

Gründen das Recht und den Anspruch auf eine menschliche Behandlung einschließlich Analgesie hat. Er bietet seine Organe, das heißt, spendet Leben für andere, ist Herz-Kreislauf-gesund und somit noch zum Teil am Leben, insbesondere die Seele lebt. Dieser als Organspender fungierende Mensch wird lediglich benutzt und ihm wird ein würdevoller, menschlicher Tod verweigert. Gerade in einer Zeit, in der wir uns immer mehr für einen würdevollen Tod und Sterbegleitung einsetzen, halte ich dies als Rückschritt nicht vertretbar. Die Seele des Menschen, die schmerzt, wenn man ihn nur als Organspender benutzt, verlangt eine herkömmliche Narkose. Ich glaube, es ist sehr wichtig, nicht nur den Menschen als Funktion zu sehen, sondern

auch als Menschen, ungeachtet der Tatsache, dass er bereits hirntot ist. Das Zentrale des Menschen, beziehungsweise sein Fundament, die Seele, lebt auch noch bei erhaltender Herzkreislauffunktion. Auch wenn sein Geist (cerebrale Funktion) bereits tot ist, lebt seine Seele und verlangt eine menschliche Behandlung. Rein dieser menschliche Aspekt sollte uns zum Gebrauch von Analgetika, die nebenbei das Budget nicht sprengen, zwingen. Ein weiterer Aspekt ist die Entlastung des Anästhesisten, der die undankbare und schwierige Aufgabe hat, den Herzkreislaufstillstand nach erfolgter Explantation herbeizuführen, was jeden Anästhesisten, wenn auch nicht immer bewusst, bewegt und belastet, zu einer doch deutlichen Erleichterung sei-

ner Aufgabe führt . . .
Dr. med. Friedrike Schlemmer,
Koldingstraße 29, 24105 Kiel

Scholastik

Wenn drei Fachgesellschaften, die BÄK und deren Wissenschaftlicher Beirat ohne erkennbare Not nochmals beteuern, wissenschaftlich rechtfertige der Hirntod als sicheres inneres Todeszeichen die Organentnahme, dann hört sich das eher nach Pfeifen im Walde an. Wenn zudem „anders lautende“ Äußerungen als „missverständlich“ wissenschaftlich „klargestellt“ werden, die „leider“ auch von einzelnen Ärzten kämen, dann ist das wissenschaftsfeindliche Scholastik und nimmt mir das Recht auf eine andere wissenschaftliche Meinung,

selbst wenn ich derselben Meinung wäre. Darüber hinaus: Solange ich als Angehöriger, als Krankenschwester oder als teilnehmender Arzt weiterhin unfähig bin, den Hirntod als Tod wirklich wahrzunehmen, und solange die vulgärmaterialistische Gleichsetzung der physikalischen und der anthropologischen Ebene des Menschen als unwissenschaftlich gilt, ist die Behauptung unzulässig, die Hirntoddefinition sei „anthropologisch“ oder „biologisch“ (im vollen, die kulturelle Perspektive des Lebens der Menschen einbeziehenden Sinne des Wortes) begründet. Daher schließlich: Da die Bevölkerung – so meine Hypothese –, weil gegenüber ihrem realen Erleben ihr die Hirntoddefinition irrelevant bleiben muss, von den Vertretern der Wissen-

schaft geradezu in das Misstrauen hineingetrieben wird, hier werde um eines – guten – Zweckes willen die volle Wahrheit gebeugt, trägt ausgerechnet die Hirntoddefinition entscheidend zu der Verweigerung der meisten Menschen bei, sich einen Organspenderausweis zuzulegen.

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner,
Nissenstraße 3, 20251 Hamburg

Therapieansätze

Zu dem Beitrag „Unzulässige Zahlungen“ von Sabine Rieser in Heft 19/2001:

Alte Entscheidungen überprüfen

Das Bundesversicherungsamt hat Recht, es legt seinen Finger auf manchen alternativ-medizinischen Schwachpunkt. Gehört aber die Therapie mit Eigenblut auch in diese Liste?

Es stimmt, sie gehört nicht zu den evidenzbasierten Methoden. Nach einer Zeit großer und breiter Anerkennung – auch in der akademisch gelehrten Medizin – wurde sie in den 1960er-Jahren nicht etwa falsifiziert, doch wurde sie an den Rand des allgemeinen Interesses gedrängt. Man war von den neuen therapeutischen Angeboten fasziniert, inzwischen sind wir ernüchtert worden. Die Inzidenz einiger, damals sehr wohl akzeptierter Indikationen nimmt sogar zu.

Der NUB-Ausschuss war eine zeitlang sehr schnell und sehr streng mit seinen Urteilen, wir sollten das korrigieren: Es fehlt eine Institution, die manche alte Entscheidungen noch einmal prüft. Die jetzt fast ausschließliche Erprobung von Akupunktur ist sehr einseitig, sie zeugt nicht von umfassender Kenntnis und Verantwortung für das gesamte medizinische Angebot

Prof. Dr. med. M. Bühring,
FU Berlin, Krankenhaus Moabit,
Turmstraße 21, 10559 Berlin

Chest Pain Units

Zu dem Beitrag „Wo Brustschmerzen gezielt ‚gefiltert‘ werden“ von Dr.med. Nicola von Lutterotti in Heft 16/2001:

So lässt sich auch Geld sparen

Dieser Artikel ist leider ein Paradebeispiel dafür, dass wir Ärzte uns immer mehr Gedanken über Geld, Verweildauer, Einsparpotenziale etc. machen und immer weniger darum, wie wir unseren Patienten eigentlich gerecht werden können.

