

REHABILITATION



Der Bedarf an stationärer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist hoch (DÄ 38/2011: „Stationäre Rehabilitation für Kinder: Erfolgskonzept unter Druck“ von Johannes Oepen).

Nicht nur für politische Sonntagsreden

Es ist keinesfalls Zufall, dass die Kinder- und Jugendreha auch bei der Deutschen Rentenversicherung eine besorgniserregende Entwicklung genommen hat beziehungsweise immer noch nimmt, obwohl die Bedarfssituation völlig unstrittig ist.

Wir müssen aufgrund der aktuellen Gesetzeslage mit einem vorgegebenen Rehabudget auskommen, das kaum noch ausreicht, um unsere Pflichtaufgaben zu erfüllen. Wen wundert's, dass dann bei sogenannten freiwilligen Aufgaben – und dazu zählt die Kinderreha – zurückhaltend zur Antragstellung motiviert und entsprechend restriktiv bewilligt wird? Ein Phänomen, das offensichtlich gleichermaßen Verwaltungsbeamte wie Sozialmediziner infiziert. Leicht gemacht wird diese Zurückhaltung durch die im Gesetz verankerte Doppelzuständigkeit sowohl der Renten- als auch der Krankenversicherung. Wenn ich nicht bewillige, wird's schon die Kasse tun – eine verführerische Ausrede, die im Ergebnis nicht selten rehabedürftigen Kindern und Jugendlichen eine notwendige Rehamassnahme zum frühest möglichen Zeitpunkt vorenthält.

Wer immer noch ein schlechtes Gewissen hat, kann sich auch noch dadurch trösten, dass im Falle eines Widerspruchs ja bekanntermaßen recht unbürokratisch die Bewilligung nachgeholt wird. Damit ich keinesfalls missverstanden werde, ich habe durchaus ein gewisses Verständnis für dieses Verwaltungs-„handeln“ der Entscheiderinnen und Entscheider. Zu oft wurde ich als verantwortlicher Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung

Baden-Württemberg wegen permanenter Nichteinhaltung des Rehabudgets mehr oder weniger deutlich in- und extern gerügt, wobei gelegentlich sogar von „vorsätzlich beziehungsweise – zumindest – rechtswidrig“ die Rede war . . . Wenn – wie seit geraumer Zeit – die klamme Krankenversicherung derartige Zukunftsinvestitionen ab- und der Rentenversicherung aufs Auge drückt, ist eine klare Ansage des Gesetzgebers gefordert. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten: Die komplette Zuständigkeit für die Kinder und Jugendlichen wird der – mit Verlaub – insoweit ohnehin kompetenteren Rentenversicherung expressiv verbis übertragen, mit entsprechender Budgetaufstockung versteht sich. Die einfachere Variante ist die, „nur“ das Rehabudget der Deutschen Rentenversicherung deutlich zu erhöhen und bei der Gelegenheit uns „Verwaltungsbeamten und Sozialmediziner“ deutlich zu signalisieren, dass Prävention und Reha nicht nur für politische Sonntagsreden taugen, sondern richtig gewollt sind.

Hubert Seiter, Erster Direktor, Vorsitzender der Geschäftsführung, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, 70437 Stuttgart

NIERENLEBENDSPENDE



Circa ein Drittel der Nierenpatienten, die auf ein neues Organ warten, haben präformierte Antikörper gegen HLA-Merkmale (DÄ 40/2011:

„Nierenlebendspende bei HLA-Antikörpern des Empfängers: Transplantation nach Desensibilisierung erfolgreich“ von Nicola Siegmund-Schultze).

Zahlen in Deutschland viel besser

. . . Zum Glück hat Herr Prof. Zeier schon auf einige Schwachstellen der Montgomery-Studie hingewiesen. Ein weiteres Problem des Artikels ist die Unklarheit bezüglich der Follow-up-Qualität. Das Bemerkenswerte an dem Artikel ist aber das schlechte Ein-Jahres-Patientenüberleben von den „desensibilisierten“ Patienten, fast zehn Prozent der

Patienten waren im ersten Jahr nach Transplantation in einem der renommiertesten Transplantationszentren in den USA gestorben! Nur bedingt durch die Tatsache, dass das Überleben der Dialysepatienten in den USA noch viel katastrophaler war, konnte eine angeblich „positive“ Nachricht publiziert werden. Zum Glück sind die Zahlen in Deutschland viel, viel besser: So sterben bei uns an der Charité „nur“ drei bis sechs Prozent einer derartigen Dialysepopulation pro Jahr und nach fünf (!) Jahren leben bei uns an der Charité noch ca. 90 Prozent der Transplantatempfänger mit ähnlichen demografischen Daten.

