

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Zu der Berichterstattung über Tagesordnungspunkt III des 95. Deutschen Ärztetages: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, im Heft 22/1992:

Nicht erwähnt

Bei der sehr detaillierten Darstellung der Beschlüsse des Tagesordnungspunktes III ist leider der Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer „Die Bedeutung der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung“ nicht erwähnt worden.

Dies ist deshalb um so bedauerlicher, da sich dieser Entschließungsantrag auf einen vom 94. Deutschen Ärztetag 1991 geforderten Bericht stützt (der Text kann bei der Bundesärztekammer angefordert werden; die Red.).

PD Dr. Dr. med. Günter Ollenschläger, Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Straße 1, W-5000 Köln 41

BERATUNGSSTELLE

Zu der Nachricht „Beratungsstelle zur Anwendung von Arzneimitteln“ in Heft 19/1992:

Potential nutzen!

Beratungsstellen zur Anwendung von Arzneimitteln sind in den neuen Bundesländern zweifellos wichtig, da das gegenwärtige Angebot alle rationalen Grenzen sprengt und die Patienten unter Umständen ernsthaft gefährdet sind. Ob allerdings Neugründungen solcher Konsultationszentren notwendig sind, bezweifle ich.

Bekanntlich existieren auf dem Gebiet der ehemaligen DDR an allen Medizinischen Fakultäten und Medizinischen Akademien leistungsfähige Institute oder Abteilungen für Klinische Pharmakologie, zu deren spezifischen Aufgaben im Rahmen der ambulanten oder stationären Patientenbetreuung der Wissenstransfer zu den behandelnden Ärzten gehört, ent-

weder in Form von Fortbildungsveranstaltungen oder im Rahmen eines KonsiliarDienstes. Jeder Klinische Pharmakologe ist kompetent und verpflichtet, Auskünfte zur Anwendung von Arzneimitteln zu geben – keineswegs nur begrenzt auf Schwangerschaft und Stillperiode. Das betrifft Probleme der Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln und Arzneimitteln mit Nikotin oder Alkohol ebenso wie Dosisierungsempfehlungen bei Risikopatienten (Leber-, Nieren-, Herzinsuffizienz usw.) und viele andere Aspekte der Arzneimittelanwendung (zum Beispiel Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit).

Es wäre sicher effektiver und insgesamt wirtschaftlicher, die bestehenden Institute für Klinische Pharmakologie entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates (1990, 1991) und der Hochschulrektorenkonferenz (1991) adäquat auszustatten und deren Potential zu nutzen. Nicht selten münden solche Beratungen auch in die Empfehlung eines Therapeutischen Drug-Monitoring (Therapieservice). Dann sind die Institute sowieso gefordert.

Prof. Dr. med. Frank P. Meyer, Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Akademie Magdeburg, Leipziger Straße 44, O-3090 Magdeburg

JAHRESGUTACHTEN

Zu dem Beitrag „Sachverständigenrat in alten Denkbahnen – Jahresgutachten 1992“ von Sebastian Rose in Heft 18/1992:

Selbst nachdenken

Frau Gerda Hasselfeldt hatte Ende Oktober 1991 den Mut, den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu bitten, mit einem Sondergutachten auf drei präzise Fragen zu antworten. Dabei ging es um die Ausgabenentwicklung, ihre aktuellen Ursachen und um die Vereinbarkeit

von beidem mit dem politischen Ziel der Beitragssatzstabilität. Die Fragen waren berechtigt und zeitgemäß, und es war höchste Zeit, sie zu stellen. Weder von Seiten der Regierung, noch von Seiten der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen war das bisher gefragt worden. Vermutlich wollte niemand eine Antwort lesen, die nicht in die Vorstellungen paßte, die der Gesetzgeber mit dem GRG vom 1. Januar 1989 verbindet.

Die Vorarbeiten für das Jahresgutachten 1992, das sich in seinem Teil A mit den Fortschreibungen aus den Jahren 1990 und 1991 in den verschiedenen Leistungsbe- reichen befaßt, waren Ende Oktober 1991, als das Sondergutachten in Angriff genommen wurde, fast abgeschlossen. Die Empfehlungen, die für die einzelnen Leistungsbe- reiche gegeben werden, orientieren sich am Stand der Umsetzung gesetzlicher Vor- gaben unter Abwägung medi- zinischer und ökonomischer Konsequenzen.

Zahlreiche Empfehlungen weisen in die Richtung von mehr Beteiligung der Patien- ten an der Wertung des Lei- stungsgeschehens und plädieren für mehr Konzentration auf das Notwendige durch Mitwirkung der Patienten über sozial zumutbare Zuzah- lungen, zum Beispiel im Ver- ordnungsbereich.

Seine Empfehlungen für die Umsetzung der Richtgrö- ßen in ein Fortbildungs- und Qualitätssicherungssystem begleitet der SVR ausdrück- lich mit dem Verweis in TZ 139 auf die Ausführungen im Sondergutachten Ziff. 70 bis 112. Damit das nicht überse- hen wird, unterstreicht ein Ratsmitglied diesen Sachbe- zug noch durch ein deutliches Sondervotum.

Das Jahresgutachten 1992 setzt die Bestrebungen des SVR fort, durch seine Emp- fehlungen einen Prozeß zu fördern, der in eine Evolution zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten, auch durch vertretbare Zuzahlungen,

flankierend zur Verantwor- tung der Leistungserbringer für wirtschaftliches Handeln und für Qualität einmündet. Wer Zensuren erteilen will, sollte sorgfältig lesen und auch selbst nachdenken!

Prof. Dr. med. E. E. Wein- hold, Dorfstraße 140, W-2859 Nordholz

KRANKENHAUSREFORM

Zu dem Beitrag „Gesetzliche Krankenversicherung: Mutige Schritte statt Flickschusterei“ in Heft 17/1992:

Ammenmärchen

Ammenmärchen sind of- fensichtlich nicht auszurot- ten. Kann man in der ein- schlägigen Literatur und so- gar im Deutschen Ärzteblatt nachlesen: In der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland liegen die Kosten für das Krankenhauswesen im Ver- gleich zu den Gesamtausga- ben im Gesundheitswesen bei zirka 33 Prozent. Das mag re- lativ hoch erscheinen, dann, wenn man nicht über den Tel- lerrand hinausblickt. In den USA, den skandinavischen Ländern und Westeuropa liegt der Kostenanteil für Krankenhäuser weitaus hö- her, bis über 50 Prozent. Seit Jahren lag die Bundesrepu- blik in dem Kostenanteil für Krankenhäuser in den westli- chen Ländern an zweitletzter Stelle. Bis vor etwa zwei Jah- ren (ich hoffe, ich erinnere mich genau) lag nur noch Bel- gien hinter uns. Nunmehr ist es Portugal.

Das Ammenmärchen von den hohen Krankenhausko- sten in der BRD sollte nun endlich einmal unter der Ka- tegorie „Historie“ abgehftet werden.

Ehrlicher und damit der Diskussion dienlicher finde ich es, einmal zu publizieren, wie die personelle Besetzung in mit der ehemaligen BRD vergleichbaren Ländern in Krankenhäusern ist.

Dr. K. Haedke, Ärztlicher Direktor, Psychiatrisches Krankenhaus Herborn, Au- straße 40, W-6348 Herborn▷