

Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns zudem Kürzungen vorbehalten. Die Chance zur Veröffentlichung ist umso größer, je kürzer der Brief ist. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an leserbriefe@aerzteblatt.de, Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

PALLIATIVMEDIZIN



Nicht onkologische Erkrankungen spielen in der Palliativmedizin bisher eine untergeordnete Rolle (DÄ 42/2007: „Finale Betreuung nicht nur für Krebspatienten“ von Dr. med. Claudia Bausewein MSc).

Zustimmung

Frau Kollegin Bausewein ist voll und ganz zuzustimmen: Die deutsche Palliativmedizin hat sich schon viel zu lange allein auf Menschen mit Krebs konzentriert. Tatsächlich machen ja onkologische Erkrankungen nur rund ein Viertel aller Todesfälle in der Bundesrepublik aus. Für die Mehrheit der sterbenskranken Menschen in Deutschland fehlt also ein palliativmedizinisches Angebot weitgehend, obgleich auch sie deutlich davon profitieren könnten. Das liegt unter anderem auch daran, dass sich die Lebensprognose von Menschen mit nicht onkologischen Erkrankungen (NOE) in weit fortgeschrittenem Stadium auch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten – anders als bei onkologischen Erkrankungen – meist nicht intuitiv erschließt. Angaben zur Prognose sind aber bei vielen Palliativangeboten Voraussetzung für die Aufnahme in diesen Dienst. Bei NOE mit ihren diskontinuierlichen Verläufen sind solche prognostischen Aussagen zur verbleibenden Lebenszeit weit schwieriger – oder waren es wenigstens bislang. Schon Ende der Neunzigerjahre hat eine Expertengruppe der nordamerikanischen Hospiz- und Palliativ-Gesellschaft (National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO) zusammen

mit den dortigen Krankenkassen sehr aussagekräftige Prognosemarker erarbeitet. Sie ermöglichen es, aus relativ wenigen klinischen Daten zu recht verlässlichen Aussagen über die noch bestehende Lebenszeit bei weit fortgeschrittenen NOE zu kommen. Das erleichtert die Aufnahme solcher Patienten in den Hospiz- beziehungsweise Palliativbereich. Allerdings wurden solche Daten in einer ersten Übersicht erst in diesem Jahr auch auf Deutsch veröffentlicht (Student & Napiwotzky: Palliative Care; Thieme, Stuttgart 2007, Seite 178–184) . . .

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Christoph Student, Palliativmediziner und Psychotherapeut, Deutsches Institut für Palliative Care, St. Gallener Weg 2, 79189 Bad Krozingen

VENEZUELA



Die medizinische Versorgung in den Armenvierteln wird erstmals von einheimischen Ärzten übernommen (DÄ 36/2007: „Hilfe für den Barrio“ von Wolfram Metzger und Harald Neuber).

Wichtige Informationen

Den beiden Artikeln zu Venezuela „Hilfe für den Barrio“ und zu den USA „Millionen Kinder ohne Schutz“ habe ich wichtige Informationen auch zur Orientierung in unserer „Baustelle Gesundheitsmarkt“ entnommen. Um den ethikbasierten Sozialbezug unseres Berufs zu erhalten, ist die Beobachtung der Entwicklung in Ländern mit so unterschiedlichen Sozialordnungen aufschlussreich: Gibt es ein Menschenrecht auf Gesundheit? Passt es in eine privatisierte Ge-

sundheitswirtschaft? Dass ich solche Aspekte aus ein und derselben Ausgabe des DÄ gewinnen konnte, finde ich außerordentlich dankenswert.

Dr. med. Manfred Lotze, Hebelstraße 8, 22085 Hamburg

PATIENTENVERFÜGUNGEN



Ein Plädoyer für eine genaue und situationgerechte Formulierung des Patientenwunsches (DÄ 37/2007: „Würdevolles Lebensende“ von

Prof. Dr. med. Peter von Wichert).

Keine Suizidverfügungen

Dem Autor ist zuzustimmen, dass eine Patientenverfügung, in der es nur lapidar heißt „Ich wünsche keine intensivmedizinischen Maßnahmen“, den Arzt nicht binden kann. Allerdings beruht die Unverbindlichkeit einer solchen Verfügung auf ihrer Unbestimmtheit, aber nicht darauf, dass es sich bei ihrer Befolgung, wie der Autor behauptet, um „Beihilfe zum Suizid“ handeln würde. Wenn eine Patientenverfügung eine klare, zweifelsfrei auf die aktuell vorliegende Situation anzuwendende Behandlungsablehnung enthält (mag sie noch so unvernünftig erscheinen, wie z. B. eine Transfusionsablehnung durch Zeugen Jehovas), dann ist die Befolgung dieser Verfügung ebenso wenig als Beihilfe zum Suizid zu werten, wie die Ablehnung einer Behandlung allgemein als Suizid betrachtet werden darf. Jeder Mensch hat das Recht, eine Behandlung abzulehnen, auch wenn diese sein Leben verlängern könnte, ohne deswegen als Suizident abgestempelt

zu werden. Diese paternalistische Einstellung liegt – unausgesprochen – vielen wortreich begründeten Infragestellungen von Patientenverfügungen zugrunde.

Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio,
Lehrstuhl für Palliativmedizin,
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin,
Klinikum der Universität München – Großhadern,
81366 München

Ein Erkenntnisproblem

Der Beitrag von Professor von Wichert bedeutet hinsichtlich der sonst von ärztlicher Seite allzu schicksalhaft hingenommenen Juridifizierung der therapeutischen Situation einen Gewinn an Klarheit bezüglich der Möglichkeiten ethisch verantwortlichen Erkennens und Handelns. Ein vorher verfasstes Dokument einer Willensbekundung ist in der akuten ärztlichen therapeutischen Situation ethisch ein zwar hochrangiges, aber niemals in allen Details handlungsleitendes Erkenntniselement. Noch deutlicher betont und begründet werden sollte die Erkenntnis des natürlichen oder mutmaßlichen Willens in der akuten therapeutischen Situation durch den Therapeuten, der den entscheidenden Anknüpfungstatbestand für das weitere therapeutische Prozedere darstellt. Natürlich wäre es ärztlich und ethisch nicht zu vertreten, Patientenverfügungen etwa nicht zu beachten mit der Begründung, der Patient könnte seine Meinung möglicherweise geändert haben. Der mutmaßliche Wille ist ein Erkenntnisproblem der therapeutischen Situation. Verfahren festzulegen, wie dieser zu erkennen sei, kann nicht Aufgabe der Rechtsprechung sein. Jedoch ist es Aufgabe der medizinischen Ethik, unter Rückgriff auf ihre konsistente Theoriebildung die empirischen Erkenntnismöglichkeiten diesbezüglich klarzustellen und entsprechend entschieden zu vertreten. Es bleibt die Aufgabe der Gesellschaft und der sozialen und sozialmedizinischen Ethik und der verantwortlichen Politiker, entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen herzustellen, sodass der verantwortliche therapeutische Akteur in größtmöglicher Annäherung den mutmaßlichen Willen erkennen und unter Respektierung desselben ethisch verantwortlich und therapeu-

tisch, d. h. lebensdienlich in einem umfassenden Sinne handeln kann.

Prof. Dr. med. Hermes A. Kick,
Direktor des Instituts für medizinische Ethik (IEPG),
Lameystraße 36, 68165 Mannheim

PSYCHOTHERAPIE



Zu dem Leserbrief (DÄ 38/2007: „Psychoboom“ von Dr. med. Claus Ruda), der sich auf den Abriss über die Geschichte der ambu-

lanten psychotherapeutischen Versorgung bezog.

Skandalös

Dem Kollegen Claus Ruda ist zu danken, wieder mal auf „den Klassiker“ hingewiesen zu haben: auf die missliche Lage der GKV durch den „Psychoboom“ mit seiner ausufer-

den ambulanten Psychotherapie bei fragwürdiger Indikationslage . . . 300 000 Patienten pro Jahr und fast 20 000 Behandler(inne)n – das sind einfach zu viele. Interessant dabei der Zahlenvergleich des Kollegen, der schlüssig die Zunahme von Behandlern(inne)n seit 1941 belegt. Eine beweiskräftige Idee, die uns wieder auf verloren gegangene Grundlagen zurückführt. Das Jahr 1941 kam mit nur 241 Teilnehmenden an der psychotherapeutischen „Versorgung“ aus. Kann es uns gelingen, diesen Zustand wiederherzustellen? 1941: Die Phasen demokratischer Verweichlichung waren noch nicht mal am Horizont auszumachen. Die deutsche Jugend war gemäß Führerwunsch „zäh wie Leder, flink wie Windhunde, hart wie Kruppstahl“. Wir hatten immerhin fast ganz Europa mithilfe dieser Jugend besiegt und besetzt. Auch wurden beispielsweise deshalb viel weniger Psychiater oder

Orthopäden – von Psychotherapeuten ganz zu schweigen – gebraucht, weil behindertes, gar unarisches, sprich: „unwertes Leben“, einfach „entsorgt“ wurde. War nicht die ganze Psychoanalyse überhaupt völlig „verjudet“? . . . Bei Filbinger und anderen hieß es: „Was damals Recht war, kann heute nicht Unrecht sein.“ . . . Filbinger und andere nannte man „furchtbare Juristen“. Offenbar gibt es auch dieselbe Kategorie unter Ärzten. In diesem Sinne finde ich den ganzen scheinbar so harmlos-ratlos daherkommenden Leserbrief des Kollegen Ruda so skandalös wie hinterhältig.

