

Dialog

Zu dem Beitrag „Ärztliche und pflegerische Verantwortung: Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert“ von Irmgard Hofmann in Heft 51–52/1999:

Kardinalfehler bei Aus- und Weiterbildung

... Wenn laut der zitierten Umfrage nur ein Viertel der Ärzte – im Gegensatz zur Mehrzahl der Pflegenden – die Art der Zusammenarbeit kritisch sieht, dann weist dies auf einen Kardinalfehler bei der ärztlichen Aus- und Weiterbildung hin. Denn das offenbar bestehende Defizit an patientennaher Information beraubt die Ärzte weitgehend der Möglichkeit, außerhalb der dem Pflegepersonal vorgeschriebenen „objektiven“ Informationspflicht etwas über das subjektive Befinden ihrer Patienten beziehungsweise den individuellen Bedeutungsgehalt deren jeweiliger Erkrankung zu erfahren. Manchmal weiß hierüber die Nachschwester (oder die Stationshilfe am Ende der hierarchischen Informationskette) mehr als der Stationsarzt, vom Chefarzt ganz zu schweigen. Auch eigene Bemühungen vor Jahren, den so wichtigen Dialog im klinisch-therapeutischen Dreieck von Arzt, Patient und Pflegepersonen durch feste außerplanmäßige, problemorientierte Gesprächszeiten (nicht nur Kurvenvisiten!) zu festigen, fanden ein unterschiedliches Interesse, sodass sich meine Erwartungen nicht immer erfüllten. Bekanntlich kann zwischenmenschliche Kommunikation weder durch Vorschriften noch Verordnungen (oder gar Gesetze) erzwungen werden, sondern höchstens durch persönlich gelebtes Vorbild. Wie aber, wenn EDV-gestützte Datenerfassung und gesteigerte betriebliche Administrationspflichten den (chef-)ärztlichen Zeitrahmen immer mehr engen?

Solange sich in den Kliniken an den rigorosen Bedingungen für wirtschaftskonforme Leistungserbringung der Ärzte und Pflegenden durch die Krankenhausträger (Leistungsanbieter) nicht Grundlegendes ändert, hat der in dem Artikel zu Recht geforderte partnerschaftliche Dialog keine reale Chance. Grundlegend wäre nach meiner Auffassung ein im Studium „von der Pike auf“ gelehrt (und gelebt)es Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge, eine Wiederbelebung der konsiliarischen Gesprächs- und persönlichen Informationskultur unter uns Ärzten, und nicht zuletzt mehr Wissen um die Eigenständigkeit pflegerischer Aufgaben und Leistungen . . .

Prof. Dr. med. Otto P. Hornstein, Danziger Straße 5, 91080 Uttenreuth

Erfahrungen der DDR heranziehen

Zur Behandlung eines erkrankten Menschen gehören Diagnostik, Therapie und Pflege. Es ist durchaus eine belangvolle Frage, in welchem Verhältnis diese Bereiche zueinander stehen. Die Betrachtungen von Irmgard Hofmann bewerten dieses Verhältnis. Es erscheint mir berechtigt, Erfahrungen aus Gesundheitssystemen heranzuziehen, die andere Strukturen haben. Die Rahmenkrankenhausordnung (RKO) der DDR von 1980 definierte Rechte, Pflichten und Aufgaben aller Partner im Krankenhaus. Die Schwestern waren Träger der Pflege, ausgestattet mit sachbezogener Eigenständigkeit, berufsbezogener Erziehungsfunktion und fachlicher Anleitungsfunktion auf der Grundlage einer Ausbildung in einer Medizinischen Fachschule. Auf einer so definierten Basis konnte sich ein gegenseitig ausgewogenes Verhältnis zwischen Patienten, Schwestern/Pflegern und Ärzten durchaus entwickeln und der Bereich Pflege

ge seine berechnete Funktion haben.

