

LESERZUSCHRIFTEN

Leserzuschriften werden von der Redaktion sehr beachtet. Sie geben in erster Linie die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Die Veröffentlichungsmöglichkeiten sind leider beschränkt; der Redaktion bleibt oft keine andere Wahl, als unter der Vielzahl der Zuschriften eine Auswahl zu treffen. Die Chance, ins Heft zu kommen, ist umso größer, je kürzer der Brief ist. Die Redaktion muss sich zudem eine – selbstverständlich sinnwährende – Kürzung vorbehalten.

Irak

Zu dem Beitrag „Es leiden die Unschuldigen“ von Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein in Heft 42/2001:

Wer Bomben sät, wird Anthrax ernten

Die Zahl der monatlich (vergleiche auch den Beitrag von Gottstein) im Irak infolge des Embargos sterbenden Kinder entspricht etwa der Zahl der Todesopfer des Anschlages auf das New Yorker WTC. Weil die Taliban sich weigerten, Bin Laden auszuliefern, wurde Afghanistan bombardiert. Sollte der Irak die Auslieferung von zum Beispiel Vater und Sohn Bush mittels biologischer Waffen durchzusetzen versuchen, dann entspräche dies ebenfalls jener „neuen Weltordnung“, dergemäß das Völkerrecht dem Kampf für „grenzenlose Gerechtigkeit“ untergeordnet wird.

Wer Bomben sät, wird Anthrax ernten – so etwa lautet die neue Version der alten Geschichte von Goliath und David. Wir Ärzte werden uns drauf einstellen müssen.

Dr. med. Holger Schleip, Marktplatz 2 a, 75217 Birkenfeld

Perfider Zynismus

Vielen Dank für den informativen und erschütternden Bericht über die Leiden der Zivilbevölkerung im Irak. Was ich am erschreckendsten finde, das ist, dass die mit radioaktivem Uran versetzte Munition, die übrigens auch im Bosnien-Krieg zum Einsatz kam und, wie ich schwören möchte, jetzt auch in Af-

ghanistan verwendet wird, militärtechnisch überhaupt keinen Sinn macht, sondern allein dazu dient, ganze Völker radioaktiv zu verseuchen, was nicht nur die Krebsrate ansteigen lässt, sondern auch das genetische Potenzial dieser Völker auf Generationen verdirbt. Bei der Lage der Dinge traue ich es unserer Führungsmacht zu, dass sie nach erreichtem Zweck Gentechnologen zur Reparatur der angerichteten Schäden entsenden wird, um sich als Retterin feiern zu lassen. Welch perfider Zynismus!

Axel Nitzschke, Turnitzstraße 29, 91522 Ansbach

Dank an IPPNW und Professor Gottstein

Zuvor meinen herzlichen Dank für diese wichtige Veröffentlichung! Wer Prof. Gottstein kennt, weiß, dass er, wie er selbst schreibt, „Humanist und Arzt“ ist. Man weiß aber auch, dass die Quelle, aus der sich sein langjähriges, großes Engagement für die ausgepowerte, Not leidende irakische Bevölkerung speist, seine christliche Überzeugung ist, in der es für die Nächstenliebe keine Grenzen gibt (Martin Buber setzt übrigens an die berühmte Stelle des „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“, das Wort: „Liebe deinen Nächsten, er ist wie du“). In seiner nüchternen und pragmatischen Art wird Prof. Gottstein große Worte gar nicht hören wollen, aber nach dem 11. September ist es bedeutungsvoller geworden zu wissen, von wem die Hilfe kommt. Bei uns sind immer