Dr. med. Karl-Rüdiger Hagelberg,
Alte Rabenstraße 14, 20148 Hamburg

KARDIOLOGENKONGRESS



Das Risikoprofil der meisten Herzkranken hat sich massiv verschlechtert (DÄ 37/2007: „Europäischer Kardiologenkongress: Präven-

tion ist nicht (nur) Privatsache“ von Dr. med. Vera Zylka-Menhorn).

Der größte Risikofaktor ist das Leben selbst

„Die Bevölkerung zieht die Einnahme von Tabletten einer unbequemen Änderung des gewohnten Lebensstils vor“ (Prof. Poole-Wilson). Vielen Dank für die bahnbrechende Neuigkeit. Und dann dazu noch beste Konsequenzen: „Patienten benötigen professionelle Unterstützung, um ihren Lebensstil zu ändern und ihre Risikofaktoren wirksam zu managen“ (Prof. Wood). Wo sind wir angekommen? Vergessen, dass der größte Risikofaktor das Leben selbst ist? Planen unsere Vordenker neben dem allumfassenden

den Gesundheitsüberwachungssystem orwellischer Prägung nun gleich den nächsten Schritt einer Lebensstilzwangsänderung nach Expertensign? Wo bleibt denn die wohlbegründete Freiheit auch der Nichtexperten, das eigene Leben in Art und Dauer noch selbst leben zu dürfen? Es stünde den Experten und ihren Gremien gut an, ihre Kompetenzgrenzen zu erkennen, zu akzeptieren und den (potenziell) Kranken los- und es dann gut sein zu lassen. Udo Pollmer stellt in seinem Buch „Esst endlich normal“ eine hinterfragenswerte Antithese zu dem Diät- und Lebensstilfetischismus auf. Das Bemerkenswerte: Er hat reichlich seriöse Quellen auf seiner Seite; pikanterweise gehen die Ergebnisse der zur Diskussion stehenden Studie EUROASPIRE in diese Richtung; und auch der Reflex, erneute Grenzwerte zu senken: wenn schon (wie altbekannt) kein Erfolg im Körpergewicht, dann wenigstens mehr Medikamentenumsatz . . .

Dr. Alexander Ulbrich, Birkheckenstraße 1,
70599 Stuttgart

Kuren helfen

Dem Titel des Artikels „Prävention ist nicht (nur) Privatsache“ möchte ich meine volle Zustimmung geben, weil nur durch eine gesunde Lebensweise der arteriellen Hypertonie ernsthaft Einhalt geboten werden kann. Das zeigt auch eine Reihe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen der letzten Zeit. Nach meiner dreijährigen Erfahrung im Kurzentrum Natur-Med in Davutlar (Westtürkei) kann ich bestätigen, dass der Blutdruck bei Hypertonikern nicht medikamentös dauerhaft gesenkt werden kann, wenn die Lebensweise verändert und ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt wird. Dies erreichen wir

mit dem Programm der dreiwöchigen Asklepioskuren, welches Berg- und Strandwanderungen, Thermalbäder, Wassergymnastik, psychische Relaxation, Atemrhythmusgymnastik, Hydrokolontherapie, Reduktionskost und vorwiegend fleisch- und fettarme Ernährung sowie tägliche Gesundheitsseminare zum Inhalt hat. Diese Gesundheitsseminare erweisen sich als besonders wertvoll und effektiv bei der Herausbildung einer neuen Einstellung zum Leben und zur Gesundheit. Den Ergebnissen der EUROASPIRE zufolge steigen trotz geringer Effektivität der Pharmatherapie die Verordnungen von Medikamenten erheblich an. Warum wird dann nicht weitestgehend auf die Arzneimittel verzichtet? Es könnte viel Geld gespart und den Patienten könnten unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen erspart werden. Bekannt ist, dass z. B. Betablocker Schlafstörungen verursachen, durch die die arterielle Hypertonie weiter manifestiert werden kann . . .

Prof. Dr. med. em. Karl Hecht,
Büxensteinallee 25, 12527 Berlin

LAHRER KODEX



Für den Umgang mit Patienten an deren Lebensende gibt es umstrittene Grundsätze (DÄ 40/2007 „Patientenverfügungen: Verhaltenskodex für Ärzte“ von Samir Rabbata).