Dr. med. Günter Wiedemann, Hohe Bleiche 1a, 99310 Arnstadt

Besondere Bedeutung

Vor allem im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist das Zusammenarbeiten zwischen Pflegepersonal und Ärzten von besonderer Bedeutung. Es geht um die Anerkennung der jeweiligen unterschiedlichen Arbeitsbereiche, die dann nicht konkurrieren, sondern ohne die eine ganzheitliche Pflege und medizinische Behandlung gar nicht möglich oder erfolgreich sein können.

Birgit Böhringer, Grashaus 61, 26389 Wilhelmshaven

Partnerschaft fordern

... Dass dieser eingeklagte Dialog zur umfassenden Betreuung unserer Patienten gehört, verbindet uns alle: Pflegende wie Ärzte. Dabei entspricht es dem Selbstverständnis eines konfessionellen Krankenhauses, die Leib-Seele-Einheit zu beachten und eine therapeutische Gemeinschaft anzustreben. Hierzu gehören neben Ärzten und Pflegepersonal auch Seelsorger, ehrenamtliche Dienste, Funktions- und Verwaltungspersonal. Dieses Prinzip muss vom Krankenhaus-Träger gepflegt und angemahnt werden. Insofern trat im konfessionellen Krankenhaus der ehemaligen DDR kein Abbruch im unbelasteten Gespräch zwischen den an der Patientenbetreuung Beteiligten ein. Im staatlichen Gesundheitswesen war der Stationsarzt Leiter des Kollektivs und garantierte das Miteinander seinen Vorgesetzten gegenüber. Hier war ein Umdenken durch Einführen der „dritten Säule“ vor zehn Jahren erforderlich. Ein ärztlicher Berufseinsteiger war gut beraten, wenn er die Techniken des Stationsalltags bei einer

erfahrenen Schwester erlernte und auf deren Rat hörte. Und nicht nur auf diese Weise erfuhr ein Jungarzt mit dem Maximum an Theorie von psychosozialen und emotionalen Aspekten, die in der erfolgreichen Patienten-Betreuung einen zunehmenden Wert besitzen. Ein wesentlicher Bestandteil der Lehrer-Schüler-Beziehung, die sich nach dem Studium in der Ausbildung anschließt, vermittelt solche ideellen Werte, die, im Gegensatz zum rein Handwerklichen, die Persönlichkeit als Arzt prägen.

Da die Professionalisierung des Pflegebereichs dem Notstand abhelfen und die gesellschaftliche Anerkennung in den letzten 50 Jahren aufwerten sollte, kam es logischerweise zu dieser Verselbstständigung. Inzwischen leben wir in einer Dienstleistungsgesellschaft, in der graduelle Unterschiede der gesellschaftlichen Struktur der Vergangenheit unbedeutend geworden sind. Und ob der Patient je eine derartige Trennung sah, wäre eine Befragung wert. Auf jeden Fall geht er von dem Dialog aller zu seinem Wohl aus.

Nach Diskussion und in Absprache mit der Pflegedienstleitung unseres Hauses ... komme ich daher zu folgender Schlussfolgerung:

Der Krankenhaus-Träger muss die Partnerschaft aller in der Betreuung von Patienten (Klienten, Kunden) einfordern.

Alle Beteiligten sollten gemeinsam ... ein Leitbild erarbeiten, woran sich jeder messen lassen muss, und das für Neulinge zur Auflage wird ähnlich der Hygieneordnung. Das kann bis zu zwei Jahre dauern, pflegt aber bereits die Partnerschaft.

Ein Krankenhaus, in dem es keinen Dialog zum Wohle des Patienten gibt, wird dem zunehmenden Druck der Konkurrenz erliegen.