häufiger Zeichen des Antiamerikanismus zu entdecken, der Schritt zum „Antiarabismus“ ist nicht weit. Im Irak hat der „christliche“ Westen mit seiner Embargopolitik selbst zur Eskalation seiner „Verteufelung“ beigetragen und stärkt so – Tag für Tag – radikalen Islamisten den Rücken. Es will schon etwas heißen und mag vielleicht auf manchen provozierend wirken, wenn der in seiner Wortwahl sonst eher zurückhaltende Prof. Gottstein „dem Westen“ ein „Verbrechen“ bescheinigt, „das zudem töricht und kontraproduktiv wirkt“. Angesichts der mangelernährten, marantischen, an banalen – bei uns gut behandelbaren – Krankheiten sterbenden Kinder muss aber jede Kritik an der deutlich formulierten Anklage verstummen. Zeichen der Solidarität und der Hilfsbereitschaft, die aus dem Westen kommen, sind gerade jetzt wichtig. Sie unterlaufen das klischeehafte Freund-Feind-Schema. Natürlich können NGOs (Nichtregierungsorganisationen) nur punktuell dazu beitragen, die Not der Kinder, Alten und Kranken zu lindern und den Hunger zu stillen, so wichtig jede einzelne Hilfsaktion auch ist. Ein politischer Paradigmenwechsel (auf allen Seiten!) zugunsten der Zivilbevölkerung ist längst angezeigt. Die Ereignisse der letzten Wochen geben zu Hoffnung allerdings wenig Anlass. Anlass besteht daher umso mehr, sich bei der IPPNW und Prof. Gottstein als Botschaftern des guten Willens zu bedanken und die Arbeit zugunsten der Notleidenden zu unterstützen. Es sieht schließlich so aus, als würden Prof. Gottstein und die anderen ehrenamtlichen Mitarbeiter der IPPNW wohl noch öfters in den Irak fahren müssen. (Warum ist Prof. Gottstein eigentlich so bescheiden, dass er nicht mal eine Kontonummer der IPPNW angibt, oder darf man das in redaktionellen Beiträgen nicht?)
Dr. Lorenz Peter Johannsen, Alte Jülicher Straße 257, 52353 Düren

Geschichte

Zu dem Beitrag „Elektrische Medizin – Funken der Aufklärung“ von Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott in Heft 41/2001:

Zentrale Bedeutung

Selbst eine nur oberflächliche physikalische Betrachtung der elektrischen Erscheinungen und Vorgänge im Körper vermittelt dem in-



teressierten Leser einen Eindruck von der zentralen Bedeutung der Elektrizität für das biologische Leben. Jede Verschiebung auch nur eines

Disease Management

Zu dem Beitrag „Programme auf Sand gebaut“ von Jens Flintrop in Heft 43/2001:

Nur ein DMP je Krankheitsbild akzeptieren

Prof. Lauterbach war ja als Gesundheitsökonom noch nie dafür haftbar, was er tat und sagte. Seit Jahren versucht er, den Deutschen die Eigenheiten des maroden US-amerikanischen Gesundheitswesens als Vorbilder zu verkaufen. Sollte Frau Schmidt seine Vorschläge zur Anwendung von „drei bis vier evidenzbasierten Leitlinien je Krankheitsbild“ umsetzen, wird sie möglicherweise das schaffen, was trotz der zahlreichen Reformen noch niemandem gelungen

einzelnen Ions (Ionenpumpe) erzeugt bereits ein Spannungsgefälle, auf das der Körper zu reagieren hat. Exemplarisch sei darüber hinaus auf EEGs und EKGs verwiesen, derzeit unersetzbare diagnostische Verfahren, bei denen Steuerungs- und Reaktionsfähigkeit des Körpers sichtbar und messbar gemacht werden.

Mediziner neigen zu „Grenzüberschreitungen“ in ihnen

unbekannte Fachgebiete. Als Medizinhistoriker kann man die historische Entwicklung aufzeigen, eine qualitative Bewertung steht einem jedoch nicht zu, solange man weder die Grundlagen der Elektrophysik in biologischen Systemen noch die der aufgeführten

Methoden wie zum Beispiel der Elektroakupunktur verstanden hat.

Dr. Kraßnigg, Bitzer Berg 20, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

ist: das deutsche Gesundheitswesen endgültig lahm zu legen.

Sollen tatsächlich Diabetiker der BEK mit anderen Medikamenten und nach anderen Kriterien behandelt werden als die der BKK, der AOK, der DAK usw.? Was passiert, wenn der Patient seine Kasse wechselt? Wie soll ein Arzt vier mal zehn DMP gleich 40 Disease-Management-Programme gleichzeitig im Kopf haben und nebenher auch noch eine vernünftige Medizin machen? (Schließlich hat unser Tag weiterhin nur 24 Stunden, und wir müssen jede bürokratische Neuerung von der ohnehin knappen Zeit der Patientenbetreuung abknapsen.) Da bei der jetzigen Situation nicht mit der plötzlichen Einkehr von Vernunft oder Praxisnähe im Gesundheitsministerium zu

rechnen ist, wird den Niedergelassenen nur noch eines bleiben: über starke KVen oder Netze nur ein DMP je Krankheitsbild zu akzeptieren!

