

Die Patientenrechte haben ihre Grundlage schlicht im Grundgesetz und sind über viele Jahre durch die Rechtsprechung präzisiert worden. Über die insoweit entstandene Rechtslage kann nicht beliebig verfügt werden. Selbst wenn es nicht so wäre, müsste man im Übrigen daran denken, den Patienten die Formulierung ihrer Rechte zu überlassen; warum dies mit aller Macht nur die Ärzte tun wollen, ist mir, ehrlich gesagt, unverständlich. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung sind ärztliche Interessenvertretungen und von ihrer Aufgabenstellung doch ernstlich nicht legitimiert, verantwortlich für die Patienten zu sprechen.

Ich rege an, dass sich die Ärzteschaft von ihrer Mini-Charta trennt und uneingeschränkt dem von der Gesundheitsministerkonferenz beschlossenen Papier ihre Zustimmung erteilt. Nur ein solches Verfahren liegt wirklich im Interesse der Patienten . . .

Werner Schell, Harffer
Straße 59, 41469 Neuss

Patientenverfügung muss verbindlich sein

Dass die Bundesärztekammer mit den „Handreichungen“ einen Service erbringt, ist zu begrüßen (auch wenn man sich fragt, was der Titel „Handreichungen“ signalisieren soll). Etwas unglücklich ist aber das Vorwort auf Seite eins, denn es drückt ein Erstaunen angesichts eines „neuen Arzt-Patient-Verhältnisses“ aus, wo dieses „neue“ Verhältnis – die informierte Selbstbestimmung – eine Selbstverständlichkeit ist. Entsprechend unsicher fällt die Darlegung der Zielsetzung aus, wonach „Patientenverfügungen als wesentliche Hilfe für Entscheidungen des Arztes aufgewertet“ werden sollen. Patientenverfügungen sind keine Hilfe für den Arzt, sondern eine Maßgabe, an die er sich zu halten hat, sofern er dadurch kein Recht bricht.

Da muss also die Ärzteschaft nicht aufgefordert werden, „Patientenverfügungen ernst zu nehmen“, sondern vielmehr sind Patientenverfügungen zu respektieren und nicht nur zu berücksichtigen. Die Patientenverfügung muss also rechtsfest formuliert sein, wozu die „Handreichung“ einen Beitrag leisten kann. Jedoch nur eine „steigende Verbindlichkeit solcher Verfügungen“ anzustreben, kann nicht das Ziel sein, denn entweder ist die Verfügung verbindlich oder nicht. Nur wenn sie verbindlich ist, kann sie Arzt und Patient helfen.

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze,
Asterweg 65, 50259 Pulheim

Arzneiverordnung

Zu dem „Seite eins“-Beitrag „Arzneiverordnungsreport 1999: Ein gewisser Hochmut“ von Norbert Jachertz in Heft 44/1999:

Hochmut kommt vor dem Fall

Ich finde es bedauerlich, wenn der Arzneiverordnungsreport 1999 mit Bemerkungen wie „ein gewisser Hochmut“ oder gar „unverföhrene Verdächtigungen“ kommentiert wird. Wir sitzen alle in einem Boot; was man an Arzneimitteln einspart, kann man an anderer Stelle möglicherweise sehr viel sinnvoller ausgeben. Dass auch der Arzneiverordnungsreport 1999 wieder erhebliche Einsparpotenziale aufgezeigt hat, steht außer Zweifel, zumindest bei den Antibiotika. Ausnahmslos alle älteren und neueren Publikationen über die Verordnungspraxis von Antibiotika in Klinik und Praxis sprechen dafür, dass etwa 30 bis 50 Prozent aller Antibiotika sinnlos gegeben oder jedenfalls durch preiswertere Präparate ersetzt werden könnten. Wenn beispielsweise heute noch Locabiosol, ein Lokalantibiotikum, in zweistelliger Millionenhöhe zur Therapie von oberen Atemwegsinfektionen

eingesetzt wird, dann ist das einfach absurd, denn zu Locabiosol gibt es sogar eine Negativmonographie. Auch ist aus dem Arzneiverordnungsreport der letzten Jahre in konstanter Regelmäßigkeit abzulesen, dass neue Antibiotika meist sehr rasch hohe Umsätze machen, obwohl die meisten neuen Antibiotika nur Variationen von älteren und nicht immer so viel besser sind, dass man gleich die alten, bewährten Substanzen ad acta legen muss. Nun seien wir doch mal ehrlich: Wer reist nicht gerne mit oder ohne Ehefrau auf Kosten anderer durch die Lande? Wenn Hersteller solche oder ähnliche Reisen als Teil des Einführungsmarketings eines Antibiotikums immer noch finanzieren, dann sind diese Kosten genau kalkuliert, so dass hinten dann auch was rauskommt. Tatsächlich steigen dann auch meist die Umsätze bei den eingeladenen Ärzten, auch das lässt sich nachweisen. Die Ärzte sind also weder an der Spitze der Einsparmöglichkeiten noch der Verschreibungsmoral angelangt. Der Arzneiverordnungsreport erinnert uns jedes Jahr daran: Hochmut kommt sowieso vor dem Fall.

