

Kurkliniken überschreiten ihre Kompetenz

Zu dem Aufsatz von Hans Baum in Heft 20/1981, Seite 1003 ff.

In dem Aufsatz „Kurkliniken überschreiten ihre Kompetenz“ sollte im wesentlichen auf zwei Punkte hingewiesen werden:

1. Es erscheint dem Autor nicht vertretbar, daß in offensichtlich zunehmendem Maße an Kurkliniken eingreifende und nicht risikofreie diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden, wie z. B. Linksherzkatheter und Koronarangiographien. Auch die heute an manchen Kurkliniken fast schon routinemäßig in großem Umfang übliche Anwendung von Rechtsherzkathetern (Einschwemmkatheter, Mikrokatheter) ist – als invasive Methode – keineswegs harmlos (s. z. B. Rosskamm und Mitarbeiter in „Herzkrankheiten“, Springer-Verlag 1977, Seite 280).

2. Es erscheint dem Autor nicht vertretbar, daß in manchen Kurorten drei, vier oder fünf Kurkliniken sich jeweils eine eigene Intensivstation einrichten, obwohl am gleichen Ort oder in nächster Nähe „normale Krankenhäuser“ mit Intensivstationen zur Verfügung stehen.

Eine andere These des Autors des Ursprungsaufsatzes lautet: Die einzelne Kurklinik sei nicht in der Lage, ihre hauseigene Intensivstation mit genügend qualifizierten und genügend erfahrenen Ärzten und Pflegepersonen zu besetzen. Kurpatienten, welche schwer erkranken, sollten daher auf die Intensivstation eines Krankenhauses verlegt werden.

Zu dem Artikel gingen einige Leserbriefe, zustimmende wie kritische, ein, die im folgenden (teilweise gekürzt) abgedruckt werden. DÄ

Erfahrungen aus der Praxis

... Sicher ist die Zuständigkeit für manche diagnostische Maßnahmen zwischen Universitätskliniken, Städtischen Krankenhäusern und Einrichtungen der Rentenversicherungsträger in manchen Bereichen nicht optimal geregelt. Sicher ist es auch so, daß in Rehabilitationseinrichtungen diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, die Krankenhäusern oft zukommen. Andererseits muß bedacht werden, daß viele Mitbürger (mehr oder weniger krank) in Kureinrichtungen zu Heilverfahren eingewiesen werden, bei denen vorher eine bedauerlicherweise oberflächliche Diagnostik betrieben worden ist. Es besteht daher die Pflicht einer Kurklinik, nach stationärer Aufnahme sowohl die Kurfähigkeit als auch die Kurnotwendigkeit zu überprüfen. Die angestrebte Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Kurkliniken und anderen Einrichtungen der Rentenversicherungsträger ist durch eine attraktive Ausstattung dieser Einrichtungen erreicht worden. Wenn der leitende Arzt sich einen qualifizierten Mitarbeiterstamm heranziehen will, muß für eine entsprechende qualifizierte Diagnostik und Therapie gesorgt werden. Dieses ist auch notwendig, um den leitenden Ärzten die Weiterbildungsermächtigung für einen begrenzten Zeitraum zuerkennen zu können. Ich will auch nicht ausschließen, daß die Gefahr besteht, manchmal des Guten zuviel zu tun, wovon auch Universitätskliniken und Städtische Krankenhäuser nicht frei sind. Andererseits neigt man, besonders als

junger Kollege, dazu, zunächst erst einmal das weiter zu machen, was man in den universitären Ausbildungsstätten gelernt hat, und das ist eine vorwiegend technisch orientierte Medizin unter Vernachlässigung des ärztlichen Anteils an der Pflege, vielleicht auch verbunden mit Insuffizienzerscheinungen beim Führen ärztlicher Gespräche. Da sind – trotz Ausbildungsreformen – die heranwachsenden Kollegen wohl immer noch auf ihr Naturtalent angewiesen.