Uwe Popert, Gesundheitsnetz Nordhessen, Dörnbergstraße 21, 34119 Kassel

Bisher vor allem: Vorschusslorbeeren

... Zwei Dinge dürfen bei Disease-Management-Programmen (DMP) allerdings nicht übersehen werden:

▷ Die medizinische Qualität der Disease-Management-Programme ist entscheidend. Denn nur mit Qualität lässt sich eine *tatsächliche* Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken erreichen. Disease Management muss somit evidenzbasiert sein, was die intensive Einbindung der Ärzteschaft und der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erfordert. In puncto Qualitätskriterien bleibt Lauterbach allerdings enttäuschend unkonkret, wenn er sagt, es gehe nicht um eine Kochbuchmedizin, sondern um ein „kluges“ Disease Management, das aus „drei oder vier“ evidenzbasierten Leitlinien auswählt. Eine Kochbuchmedizin gab es in der modernen Medizin nie und wird es auch nicht geben. ▷ Wenn die Krankenkassen – wie beabsichtigt – Disease-Management-Projekte alleine „stricken“, ist die Gefahr viel zu groß, dass Marketing- und finanzielle Aspekte neben fehlendem ärztlichen Sachverstand die Qualität der Disease-Management-Programme so stark verwässern, dass zwar die Rückzahlung aus dem Risikostrukturausgleich aus formalen Gründen erfolgt, aber die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker keineswegs gegeben ist.

Und dies würde dann den Sinn der Disease-Management-Programme ad absurdum führen. Man darf in diesem Zusammenhang nicht

vergessen, dass DMP zunächst einmal viel Geld kosten und ihre Effizienz und Effektivität erst noch bewiesen müssen. Bisher erhalten DMP vor allem Vorschusslorbeeren . . .

Dr. med. Rainer Hakimi, Goldtälweg 11, 70327 Stuttgart

Orthopädie

Zu dem Kommentar „Konservative Orthopädie: Ein Plädoyer“ von Prof. Dr. med. Jürgen Krämer in Heft 40/2001:

Ignoriert: Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Die Orthopädie ist, wie auch die Unfallchirurgie, vom Ausbildungskatalog und der realen Ausbildung in ortho-

pädischen Abteilungen zu einem Großteil ein operatives Fach. Zusatzqualifikationen sind für die Tätigkeit im ambulanten Bereich sinnvoll und notwendig, gehören aber nicht zwingend zur Weiterbildung im Fach Orthopädie.

Der Umgang mit den Heerscharen chronischer, schwer behandelbarer Schmerzpatienten, aber auch der Patienten, die funktionelle und anatomische Defizite am Bewegungsapparat aufweisen, und um die geht es in der „konservativen Orthopädie“, bedarf nicht nur Zusatzqualifikationen, sondern komplexer Therapiekonzepte.

Leider wurde in dem Plädoyer die Facharztgruppe völlig ignoriert, die von der Weiterbildung und vom Therapieansatz am ehesten in der Lage ist, akute und chronische Schmerzpatienten und dau-

erhafte Funktionsstörungen, die nicht operationspflichtig sind, zu betreuen: nämlich die Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Dr. Bruno Zimmermann, Mühlenstraße 18, 66687 Wadriß

Bereitschaftsdienst

Zu dem Leserbrief „Verdacht“ von Dr. med. W. Rothenbacher in Heft 42/2001:

Energischer Widerspruch

Dem Leserbrief, in dem der Kollege die Krankenhausambulanzen für unnötig und überflüssig hält und glaubt, dadurch die Assistenzärzte zu entlasten, muss ich aus meiner Erfahrung einer fast 40-jährigen chirurgischen Tätigkeit im Krankenhaus

energisch widersprechen. Der Kollege verkennt völlig die Situation, die sich täglich, besonders nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen, in der chirurgischen Ambulanz eines zentral gelegenen Stadtkrankenhauses darstellt. Der Krankenhausarzt holt sich doch nicht die Patienten von der Straße. Vielmehr kommen diese, weil sie schnelle Hilfe suchen und wissen, dass sie diese im Krankenhaus rund um die Uhr auch erhalten. Dass sie den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte nicht aufsuchen, haben nicht wir Krankenhausärzte zu vertreten. Den Grund sollten die niedergelassenen Ärzte bei sich selber suchen. Soll der Dienst habende Ambulanzarzt die Patienten etwa abweisen, sich dem Unverständnis und der berechtig-