Nicht nur die klar bessere Dialysequalität in Deutschland verbietet derartige „Desensibilisierungsprogramme“, sondern auch das deutlich bessere Allokationssystem im Eurotransplantraum (wie das von Prof. Zeier zu Recht erwähnte „acceptable mismatch program“) führt in Deutschland zu wesentlich besseren Ergebnissen, so dass der Blick in die USA und ins NEJM uns eher auf die Schwächen des amerikanischen Gesundheitssystems hinweist und uns davor bewahren sollte, derartige Programme in Europa zu implementieren.

Prof. Dr. Klemens Budde, Charité –
Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

PSYCHOTHERAPEUTEN



Diplompsychologen und -pädagogen in der Ausbildung zum Psychotherapeuten demonstrieren für eine angemessene Vergütung (DÄ 38/

2011: „Psychotherapeuten in Ausbildung: Eine gesetzliche Grauzone“ von Petra Bühring).

Verwundert

Mit einiger Verwunderung habe ich Ihren Beitrag über die desolate Vergütungssituation von Diplom-Psycholog(inn)en gelesen, welche im Falle einer Zusatzausbildung zum approbierten Psychologischen Psychotherapeuten von manchen Kliniken offenbar schamlos ausgenutzt werden.

In der von mir geleiteten Rehabilitationsklinik gelten diplomierte Psychologen als akademische Fachkräfte, und zwar unabhängig davon, ob sie eine Approbation zur Psycho-

therapie zusätzlich aufweisen oder nicht. Es sollte berücksichtigt werden, dass ein Diplom-Psychologe auf ordnungsgemäße Weise sein Universitätsstudium hinter sich gebracht, dieses mit einer Diplom-Arbeit abgeschlossen und auch alle für sein Studium vorgeschriebenen Prüfungen erfolgreich abgelegt hat. Dies sollte sich auch in der Vergütung eines solchen Mitarbeiters widerspiegeln.

Erschreckend erscheint die Ignoranz des Petitionsausschusses im Deutschen Bundestag, wenn dieser in 2006 allen Ernstes eine angemessene Vergütung solcher Fachkräfte nicht unterstützt hat, und zwar mit der irrigen Unterstellung, das Psychiatrie-Jahr sei am ehesten mit dem praktischen Jahr oder mit Famulaturen vergleichbar, keinesfalls aber mit der fachärztlichen Weiterbildung. Hier hat der Petitionsausschuss unzweifelhaft übersehen, dass Famulaturen von Medizinstudenten in den niedrigen bis mittleren Semestern absolviert werden und es sich beim Student im praktischen Jahr, wie die Bezeichnung bereits erkennen lässt, um einen Studenten im elften oder zwölften Fachsemester handelt. Im Unterschied zum diplomierten Psychologen hat ein solcher Student eben noch nicht sein Hochschulstudium erfolgreich beendet und auch seine Examina noch nicht vollständig abgelegt.

Vor diesem Hintergrund spricht es für einen bedauernswerten Zynismus, wenn ein Diplom-Psychologe mit absolviertem universitärem Abschluss einem Studenten im unteren, mittleren oder höheren Semester gleichgestellt wird . . . Unverständlich erscheint auch, wenn das zuständige Ministerium diese unbefriedigende Situation nicht durch eine Gesetzesänderung zu beseitigen plant, da angeblich zu viele andere Gesetzesvorhaben die hierfür erforderlichen Kapazitäten binden. Durch diese politische Passivität wird der ohnehin zu beobachtenden sukzessiven Abwertung qualifizierter akademischer Berufe mit hieraus resultierenden Abwanderungen Vorschub geleistet . . .

Prof. Dr. med. Jörg Piper, Chefarzt der Inneren Medizin, Meduna-Klinik, 56864 Bad Bertrich

RANDNOTIZ



Seit 1906 wurde in der Schweiz das B-stufenweise durch Doppel-s ersetzt, seit 2006 ist es auch aus dem amtlichen Schriftverkehr

verschwunden (DÄ 40/2011: „Der Verlust des Eszet“ von Nicola Siegmund-Schultze).

Irritiert

Als ich die Randnotiz las, war ich irritiert, weil die Schreibweise des Buchstabennamens „ß“ mit „Eszet“ angegeben wurde (durchgängig in Überschrift und Text). Nach meiner Kenntnis heißt der Buchstabe „ß“ im Deutschen „Eszett“ (siehe Duden – Die deutsche Rechtschreibung).

Vielleicht kommt die Autorin (und/oder die Korrektorin) aus dem Süden Deutschlands, in dem (auch in der Schule) der Buchstabe „ß“ regelmäßig mit „Scharfes S“ bezeichnet wird. Sogar Akademiker in Baden-Württemberg und Bayern, mit denen ich sprach, hatten den Ausdruck „Eszett“ noch nie gehört. Insofern könnte „Eszet“ schon ein Fortschritt [sic!] sein.

Dr. Gerhard Lorenz, 76287 Rheinstetten

ANONYM

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