Prof. Dr. med. Franz Daschner,
Universitätsklinikum
Freiburg, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

Landessitten

Zu dem Akut-Beitrag „Landessitten und Therapierichtlinien“ von Rüdiger Meyer in Heft 45/1999:

Ein weiteres Beispiel

Der Artikel betrifft ein interessantes und bisher wenig beachtetes Phänomen. Schon vor Jahren habe ich im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Europäischer Psychiater erfahren, dass die von uns Deutschen bei Alkoholkranken geforderte totale Abstinenz bei französischen Psychiatern überhaupt nicht in Erwägung gezogen werde, weil sie nicht

durchsetzbar erscheint. Man sagte mir, die Patienten würden den Arzt für verrückt halten, wenn er so etwas verlangen würde. Man praktiziere stattdessen mit Erfolg den Vorschlag eines sozial kontrollierten und verminderten Alkoholgenusses. Ich hatte als Patienten viele französische in Berlin stationierte Offiziere, die den Militärpsychiater nicht aufsuchten, weil sie bei Bekanntwerden ihrer Alkoholprobleme soziale und berufliche Nachteile erwarteten. Sie zogen ihre Uniform nach dem Dienst aus und kamen zu mir zur Behandlung. Sie bestätigten, dass das Ablehnen von Aperitif oder Wein im Offizierskasino höchstens mal ein paar Tage und bei einer akuten Erkrankung möglich sei. Ich habe mit großem Erfolg mit ihnen vereinbart, dass sie nur dort trinken sollten, wenn es gesellschaftlich unumgänglich und durch Anwesenheit anderer Personen sozial kontrolliert wird, niemals alleine, niemals in größeren Mengen.

Dr. med. Hartmut Klemm,
Münchener Straße 48, 10779
Berlin

Kulturelle Faktoren können förderlich sein

Als forschend tätiger Arzt (und erst recht als potenzieller Patient!) bin ich natürlich ein Anhänger von Evidence based medicine. Als forschend tätiger Arzt im Bereich Naturheilkunde/Komplementärmedizin bin ich natürlich gleichzeitig ein Verfechter der „Culture based medicine“. Darum bin ich auch nicht glücklich, wenn ich beobachte, wie kulturell gewachsene medizinische Ansätze oft völlig undifferenziert verpflanzt werden. Klassisches Beispiel sind hier viele Angebote aus dem Bereich der traditionellen chinesischen oder der tibetischen Medizin, dem indischen Ayurveda und ethnomedizinischen Ansätzen anderen Ursprungs – wengleich sich mit der Exotik allein schon

offenbar gut Kasse machen lässt.

Im Übrigen sind culture based medicine und evidence based medicine durchaus keine Gegensätze. Wichtig scheint mir viel mehr zu bedenken, dass in unserer gegenwärtigen Medizin weitgehend ignoriert wird, wie sehr auch kulturelle Faktoren förderlich beziehungsweise hinderlich für den Heilungsprozess sein können. Dies gilt nicht zuletzt für Konzepte der klassischen Naturheilkun-

de (Kneipp) beziehungsweise der kurörtlichen Therapie. Allerdings gilt auch umgekehrt, dass der bloße Verweis auf Kultur und Tradition für sich allein kein hinreichendes Argument darstellen kann, zumal wenn die Indizien (sprich die Evidence) dagegen sprechen. Das würde ich mir als Patient auch verbitten.

Prof. Dr. med. Karl-Ludwig Resch, Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft, Lindenstraße 5, 08645 Bad Elster

Budgetierung

Zu dem Interview mit Winfried Schorre, dem damaligen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, „Die Budgets müssen weg, und zwar alle!“ in Heft 41/1999:

Politisch abstrakt

... Insgesamt sind die Antworten von Herrn Dr. Schorre politisch abstrakt gehalten und sagen zunächst nichts über das zu erwartende Schicksal des einzelnen Kassenarztes aus. Wenn Herr Dr. Schorre sagt, die Budgets müssen weg, und zwar alle, wird ihm wohl kein Kassenarzt widersprechen. Auch wenn als Feindbild die Politik und die Krankenkassen erhalten sollen, darf nicht verdrängt werden, dass das Missmanagement der ärztlichen Selbstverwaltung das Außerkontrolleggeraten des Systems ermöglichte, an welchem viele Ärzte ihre ökonomischen Bedürfnisse befriedigen konnten, bis es kollabierte und der Staat eingreifen musste, da die Geldmittel erschöpft waren. So wurde aus dem Ärztestand ein Deckelstand. Während meiner zehnjährigen Niederlassung demonstrierte mir die ärztliche Selbstverwaltung jedes Quartal anhand der sinkenden Punktwerte die Unzulänglichkeit ihres Tuns.

Dr. Schorre: „Wir können und wollen natürlich nicht pausenlos die halbe Ärzteschaft prüfen.“ Es wäre aber

die Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung gewesen, durch Prüfungen auszuschießen, dass die Leistungsmenge aus ökonomischen Gründen von der Gesamtvergütung honoriert wurde; das hätte sich zweifelsfrei auf die Stabilität des Punktwertes und eine ausreichende Gesamtvergütung ausgewirkt . . .

Priv.-Doz. Dr. med. H. Schellong, Hafestraße 68, 41460 Neuss

Tinnitus

Zu dem Medizin-Bertrag „Die Bedeutung der Retrainingtherapie bei Tinnitus“ von Dr. Eberhard Biesinger und Dr. Christian Heiden in Heft 44/1999:

Kostenübernahme nicht gesichert

... Meine Erfahrungen mit den Krankenkassen sind besonders enttäuschend: Obwohl wir für jeden Patienten ein ausgefeiltes Gutachten erstellen, hat bisher keine Kasse die Kosten für eine ambulante Therapie übernommen. Sehr wohl aber bezahlt sie die stationäre Retrainingstherapie (ambulant für drei Monate 1 800 DM gegen stationär für vier Wochen 5 600 DM).

Das ist besonders empörend, weil auf dem letzten Ärztetag die Forderung „ambulant vor stationär“ schon aus Kostengründen laut wurde . . .

Dr. Elisabeth Gabka-Heß, Motzstraße 30, 10777 Berlin