ten Verärgerung der Patienten aussetzen und darüber hinaus das Risiko einer juristischen Verfolgung wegen unterlassener Hilfeleistung tragen? Dass Assistenten oft überfordert seien, ist eine unbewiesene Behauptung, weil diese in großer Zahl in fortgeschrittener chirurgischer Weiterbildung stehen oder bereits Fachärzte sind. Ob im Übrigen Röntgenaufnahmen therapeutische Konsequenzen haben, ergibt sich immer erst hinterher. Die Nasenprellung ist nun wirklich ein ungeeignetes Beispiel. Jeder meiner Assistenten würde sich freuen – gerade im Hinblick auf die aktuelle Diskussion ihrer Überbelastung –, wenn er eine Nacht im Bereitschaftsdienst durchschlafen könnte oder am Wochenende eine Verschnaufpause hätte. Ich will nicht den Wert und den Einsatz des Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte bezweifeln oder mindern, aber die Realität ist nun einmal eine andere. Der Verdacht, die Krankenhäuser wollten auf die ambulanten Notdienstleistungen nicht verzichten, ist unsinnig bei einer pauschalen Erstattung jedes Falles mit 36,00 DM.

Dr. med. R. Franke, St. Elisabeth-Hospital, Bleichstraße 15, 44787 Bochum

Auswahl an Gründen

Als Dienst habender Chirurg in einem Landkrankenhaus ist mir vertraut, dass Patienten direkt die Notaufnahme aufsuchen. Die Vielzahl der „inappropriate attenders“ lässt mich schon fast routinemäßig die Frage stellen, weshalb man sich denn nicht erst mal an den kassenärztlichen Notdienst gewendet hätte. Eine Auswahl der häufigsten Antworten:

„Was ist das?“ – „Gibt es das?“ – „Nix deutsch!“ – „Den habe ich angerufen, da hat er mich gleich hergeschickt!“ – „Das ist heute Dr. X, der überweist sowieso immer gleich!“ – „Das ist heute Dr. X, der ist Gynäkologe/

Kinderarzt/Augenarzt . . .“ – „Da habe ich angerufen, aber das dauert zu lange!“ – „Ich kenne mich hier nicht aus!“ (Hier ist Feriengebiet mit zahlreichen Campingplätzen.)

Die Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Und ist der Patient erst einmal da, muss der Diensthabende ihn ansehen. Und ist dies erst einmal geschehen, wird er auch behandelt, denn die Diskussion, ob und weshalb er doch erst den Kassenarzt aufsuchen sollte, ist weitaus mühseliger als beispielsweise die Entfernung einer Zecke, auch und gerade um drei Uhr morgens (vielleicht freut es den Kollegen ja auch, dass er dann nicht um diese Zeit mit derlei Dingen behelligt wird).

Dr. med. (I) H. Lampe, Wilhelm-Leuschner-Weg 11, 29614 Soltau

Weiterbildung

Zu dem Beitrag „Europa wächst zusammen“ von Prof. Dr. med. Peter Glogner in Heft 33/2001:

Keine Überraschung

. . . Es überrascht mich . . . nicht, dass immer mehr Ärzte und Ärztinnen nach einer sehr langen Ausbildung in andere Berufsfelder abwandern. Nach einer der längsten Pflichtstudienzeiten (mindestens sechs Jahre), einer dann 18-monatigen Arzt-im-Praktikum-Phase folgt zum Beispiel für den Facharzt Allgemeinmedizin eine fünfjährige Weiterbildungszeit. Viele wissen, wie schwierig im Rahmen dieser Weiterbildung das Finden einer Weiterbildungsstelle für den Abschnitt Kinderheilkunde ist. Viele wissen, wie teuer die erforderlichen Kursblöcke sind. Viele wissen, dass die Weiterbildungszuschüsse (circa 4 000 DM brutto) oft das einzige Entgelt sind, das ein zum Beispiel 32-jähriger Arzt zum Lebensunterhalt erhält . . .

Dr. Aron Schon, Zum Wacholder, 55583 Bad Münster a. St.

Neueingänge

Medizin/Naturwissenschaft

Siegfried Zabransky (Hrsg.): Screening auf angeborene endokrine und metabolische Störungen. Springer-Verlag, Wien, New York, 2001, XI, 404 Seiten, 50 zum Teil farbige Abbildungen, gebunden, 98 DM/49,80 €

H. J. Deuber, F. Keller, A. Schwarz (Hrsg.): Nierenfunktion und Arzneimittel. Therapie · Kinetik · Wirkung · Toxizität. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2001, XVIII, 306 Seiten, 37 Abbildungen, davon 7 in Farbe, 37 Tabellen, kartoniert, 62,59 DM/32 €