Nicht überflüssig

Der „Lahrer Kodex“ ist natürlich keine überflüssige Initiative, wie die Bundesärztekammer urteilt. Was nützen denn die von der BÄK herausgegebenen „Empfehlungen zur Sterbebegleitung und zum Umgang mit Patientenverfügungen in der ärztlichen Praxis“, wenn sie eine theoretische, weil von kaum einem Arzt zur Kenntnis genommene Abhandlung bleiben? Eine Initiative wie der „Lahrer Kodex“ ist Ausdruck dessen, dass die Wirklichkeit in der täglichen Praxis von derartigen Empfehlungen noch immer weit entfernt ist. Sowohl im

E-MAIL

Briefe, die die Redaktion per E-Mail erreichen, werden aufmerksam gelesen. Sie können jedoch nur veröffentlicht werden, wenn sie ausdrücklich als „Leserbrief“ bezeichnet sind. Voraussetzung ist ferner die vollständige Anschrift des Verfassers (nicht nur die E-Mail-Adresse). Die Redaktion behält sich ohne weitere Mitteilung vor, E-Mail-Nachrichten, die als Leserbrief erscheinen sollen, zu kürzen.

DÄ

Krankenhaus als auch in der ambulanten Praxis gibt es noch allzu viele Entscheidungsträger, die sich über den Wunsch des Patienten, in Würde zu sterben, hinwegsetzen. Und den in einem Patiententestament eindeutig zum Ausdruck gebrachten Willen zu ignorieren, der besagt, dass dieser Mensch einen dauerhaft für ihn unerträglichen Zustand nicht akzeptiert. Das kommt einer fortgesetzten schweren Körper-, bzw. Seelenverletzung gleich. Eine Initiative wie der „Lahrer Kodex“ ist sehr wohl sinnvoll und geeignet, die Durchsetzung dieses berechtigten Patientenanspruchs durch seine zugleich öffentliche wie auch innerärztliche Thematisierung zu unterstützen.

Dr. med. Erik Sievert, Landsberger Straße 14,
53119 Bonn

STURZ IM KRANKENHAUS



Die Rechtsprechung hat Grundlinien entwickelt, die eine Orientierung ermöglichen (DÄ 36/2007: „Krankenhäuser: Haftungsrisiko

Sturz“ von RA Dr. iur. Max Middendorf).

Rechtlich ein Arbeitsunfall

Der Autor übersieht (ebenso wie das Kammergericht in der zitierten Entscheidung), dass eine Haftung des Krankenhausträgers für Stürze vielfach deshalb ausscheidet, weil der Sturz in der Klinik rechtlich als „Arbeitsunfall“ gilt, § 2 Abs. 1 Nr. 15 a SGB VII. Der Geschädigte hat dann ausschließlich Ansprüche gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger des Kostenträgers, regelmäßig die Verwaltungs-BG. Dieser Haftungsausschluss (§§ 104 und 105 SGB VII) greift allerdings dann

nicht, wenn der Sturz in erster Linie Folge eines Behandlungsfehlers oder des behandelten Leidens selbst ist. Die Abgrenzung ist im Einzelfall schwierig. Die Unfallmeldung kann sich aber durchaus auch dann noch lohnen, wenn man bereits verklagt ist. Das Zivilgericht muss das Verfahren dann zunächst aussetzen, bis geklärt ist, ob ein Arbeitsunfall vorlag, wofür in dem Beispielfall mit dem Sturz aus dem Rollstuhl einiges, bei dem Sturz „in Begleitung“ wenig spricht.

Jan Giesbert, Richter am Sozialgericht
Neubrandenburg, Gerichtsstraße 8,
17033 Neubrandenburg

Realitätsfern

Leider fokussiert der Autor hauptsächlich auf den Teilbereich der Rechtsprechung zu Problemen bei voll beherrschbarem Gefahrenbereich. Das eigentliche und zahlenmäßig viel häufigere Problem entsteht bei Patienten, bei denen – nach entsprechender pflegerischer und ärztlicher Analyse – eine erhöhte Sturzgefahr während der stationären Behandlung festgestellt wird. Sollen hier „unter dem Gesichtspunkte der Haftungsprophylaxe . . . im Zweifel größtmögliche Sicherheitsvorkehrungen“ (Fixierung, Bettgitter) der Regelfall sein? Dies führt an der Realität und am auch rechtlich Vertretbaren vorbei. Offen bleibt daher die wichtige Frage, welche Anforderungen die aktuelle Rechtsprechung an die Obhutspflichten des Krankenhauses für die Patienten entwickelt hat, die schon mit einem erhöhten Sturzrisiko zur stationären Aufnahme kommen, die aber nicht dieser besonderen Sicherheitsvorkehrungen bedürfen.

Dr. med. H.-U. Puhmann, Abteilung Neurologie,
SCHLOSSPARK-KLINIK, Heubnerweg 2, 14059 Berlin

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 der Redaktion bekannt ist, wer geschrieben hat.

DÄ