nicht allein vom therapeutischen Aufwand der Reha-Klinik ab, sondern mehr vom Betreuungsmodus, der psychischen Führung und schließlich ob die Kur-Compliance zufriedenstellend akzeptiert wird. Eine beträchtliche Anzahl der Kurpatienten betrachten die therapeutischen Leistungsangebote nur als unvermeidbare Begleitumstände, die nach der Unterbringung und Verpflegung einen drittklassigen Stellenwert haben. Das Bestreben hier einen zusätzlichen Urlaub beziehungsweise kostenlosen Tapetenwechsel verordnet zu bekommen, ist die wirkliche Motivation.

Wenn die Rentenversicherungsträger 1985 mehr als drei Milliarden DM für Kuren aufgebracht haben, wurden zumindest eine Milliarde DM ohne einen nennenswerten Effekt zum Schornstein heraus geblasen. Manche Reha-Kliniken entwickeln einen auffälligen Betätigungsehr-

Bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen



Sicherheit
durch
Qualität

BuflorHexal®

Buflomedil-hydrochlorid

	BuflorHexal® 150		BuflorHexal® 300		BuflorHexal® Amp.
20 Tbl. (N1)	DM 12,95	20 Tbl. (N1)	DM 22,70	5 Ampullen	
50 Tbl. (N2)	DM 26,70	50 Tbl. (N2)	DM 53,30	zu 5 ml (50 mg)	DM 6,40
100 Tbl. (N3)	DM 49,90	100 Tbl. (N3)	DM 90,90		

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält Buflomedilhydrochlorid 150 mg bzw. 300 mg. 1 ml Injektionslösung enthält Buflomedilhydrochlorid 10 mg. **Anwendungsgebiete:** Periphere arterielle Durchblutungsstörungen (intermittierendes Hinken). **Gegenanzeigen:** Unmittelbar nach der Geburt und bei schweren arteriellen Blutungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern. **Nebenwirk:** Vereinzelt Kopfschmerzen, Blutdruckabfall mit Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Juckreiz und flüchtige Hauterscheinungen (Exantheme, Hautrötungen). **Dosierung:** BuflorHexal® 150: 3-4 mal tagl.; 1 Filmtablette. BuflorHexal® 300: 2 mal tagl.; 1 Filmtablette. BuflorHexal® injekt.: tagl. 2-4 Ampullen. Weitere Angaben s. wissenschaftl. Broschüre Hexal®-Pharma GmbH & Co. KG, 8180 Tegernsee.

geiz, der in Wirklichkeit nur einen arbeitsplatzerhaltenen Selbstzweck beinhaltet.

Als 1982/83 auf höheren Befehl die Reha-Genehmigungen reduziert wurden, ist ein drastisches Ansteigen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten prophezeit worden. Diese Kassandarufe erwiesen sich jedoch nur als Insolvenzbefürchtungen der Kurkliniken und Kurorte.

Heutzutage werden Reha-Anträge wieder großzügig bearbeitet. Bei einer nüchternen Cost-Benefit-Analyse mancher Reha-Kuren ergibt sich trotz des kostenträchtigen Aufwands ein relativ geringer Nutzengewinn, auch bei zusätzlicher Berücksichtigung eines positiven Wahrscheinlichkeitsfaktors.

Dr. med. Herbert Finke, Meißnerstraße 9, 3501 Fulda 1

PRIVATKLINIK

Zur Nachricht „Sana Hürth: Auslastung um die Hälfte gesteigert“, in Heft 1/2/1987:

Trägerischer Indikator

Der Blick auf Belegungszahlen allein gestattet noch keine Aussage über tatsächliche Leistungsfähigkeit und Akzeptanz eines Krankenhauses und wird hier als trägerischer Indikator herangezogen. Die aufgrund der Spannung zwischen privatwirtschaftlichen Interessen und öffentlicher Leistungsbeurteilung sehr enge Budgetierung geht zu Lasten der Leistungsfähigkeit und hat personelle und materielle Engpässe bis an die Grenze des Verantwortbaren zur Folge. Diese Lücken sind dem

Träger sowie der Öffentlichkeit bekannt und müssen mittelfristig jeden Belegungsoptimismus dämpfen.

Dienstleistungen am Menschen und die daraus erwachsende Verantwortung lassen sich nicht ausschließlich nach einer Kosten-Nutzen-Rechnung verwalten, will man sich nicht dem Vorwurf aussetzen, das Vertrauen einer geblendeten Öffentlichkeit auszunutzen. Die gerade auch von Sana erhobenen Leitmotive „Humanität und Patientennähe“ erfordern ein Minimum an Bereitschaft, sich vom Schicksal der in unfreiwilligen Vertrauen Ausgelieferten betreffen zu lassen.

Der Arzt, in zweiseitiger Verpflichtung als möglicher Vermittler dieser Betroffenheit, wird als unbequemer Schwachpunkt des Systems noch geduldet und verdankt

es wohl eher dem Fehlen technischer Möglichkeiten, daß er noch nicht, zeitgemäß und kostendämpfend, wegrationalisiert wird.

Martin Fendel, Assistenzarzt am Sana-Krankenhaus, Hürth GmbH, Mommsenstraße 15, 5000 Köln 41

Anonym

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften. Sollte in einem besonderen Fall eine Zuschrift anonymisiert werden müssen, dann kommt die Redaktion einer entsprechenden Bitte nach – aber nur dann, wenn Sie intern weiß, wer geschrieben hat. DÄ