E. Bergemann, J. Schouli, R. Sommer, W. Lichtenegger (Hrsg.): Selbsthilfe Krebs. Wege zur standardisierten Selbsthilfe. Ein Buch für Krebspatienten und Ärzte sowie alle an der Krebserkrankung beteiligten Berufsgruppen. akademos Wissenschaftsverlag, Hamburg, Berlin, 2001, 192 Seiten, kartoniert, 36 DM

Susanne Maier: Lachgas. Stellenwert gestern, heute, morgen. Berichte aus der Medizin. Shaker Verlag, Aachen 2001, 239 Seiten, kartoniert, 69 DM

Rudolf Klußmann: Psychosomatische Medizin. Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche. Mit einem Kapitel Psychopharmakologie, bearbeitet von Manfred Ackenheil. Springer-Lehrbuch, 5., korrigierte und aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2001, XXIV, 568 Seiten, 80 Abbildungen, 69,90 DM

Andreas Frewer, Volker Roelcke (Hrsg.): Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2001, 267 Seiten, gebunden, 78,23 DM

Fabian Steffen: Das Hamburger Suizidgeschehen. Eine Analyse der Jahre 1985–1999 unter besonderer Berücksichtigung des Alterssuizides. Schriftenreihe: Forschungsergebnisse aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, Band 4. Verlag Dr. Kovac, Hamburg, 2001, IX, 137 Seiten, kartoniert, 68 €

Carl E. Speicher: Evidenzbasierte Labordiagnostik. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen u. a., 2001, 447 Seiten, 10 Abbildungen, 93 Tabellen, gebunden, 98 DM/49,95 €

Peter Reuter: Springer Taschenwörterbuch Medizin. 26 000 Fachbegriffe auf über 500 Seiten, Bedeutung, neue Rechtschreibung mit Alternativen. So schreibt man Medizin. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2001, IX, 594 Seiten, broschiert, 19,90 DM

Ulrich Heining (Hrsg.): Impfratgeber. Impfempfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. 2., neu bearbeitete Auflage, UNI-MED Science, UNI-MED Verlag, Bremen u. a., 2001, 136 Seiten, 19 Abbildungen, 87,62 DM

Matthias Krisor, Harald Pfannkuch, Kerstin Wunderlich (Hg.): Gemeinde, Alltag, Ressourcen. Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie. Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen, Band VI. Pabst Science Publishers, Lengerich u. a., 2001, 306 Seiten, kartoniert, 30 DM (15 €)

Rolf Behrens (Hrsg.): Chronisch-entzündliche Darmkrankungen im Kindes- und Jugendalter. UNI-MED Science, UNI-MED Verlag, Bremen u. a., 2001, 128 Seiten, 47 Abbildungen, 87,62 DM

Manfred Kindler (Hrsg.): Supportive Maßnahmen bei Chemotherapie. Ein Leitfaden für die Praxis. UNI-MED Science, UNI-MED Verlag, Bremen u. a., 2001, 72 Seiten, Hardcover, 79,80 DM

Versorgungsstrukturen

Peter Reuter: Springer Großwörterbuch Medizin – Medical Dictionary. Deutsch–Englisch/English–German. 45 000 deutsche Fachbegriffe auf über 1500 Seiten mit Definitionen, Synonymen und 100 000 Übersetzungen/50 000 englische Stichwörter mit Aussprache und 125 000 Übersetzungen. So schreibt man Medizin. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2001, XIII, 1531 Seiten, 14 Abbildungen, 99,90 DM

Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2001. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg u. a., 2001, XIV, 985 Seiten, 90 Abbildungen, 100 Tabellen, broschiert, 59,90 DM

Volker Munk, Heinz Freymann, Josef Gronemann, Klaus-Herbert Jacob: Der Jahresabschluss des Krankenhauses. Handbuch zur Rechnungslegung und Prüfung, 1. Auflage einschließlich 5. Ergänzungslieferung. bettendorf bei Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2001, 850 Seiten, 1 Register, Loseblatt, 1 Ringordner, 374,93 DM

Olaf Kirschnick: Pflorgetechniken von A–Z. Schritt für Schritt in Wort und Bild. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2001, XIV, 386 Seiten, 760 Abbildungen, kartoniert, 49,90 DM/25,51 €

Cees G.M. Kallenberg, Jan W. Cohen Tervaert (Editors): Disease-modifying Therapy in Vasculitides. Progress in Inflammation Research. Birkhäuser Verlag, Basel, Boston, Berlin, 2001, 216 Seiten, gebunden, 220 DM □