

STRAHLENTHERAPIE

Zu dem Beitrag „Auftrag des Arztes angesichts der Unausweichlichkeit des Todes“ von Prof. Dr. med. Kurt Lennert in Heft 8/1989:

Patienten befragen

... So sehr der prinzipiellen ärztlichen Einstellung, die aus dem Artikel deutlich wird, zuzustimmen ist, so entschieden müssen falsche Statements wie „welche Sinnlosigkeit der sogenannten palliativen Strahlentherapie! Cui bono – wem nützt es?“ kritisiert werden. Herr Professor Lennert ist eingeladen, Patienten, denen mit einer palliativen Strahlentherapie entscheidend geholfen werden konnte, nach ihrer Beurteilung dieser Therapiemethode zu befragen.

Prof. Dr. H.-P. Heilmann, Hermann-Holthusen-Institut für Strahlentherapie, AK St. Georg, Lohmühlenstr. 5, 2000 Hamburg 1

Grenzen kennen

... Die Behauptung, viele Strahlen-„Schäden“ als Folge der Behandlung benigner Tumoren gesehen zu haben, ist kurzerhand unwahr. Diese werden überhaupt nicht bestrahlt. Natürlich macht die Strahlenbehandlung bösartiger Tumoren immer wieder Narben, genauso, wie die chirurgische Behandlung derartigen Erkrankungen. Wer würde es wagen, einem Chirurgen zu sagen, daß die Folge seiner Operation ein „Operationsschaden“ wäre?

Was über den Krebs – die unter der vorliegenden Überschrift wohl in erster Linie gemeinte Krankheit – gesagt wird, ist größtenteils unsinnig: Es stimmt einfach nicht, daß man das Bronchialkarzinom als durch keine Therapie entscheidend beeinflussbar bezeichnen kann. 25 Prozent der operablen und 5 Prozent der inoperablen Bronchialkarzinome können dauerhaft geheilt werden.

Die zytostatische Behandlung hat manchen Krebspa-

tienten geheilt und vielen Patienten Monate oder gar Jahre beschwerdearmer Zwischenzeiten vor erneuter Exazerbation ihres Tumorleidens beschert.

Über die Sinnlosigkeit der „sogenannten“ palliativen Strahlentherapie kann nur sprechen, wer sich um seine inoperablen Krebspatienten nach der Feststellung dieser Inoperabilität überhaupt nicht mehr gekümmert hat. Dann aber ist dieser Arzt nicht berechtigt, über den Auftrag des Arztes angesichts der Unausweichlichkeit des Todes seine Stimme zu erheben.

Daß man dem vom Tod gezeichneten Patienten nicht ausweicht, und daß kleine Nebensächlichkeiten (das Reichen der Tasse Tee) ein Bindeglied sind, ist eine Selbstverständlichkeit, über die man kein Wort zu verlieren braucht.

Daß man als internistischer Onkologe oder Radiotherapeut genauso wie der onkologisch tätige Chirurg seine Grenzen kennen muß, und wo diese Grenzen liegen, hätte ich als Inhalt des Artikels unter dem von der Schriftleitung vorgeschlagenen Thema erwartet. Denn dies ist unser aller tägliches Problem; für das sich Patentlösungen nicht finden lassen.

Dr. H.-J. Ewald, Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e. V., Friedrich-Engels-Allee 280, 5600 Wuppertal 2

Adäquat behandeln

Der Artikel ist wichtig angesichts der ständigen Konfrontation des Arztes mit dem Tode. Zwei Sätze seien nochmals besonders zitiert: „Der Arzt ist verpflichtet, sich über die neuesten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu informieren“ und zum anderen „die Betreuung alter Menschen erfordert große ärztliche Erfahrung“.

Um so weniger kann die Ausführung über die Behand-

lung alter Menschen unwillkürlich akzeptiert werden. Die Geriatrie beschränkt sich mit Sicherheit nicht in der Korrektur pathologischer Befunde bei alten Menschen. Nicht der pathologische Befund beim alten Menschen sondern der alte Mensch mit pathologischen Befunden erfordert das Können und die von Lennert angesprochene Erfahrung des Arztes. So ist es wichtig, bei einer absoluten Arrhythmie nach der Genese zu fahnden, zum Beispiel eine Hyperthyreose auszuschließen. Nach kurzer Arrhythmiedauer kann eine Regularisierung eine Besserung der Lebensqualität bringen. Hohe Harnstoff- und Kreatininwerte sehen wir häufig bei alten Menschen. Oft sind sie Ausdruck einer Exsikkose, zum Beispiel im Rahmen einer Enteritis, einer Pneumonie oder nur aufgrund einer unzureichenden Flüssigkeitszufuhr bei erloschenem Durstgefühl. Eine forcierte Diurese wird kein verantwortungsbewußter Arzt anstre-

§ 218

Zur Diskussion über Abtreibung:

Weiter nachdenken

Bei der freimütigen Diskussion um die Schwangerschaftsabbrüche aus sozialer Indikation kamen mir einige Gedanken.

In vielen Leserbriefen lese ich von der Sorge um das ungeborene Leben, welches Tötung man als Mord bezeichnet. Stets vermisste ich den Hinweis darauf, was der Schreiber selbst zur Förderung des geborenen Lebens leistet. Setzt er sich ein für den Bau von kindgerechten Wohnungen und Kindertagesstätten? Verwahrt er sich gegen die Achtung lediger Mütter?

Zur Abscheu vor dem Mord am Ungeborenen kommt regelmäßig die Sorge um die Sicherung der Renten.

ben, wohl aber eine adäquate Flüssigkeits- und Mineralsubstitution, um die Diurese wieder in Gang zu bringen.

Auch die These, daß alte Menschen weniger eine umfangreiche Diagnostik und Therapie als vielmehr Zeit und Geduld des Arztes benötigen, kann in dieser Gewichtung nicht hingenommen werden. Alte Menschen benötigen beides, der Verzicht auf eine, im Einzelfall auch umfangreiche Diagnostik ist unärztlich und öffnet einer oberflächlichen ärztlichen Verfahrensweise Tor und Tür. Richtig ist, daß alles, was den alten Menschen quält oder belästigt, auch adäquat zu behandeln ist. Nur durch tiefgründige und nicht oberflächliche Diagnostik kann der alte Mensch einer richtigen Therapie zugeführt werden...

Dr. med. F.-W. Elstermann von Elster, Leiter der Abteilung für Klinische Geriatrie des Evangel. Krankenhauses, Virchowstr. 20, 4200 Oberhausen 1

Empfinde ich als einziger diese Vermengung von Ethik und Monetik als unanständig?

Immer wieder erscheint der Schwangerschaftsabbruch als ein Vergnügen leichtfertiger Mädchen und als die Tat verantwortungsloser Ärzte. Aus eigener Beratungserfahrung kenne ich keine Frau, die zum Vergnügen abtreiben wollte. Oft war die Not so drängend, daß sich ganz offensichtlich nur die Wahl zwischen sachgerechtem Schwangerschaftsabbruch und Kurpfuscher stellte. Hier muß der verantwortungsbewußte Arzt den gesamten rechtlichen Spielraum ausnutzen, um die Gesundheit der Frau zu erhalten.

Die ganze Diskussion wird unter Männern geführt. Ich bin einer, und unter den letzten zehn Einsendern war nur eine Frau. Darüber sollten wir weiter nachdenken.

Dr. Gottlob Flier, Schulkoppel 18, 2390 Jarplund-Weding