Dr. Ulrich Plettner, Johannes Koschig, Anhaltische Diakonissenanstalt Dessau, Gropiusallee 3, 06846 Dessau

Lebensrecht

Zu dem Beitrag „Ungeborenes Leben: Widersprüchliche Regelungen“ von Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing in Heft 49/1999:

Vom Aufenthaltsort bestimmt

Unser Embryonenschutzgesetz (ESchG) ist weltweit das strengste. Es verbietet jede „Verwertung“ menschlicher Embryonen sowie jede embryonen-verbrauchende Diagnostik und Forschung, sodass eine Präimplantations-Diagnostik allenfalls dann legal ist, wenn die Zellen der Morula nicht mehr totipotent sind. Der Embryo ist mithin als menschliche Person zu respektieren. Paragraph 8 ESchG definiert den Beginn menschlichen Lebens mit der Vereinigung der Zellkerne der Gameten. Befindet sich der Embryo nicht beziehungsweise nicht mehr im Glase, sondern im Mutterleib, dann ist sein Leben nur noch sehr eingeschränkt geschützt, nämlich durch Paragraph 218 ff. StGB. Dies ändert sich schlagartig mit Einsetzen regelmäßiger Wehen oder beim Kaiserschnitt mit der Eröffnung des Uterus. Dann ist das Leben durch Paragraph 211 ff. StGB geschützt wie bei jedem von uns. Diese Gesetzgebung ist inkohärent. Man darf sich fragen, warum dem Embryo im Glase die Grundrechte nach Artikel eins und zwei des deutschen Grundgesetzes zugestanden werden, dem etwas älteren Kind im Leib seiner Mutter dann nicht mehr und dem geborenen Kind, sei es so früh geboren wie es wolle, wieder in vollem Umfang. Hält man sich an den Kantischen Begriff der Menschenwürde, die Basis unseres Grundgesetzes, dann haben die zitierten Gesetze keine gemeinsame philosophische und moralische Grundlage. Vielmehr orientieren sie sich an Zielvorstellungen, die Mehrheiten so gewollt haben. Es sollte deshalb ehrlicher-

weise zugegeben werden, dass das Lebensrecht vom Aufenthaltsort bestimmt wird und wir hier mit einer Tripel-Moral leben, die wir mehrheitlich gutheißen.

Prof. Dr. med. Volker von Loewenich, Abteilung für Neonatologie, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, 60590 Frankfurt/Main

Ein Arzt tötet nicht

Schwanger ist schwanger, ein bisschen schwanger gibt es nicht – und Leben ist Leben. Wer es vernichtet, ist zum Beispiel ein Scharfrichter, wer es erhält, zum Beispiel Arzt, das sind ehrenwerte Berufe, solange sie bei ihren Leisten bleiben. Von mir aus können hippokratisch unbeleckte, gut ausgebildete Abtreiber ihren Dienst tun, unweit gynäkologischer Stationen wegen möglicher Komplikationen. Ein Arzt tötet nicht, hat man das schon wieder vergessen (vitale Indikation für das Leben der Mutter selbstverständlich ausgenommen)? Wer ein Paar Schuhe braucht, hat beim Hutmacher nichts zu suchen; um das zu begreifen, brauche ich kein Geschwafel über Ethik in der Medizin.

Dr. med. Bertold Schirg, Kronengasse 24, 86609 Donauwörth

Ethik der Starken

In dem Aufsatz wird ein „abgestuftes Lebensrecht für ungeborenes Leben“ zur Option erhoben, um auf die Situation zu reagieren, die sich aus der Widersprüchlichkeit von Embryonenschutzgesetz und Paragraph 218 ff. StGB ergeben. Der Vorteil: „Was längst praktiziert wird, wäre plötzlich erheblich weniger bedenklich“ – wie einfach ... Aber Vorsicht: Es geht doch nicht um die Unbedenklichkeit oder Bedenklichkeit von Gesetzen, Paragraphen und Praktiken. Es geht um gefährlich und ungefährlich, es geht um Le-