Baum stellt nun lapidar fest: „Kurkliniken überschreiten ihre Kompetenz.“ Diese Feststellung versucht er allerdings mit Pauschalurteilen, teils mit Unterstellungen, teils in diffamierender Form, zu belegen, ohne konkretes Material auf den Tisch zu legen. Es fängt schon an, wenn er schreibt: „Kardiologie ist neuerdings ‚in‘“. (Kardiologie war schon immer ‚in‘, das erkennt man beispielsweise an der Vielzahl von kardiologischen Abteilungen). Weiter behauptet er: „Visiten werden verkürzt oder müssen ganz ausfallen. Bei der Anamnese-Erhebung und der Untersuchung der Patienten muß Zeit eingespart werden. Zu dem oft so wichtigen ärztlichen Gespräch bleibt keine Zeit mehr.“

Auch hier wird einfach unterstellt, daß die Patienten schlechter versorgt würden. Wenn er von 500 Betten spricht, würden für die aufwendige Diagnostik höchstens zwei oder drei Kollegen in Frage kommen, so daß der überwiegende Teil der Patienten durch derartige Einrichtungen mit Sicherheit nicht schlechter behandelt wird im Hinblick auf kurklinikspezifische Aufgaben. Dann behauptet er, daß Patienten, die kardiologisch überhaupt nicht oder nur geringfügig erkrankt sind, für eine derartige Fachklinik jedoch nicht interessant sind. Sie würden dementsprechend unzureichend behandelt, würden aber trotzdem durch die „diagnostische Mühle“ gedreht.

Es muß gefragt werden, wieso derartige Patienten überhaupt in eine kardiologische Kurklinik gekommen

sind. Sie müssen doch so gravierende Beschwerden gehabt haben, daß sich die niedergelassenen Kollegen oder der Vertrauensarzt zur Einweisung veranlaßt sahen. Hier muß erst einmal die Gesundheit nachgewiesen werden. Das geht eben nicht ohne diagnostische Maßnahmen.

Gravierend wird jedoch die Behauptung, daß Herzkatheter ohne eine entsprechende strenge Indikation durchgeführt wurden und daß auf Intensivstationen in der Kurklinik Fälle (vielleicht) mit Grippe oder akuter Ischiälgie betreut würden, um die Akutkrankenstationen auszulasten. Ein weiterer Pauschalvorwurf ist, daß Intensivstationen in Kurkliniken von ungeübten und zumeist auch unerfahrenen Ärzten und Schwestern schlecht und recht versorgt würden, daß unter diesen Umständen auftretende Todesfälle auch einmal den Staatsanwalt auf den Plan rufen werden.

Auch hier wird etwas unterstellt, was nicht belegt ist, wird etwas pauschaliert, was in dieser Form nicht akzeptabel erscheint. Genauso schlimm ist die Behauptung, in Kurkliniken würden Koronarangiographien ohne Indikation durchgeführt.

Die Kardiologen, die ich kenne und die Koronarangiographien durchführen, sind sich ihrer Verantwortung hinsichtlich einer strengen Indikation voll bewußt. Sicher sind auch derartige Einrichtungen für Kurkliniken die Ausnahme. Auch sind ja die Kollegen, die derartige Untersuchungen durchführen, zunächst von Kardiologen in universitären Einrichtungen ausgebildet worden, so daß derartige Behauptungen beziehungsweise Unterstellungen auf die Ausbildung zurückfallen. Wenn der Verfasser meint, es sei unverständlich, wie ein Chefarzt oder einer der zuständigen Versicherungsträger Risiken wie eine Behandlung auf einer hauseigenen Intensivstation zu Lasten der Kurpatienten verantworten könne, so muß ich entgegenhalten, daß er mit gleicher Vehemenz gegen viele Intensivstationen in kleinen Krankenhäusern polemisieren müßte. Ich

kann nur sagen, daß in den Intensivstationen, auch wenn sie angeblich „unverfängliche“ Namen tragen sollten, die ich bei Rentenversicherungsträgern gesehen habe, die Kranken besser aufgehoben sind als in gleichbezeichneten Einrichtungen in manchen Krankenhäusern.