Natürlich ist es sinnvoll und notwendig, bezüglich der Dyskardie oder Chest Pain bestehende Strukturen neu zu organisieren, aber bitte schön nicht nur nach Labor-beziehungsweise EKG-Parametern und nicht ausschließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten. Die Patienten, die wegen Brustschmerzen in die Notaufnahme kommen beziehungsweise den Notarzt rufen und bei denen man keinen organopathologischen Befund erheben kann, dürfen nicht einfach mit dem lapidaren Satz entlassen werden:

„Sie haben nichts“. Denn viele dieser Menschen sehen wir wenige Tage oder Wochen später erneut im Dienst wieder. Häufig verbirgt sich hinter der Dyskardie eine schwerwiegende psychosomatische Erkrankung (häufig eine Angststörung mit Panikattacken), die behandelt werden muss, wenn man dem Patienten wirklich helfen will. Dazu ist es zwingend erforderlich, in den Chest Pain Units auch eine psychosomatische Kompetenz zu integrieren. Wir haben aktuell einen Patienten in der Klinik, der im letzten halben Jahr 26mal den Notarzt gerufen hat, beziehungsweise sich in der Notfallambulanz vorgestellt hat, bis endlich mal ein Kollege auf die Idee kam, es könnte ja was psychosomatisches sein. Seit Beginn der Behandlung (Verhaltenstherapie, anxiolytische Psychopharmaka) erfolgte keine

einzig Notfallkonsultation mehr! So lässt sich übrigens auch Geld sparen!

Wie lange wird es noch dauern, bis die Kollegen verstehen, dass Patienten nicht nur aus organmedizinischen Befunden bestehen?

Dr. med. Frank Matthias Rudolph,
Psychosomatische Fachklinik St.
Franziska-Stift, 55543 Bad Kreuznach

Lebensversicherung

Zu dem Beitrag „Wer erbt die Versicherungssumme?“ in Heft 24/2001:

Ergänzung

Ihre Ausführungen zum Thema erscheinen mir insbesondere im Hinblick auf den ersten Absatz noch etwas ergänzungsbedürftig. Der Satz „Meist schließt der Erblasser die Versicherungssumme auf sein Leben ab, das heißt, dass die Versicherungssumme fällig wird, wenn der Versicherungsnehmer (Erblasser) stirbt“, geht nach dieser Formulierung an der Realität vorbei.

Der absolute Regelfall in der Kapitallebensversicherung ist wohl eher der, dass der Versicherungsnehmer die Auszahlung der Versicherungssumme zuzüglich der Gewinne am Ende der Vertragslaufzeit selbst erlebt und mithin darüber normalerweise steuerfrei auch persönlich verfügen kann. Aus diesem Grunde und mithin als Altersvorsorgeergänzung wird die Versicherung in erster Linie auch abgeschlossen. Die Hinterbliebenenversorgung kommt an zweiter Stelle, die Risikoversorge an dritter. Gängigerweise wird bei der Kapital-LV eine Laufzeit bis zum 60., dem 63. oder dem 65. Lebensjahr vereinbart. Die Fälle der Auszahlungen infolge vorzeitigem Tod treten bei der normalen Kapital-LV demgegenüber in der Statistik zurück. Unter dem Aspekt der so genannten „Riestervorschriften“ wird sich die Assekuranz allerdings in Zukunft einiges einfallen lassen müssen, damit die auszahlende

Leistung bei der Kapital-LV von der Steuer befreit bleibt. So wie es aussieht, werden Verträge mit einer Ablaufleistung in einer Kapitalsumme steuerlich nicht mehr wie in der Vergangenheit gefördert. Das Stichwort Steuer auf Versicherungen könnte neben den so genannten Riestervorschriften aber für einen viel interessanteren Artikel . . . erhalten, indem von Ihnen nämlich dargestellt wird, wann welche Erben beziehungsweise Begünstigte (Bank, Partner, Praxispartner) für die Nutznießung von Versicherungsleistungen insbesondere auch bei Verträgen auf zwei verbundene Leben und bei kreditabsichernden Risikoversicherungen, die bei Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen sowie bei Praxisneugründungen nicht selten sind, wie viel Steuern zu zahlen haben. Von daher ist die pauschale ARAG-Aussage des Artikels, dass die Lebensversicherung nur dann in den (steuerlich erfassenden) Nachlass fällt, wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden sei, nicht ganz richtig, da dies im Falle der Nutzung der LV als gewerbliches beziehungsweise existenzielles und praxisabsicherndes Finanzierungsinstrument nicht immer greift . . .

Peter Burkard, Versicherungs-Berater,
Kastanienallee 16, 64839 Münster

Vordrucke

Zur Bekanntmachung der KBV „7. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“ in Heft 21/2001:

Auszeichnung

Der Setzer hat verstanden! Hirntod!
7. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke. Die Beteiligten erhalten die Ehrennadel des Verbandes der Holzindustrie, papierherstellenden Industrie, der Spezialverlage, der Kartonagenhersteller, der Post etc.

Dr. Claus Abt, Alemannenstraße 24,
78224 Singen Hohentwiel