ben oder Tod. Die als „argumentativ schwieriges Gebiet“ charakterisierten „Kriterien, die die Abstufung des Lebensrechts begründen“, offenen zudem: Es geht nicht allein um ungeborenes Leben! Ob es nun das Kriterium Bewusstsein ist (Peter Singer) oder das Kriterium Handlungsfähigkeit (bei M. Düwell in Ethik Med [1999] 11 : S 4 bis S 15) oder das Kriterium Leidensfähigkeit (in F. J. Wetz: Die Würde des Menschen ist antastbar. Eine Provokation. Klett-Cotta) – immer wieder geraten auch Neugeborene, zumal kranke und behinderte, in den Gefahrenbereich behaupteter niederer moralischer Rechte. Von Prof. Wiesing werden komatöse Patienten als ebenso gefährdet genannt. Und wie steht es um Patienten mit fortgeschrittenem M. Alzhei-

mer, wie um Patienten mit schweren Residuen nach SHT, wie um . . . ?

Wenn wir die Prämissen nur noch ein wenig weiter verschieben, die Kriterien noch ein bisschen enger definieren – Einfluss wirtschaftlicher Interessen beziehungsweise Zwänge und politisch-ideologischer Vorgaben nicht ausgeschlossen –, welche Möglichkeiten sich da auftun!

Evident ist: Die ethischen Ansätze, die ein geringeres Lebensrecht ungeborener Menschen und anderer Betroffener zu begründen versuchen, sind Ausflüsse einer unbarmherzigen Ethik der Starken, die das Durchsetzen ihrer Interessen auf Kosten von Schwachen moralisch vertretbar machen wollen . . .

Dr. med. Gerhard Haasis,
Max-Reger-Straße 40, 28209
Bremen

Tumorthherapie

Zur geplanten Novellierung der Arzneimittelrichtlinien:

Medikamentöse Therapie gewährleistet

Mit großer Sorge haben die mit der medizinischen Betreuung von krebserkrankten Kindern und Erwachsenen in Deutschland betrauten Ärzte den Artikel 4.1 des Entwurfs der neuen Arzneimittelrichtlinien zur Kenntnis genommen. Die Deutsche Krebsgesellschaft teilt diese Sorge . . .

Eine Reihe der verfügbaren verkehrsfähigen Medikamente sind nicht für alle eingesetzten Indikationen nach Paragraph 40 AMG geprüft und zugelassen worden. Das betrifft auch die medikamentöse Tumorthherapie – das Kernstück der onkologischen Versorgung. Die Chemotherapie krebserkrankter Kinder ist ein exemplarisches Beispiel hierfür.

Zytostatika, Supportiva und Hormone haben in den vergangenen Jahren ihr Leistungsspektrum bei der Tumorbehandlung deutlich erweitert. Dadurch sind die

Heilungsraten angestiegen, die Überlebenszeit hat sich verlängert und die Lebensqualität verbessert. Hierzu hat in nicht unerheblichem Maße der auf der Basis des medizinischen Kenntnisstandes beruhende Einsatz von verkehrsfähigen antineoplastischen Medikamenten auch außerhalb der zugelassenen Indikationen – aber nach den Regeln der ärztlichen Kunst eingesetzt – beigetragen.

Die Deutsche Krebsgesellschaft ist auf der Grundlage von Gesprächen und Korrespondenzen mit der Bundesgesundheitsministerin zuversichtlich, dass die medikamentöse Tumorthherapie mit verkehrsfähigen Medikamenten sowohl im ambulanten wie stationären Bereich auf der Basis von wissenschaftlichen Evidenzen gewährleistet bleibt. Durch die ausnahmslose Anwendung von Artikel 4.1 der Novellierung der Arzneimittelrichtlinien wären krebserkrankte Kinder und ein Großteil von erwachsenen Tumorkranken unterversorgt. Das kann der Gesetzgeber nicht wollen. Die Deutsche Krebsgesellschaft wird deshalb in

Abprache mit dem Bundesgesundheitsministerium eine Indikationsliste für verkehrsfähige Medikamente erstellen, die aufgrund des zertifizierten medizinischen Kenntnisstandes unverzichtbar für die Krebsbehandlung sind. Unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft sind alle klinisch-wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krebsgesellschaft, die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie sowie die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie beteiligt, um diese Liste zu erarbeiten. Eine derartige „Arzneimittel-Leitlinie für die Onkologie“ stellt gleichzeitig einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Onkologie dar...