Es darf schließlich vermerkt werden, daß es den Kurkliniken schon erlaubt sein muß, eine Röntgenaufnahme des Herzens anzufertigen, ein Belastungs-, auch ein Langzeit-EKG zu schreiben oder eine bodyplethysmographische Untersuchung durchzuführen. Wenn festgestellt wird, „die Kurkliniken überschreiten ihre Kompetenz“, kann man auch behaupten, medizinische Universitätskliniken unterschreiten ihre Kompetenz (z. B. Rheumatologie, manche Stoffwechselerkrankungen, teilweise Pneumologie) . . .

Privatdozent

Dr. med. Gerhard Siemon, Internist
Chefarzt der Fachklinik für
Erkrankungen der Atmungsorgane
der LVA Niederbayern/Oberpfalz
Ludwigstraße 68
8405 Donaustauf

Outsider über Kompetenz von Kurkliniken

Zu 24 Absätzen, von denen jeder Halbwahrheiten oder Unkenntnis offenbart, lohnt es nicht, sachlich Stellung zu nehmen . . . Seine Denkart gehört in eine Richtung von „Insidern des deutschen Kurwesens“, als der er bezeichnet wird, die ohne Kenntnis von rational begründeter Indikation und Kontraindikation physikalischer Therapie es auch heute noch gerne sähen, wenn jeder Infarkt-rekonvaleszent oder postoperative Patient unabhängig vom Schweregrad seiner Erkrankung im Kohlensäurebad rehabilitiert wird. Polemik kontra Polemik? So möchte ich jeden, der um Sachkenntnis bemüht ist, einladen, sich mit kritischen Fragen, die Aufgaben einer kardiologisch-angiologischen Klinik

an einem Kurort betreffen, an mich zu wenden. Eine Information in der Klinik selbst steht Kollegen offen . . .

Dr. med. Wolfgang Koenig
Internist
Leitender Arzt der
Klinik Wetterau der BfA für
Herz- und Gefäßkranke
Zanderstraße 30–32
6350 Bad Nauheim

An den Tatsachen vorbei argumentiert

Der sich als „Insider des deutschen Kurwesens“ bezeichnende Autor Hans Baum usurpiert diese Position zu Unrecht. Mit keinem Wort geht er auf das Hauptproblem des Kurwesens der deutschen Rentenversicherung ein: nämlich auf die Tatsache, daß ein Großteil dieser Milliardenausgaben für „leichtere Fälle“ aufgewandt werden (Wirbelsäulensyn-drome, psychovegetative Störungen usw.), bei denen durch eine vierwöchige Kur nicht sehr viel therapeutisch bewegt werden kann, vielmehr das gleiche Ergebnis mit einer entsprechenden Lebensführung und aktiver Übungstherapie am Wohnort erzielt werden könnte. Zudem werden diese kostspieligen Heilmaßnahmen von alleinstehenden Frauen ohne Kinder am häufigsten in Anspruch genommen, während berufstätige Frauen mit Kindern diese Möglichkeit kaum wahrnehmen können, ebenso nicht die berufstätigen Personen, die erhöhte Verantwortung zu tragen haben und somit einem erhöhten Streß ausgesetzt sind.

Aus dieser Situation haben die Versicherungsträger mit Recht den Schluß gezogen, ihre Rehabilitationseinrichtungen teilweise in Kur- und Schwerpunktkliniken umzuwandeln und die sogenannte Anschlußheilbehandlung zu forcieren.

Leichte Fälle haben in diesen Rehabilitationskliniken keinen Platz mehr, und die Geldmittel kommen auf diese Weise wirklich kranken Versicherten mit entsprechendem Leidensdruck zugute. ▷