Prof. Dr. K. Höffken, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Paul-Ehrlich-Straße 41, 60596 Frankfurt/Main

Gesundheitspolitik

Zu dem Beitrag „Gedanken zur Zukunft der Krankenversicherung“ von Prof. Dr. med. Egger Beileites in Heft 45/1999:

Bedenkenswert

...Bei einsehbar notwendiger Beitragssatzstabilität wird auch bei Ausschöpfung aller Möglichkeiten zum Sparen und Rationalisieren die

Rationierung von Gesundheitsleistungen nicht zu vermeiden sein. Ein Zustand, den wir in der DDR schmerzlich empfunden haben. Zu unserem jetzigen Wirtschaftssystem passt er nicht. Als Konsequenz ergibt sich in meinen Augen: Es müssen mehr Finanzmittel ins Gesundheitswesen fließen! Dazu einige bedenkenswerte (sicher zum Teil unorthodoxe) Vorschläge:

- Reduzierung der großen Zahl von Krankenversicherungen.

- Wegfall der Möglichkeit, beim Überschreiten der Pflichtversicherungsgrenze aus der GKV in die PKV zu wechseln.

- Einbeziehung von Beamten und ähnlichen Berufsgruppen in die GKV.

- Private Versicherung nur für die „Annehmlichkeiten“ wie Ein- und Zweibettzimmer, Krankenhaustagegeld etc.

- Nötigenfalls Erhöhung des Beitragssatzes in der GKV lediglich auf der Versicherungenseite (aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit, unter Umständen sogar progressiv gestaffelt).

Für jeden Vorschlag kenne ich Gründe. Der letzte Punkt der Aufzählung würde den Versicherten klarmachen, dass eine ständig verbesserte Versorgung, die gewünscht wird, für gleich bleibende Beiträge nicht zu realisieren und zu haben ist.

Dr. Christian Liebenow, Lindenstraße 3, 17459 Koserow

ICD-10

Zur Diagnosenverschlüsselung:

Unpraktikabel

Der Schwachsinn dieser Diagnosenverschlüsselung und die Beflissenheit, mit der wir Ärzte ihn umsetzen, wird am besten durch den folgenden Temmler-Witz erfasst:

Auf das Ansinnen ihres Professors, das Telefonbuch der Universitätsstadt auswendig zu lernen, antworten:

- der Philologe: „Warum?“
- der Jurastudent: „Bis wann?“
- der Mediziner: „Hab ich schon!“

Wessen krankes Hirn ist auf die Idee gekommen, einen für den Gebrauch des niedergelassenen Arztes völlig unpraktikablen WHO-Index zu akzeptieren? Warum übernehmen wir einmal mehr kostenlos Aufgaben der Kassenbürokratie?

Dr. med. Reinold Müller, Hauptstraße 131, 37688 Beverungen

Neueingänge

MEDIZIN/WISSENSCHAFT

Dieterich H. W. Grönemeyer: *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2000, XIX, 396 Seiten, 74 Abbildungen, 14 Tabellen, broschiert, 39,90 DM

Dieter Ukena, Klaus Rabe: *Inhalative Glukokortikoide zur Therapie obstruktiver Ventilationsstörungen*. UNI-MED Science, UNI-MED Verlag, Bremen, 1999, 96 Seiten, 21 Abbildungen, Hardcover, 79,80 DM

Max-Planck-Gesellschaft, München (Hrsg.): Fritz-Haber-Institut der Max-Planck-Gesellschaft Berlin. *Berichte und Mitteilungen*, Heft 1/99, 180 Seiten, zahlreiche Abbildungen, kartoniert, kostenlos zu beziehen beim Fritz-Haber-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, Faradayweg 4-6, 14195 Berlin

Heinz Schilcher: *Phytotherapie in der Kinderheilkunde*. *Handbuch für Ärzte und Apotheker*, mit 110 Original-Monographien der Sachverständigen-Kommission E beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Berlin (BfArM), 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1999, 174 Seiten, 7 Abbildungen, 8 Tabellen, 56 DM

Hans-Jürgen Holtmeier: *Ernährung des alternden Menschen*. *Alterskrankheiten und Ernährungsempfehlungen*, Paperback WVG, 7., neu bearbeitete Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1999, 264 Seiten, 38 Abbildungen, 86 Tabellen, kartoniert, 49 DM

Erika Rey: *Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität nach rechtshemisphärischem Schlaganfall*. Haag + Herchen Verlag, Frankfurt am Main, 1999, 220 Seiten, kartoniert, 28 DM

Klaus Diedrich (Hrsg.): Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2000, XXIII, 709 Seiten, 356 überwiegend farbige Abbildungen in 499 Einzeldarstellungen, 188 Tabellen und CD-ROM, gebunden, 149 DM

Walter Siegenthaler (Hrsg.): Differenzialdiagnose innerer Krankheiten. 18., vollständig neu bearbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2000, XXXVI, 1 020 Seiten, 716 meist farbige Abbildungen in 889 Einzeldarstellungen, 235 Tabellen, gebunden, Lehrbuch, 199 DM

Wolfgang F. Dick, Friedrich Wilhelm Ahnefeld, Peter Knuth (Hrsg.): Logbuch der Notfallme-

dizin. Algorithmen und Checklisten, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2000, XXI, 198 Seiten, Sonderfall, 49,90 DM

Andreas Beck: Andreas Grünitz – Eine Idee verändert die Medizin. Clio-Verlag, Konstanz, 1999, 349 Seiten, 25 DM

Rainer Hellweg: Der Nerve Growth Factor bei neuropsychiatrischen Erkrankungen. Ein pleiotroper Modulator mit peripherer und zentralnervöser Wirkung (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Band 95), Dr. Dietrich Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2000, 253 Seiten, gebunden, 148 DM

NACHSCHLAGEWERKE

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): ICD-10-Diagnosenthesaurus. Sammlung von Krankheitsbegriffen im deutschen Sprachraum, verschlüsselt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, Version 1.3 [1. Juli 1999]), Version 3.0 – Stand Januar 1999, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2000, XIII, 624 Seiten, 39,80 DM

MSD Manual Handbuch Gesundheit. Medizinisches Wissen und ärztlicher Rat für die ganze Familie, Mosaik Verlag, München, XX, 1 514 Seiten, farbig illustriert, gebunden, mit Schutzumschlag, 69,90 DM

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Verzeichnis besonderer Kostenträger im Abrechnungsverkehr mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Bundesrepublik Deutschland, Dienstauflage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 48. Ausgabe, Stand: 1. 10. 1999, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1999, 54 DM

SONSTIGES

Eberhard Göpel, Günter Hölling (Hrsg.): Macht • Geld • PatientInnen • Gesund? Anregungen für eine Gesundheitsreform, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, 1999, 258 Seiten, 38,80 DM

Theodor R. K. Nasemann: Spiel und Pflicht. Hausarzt und Hochschullehrer, Soldat, Sammler und Schriftsteller, Verlag Dr. Kovač, Hamburg, 1999, 422 Seiten, 59,80 DM

Andreas Kruse, Eric Schmitt: Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebensrückblick und Lebenssituation jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2000, X, 286 Seiten, gebunden, 49 DM