



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Babylon in Klinik und Praxis?

Zum Leitartikel von Dr. Max Kaplan in Heft 12/2013, Seite 627.

Die Sprache ist nicht nur ein Problem für zugewanderte Kolleginnen und Kollegen, sondern auch für uns Eingeborene, denn auch wir Niedergelassenen haben oft Verständigungsschwierigkeiten mit Kollegen und Patienten, die kein Deutsch sprechen und verstehen. Vor Jahrzehnten habe ich eine Welt-Rundreise gemacht und ich habe gesehen, dass man mit sprachlichen Schulkenntnissen an vielen Orten immerzu in Schwierigkeiten kommt. Einer aus unserer Reisegruppe klagte einmal an einem Sonntag, überall stehe „closed“ und nirgends sei eines.

Damals ist mir klar geworden, wie hilfreich eine Welt-Hilfssprache wäre. Viele Menschen glauben, dass Englisch dabei sei, diese zu werden. Aber jede lebende Sprache stößt aus historischen und politischen Gründen in vielen Ländern auf totale Ablehnung und das ist ein K.o.-Kriterium, denn mit einer Weltsprache sollte man sich eines Tages auf der ganzen Welt verständigen können. Ich dachte damals eher an Esperanto und ich habe mir einen Sprachkurs gekauft. Da aber die beiliegende Schallplatte defekt war, habe ich nicht sofort mit dem Lernen begonnen und allmählich ist mir dann klar geworden, dass das auch nicht viel nützen würde. Es sprechen zwar schon mehrere Millionen Esperanto, aber das ist noch immer sehr viel weniger als ein Promille der Weltbevölkerung. Bei Bedarf müsste ich also mehrere tausend Menschen um mich haben, um einen zu finden, der mir helfen kann. Die Anhänger

dieser Sprache sind zwar überzeugt, dass diese dabei sei, sich sehr rasch über die ganze Welt zu verbreiten. Doch das ist ein Irrtum. Je mehr Menschen eine Sprache erlernen, umso mehr davon sterben auch jedes Jahr wieder weg und ich bin überzeugt, dass deshalb bei Esperanto nach über 100 Jahren für die bisherigen Verbreitungsmethoden längst ein Gleichgewicht entstanden ist, sodass sich damit kein Fortschritt mehr entwickeln kann.

Die Interessen und Fähigkeiten der Menschen sind sehr unterschiedlich. Es gibt zwar auf der ganzen Welt Esperantoklubs. Aber da treffen sich überwiegend Sprach-Begabte und Interessierte, die Spaß daran haben, sich in dieser Sprache zu unterhalten, obwohl in jedem Klub die große Mehrheit die gleiche Muttersprache spricht. Diese Klubs haben internationale Verbindungen, über die sie sich günstige Übernachtungsmöglichkeiten organisieren, sodass sie preiswerte Fernreisen machen können. Aber damit wird wieder nur ein kleiner Kreis speziell Interessierter angesprochen und niemals eine Mehrheit erreicht werden.

Vor einigen Jahren bin ich auf das Büchlein „Fremdsprachen lernen für Schüler mit der Birkenbihl-Methode“ (ISBN 978-3-7205-4038-4) gestoßen. Vera F. Birkenbihl hat viele Methoden zur Erleichterung des Fremdsprachenunterrichts entwickelt.

Ich denke, dass man einmal einen solchen Versuch machen sollte und ich hoffe, dass damit auf lange Sicht mehr zu erreichen ist, als mit Sprachprüfungen für Ärzte. Denn Sprachkenntnisse sind nicht nur für diese notwendig, sondern sie müssten auch Pflege- und Praxispersonal und Patienten erreichen, also ohnehin schon einen großen Teil der Bevölkerung. Auch der Rest kommt immer häufiger in eine Situation, in der eine Weltsprache helfen würde und es würde nicht schaden, wenn wieder einmal ein Fortschritt für die Welt von Bayern ausginge.

Dr. Ottmar Eppe, Facharzt für Allgemeinmedizin, 88142 Wasserburg

Schuldenerlass

Zum Lexikon in Heft 12/2013, Seite 630.

Das Bayerische Ärzteblatt weist auf das Beitragsschuldengesetz hin, nach dem Nichtversicherte bei ihrer privaten Krankenkasse bis 31. Dezember 2013 den seit dem 1. Januar 2009 vorgeschriebenen Versicherungsschutz ohne Säumniszuschläge beantragen können. Das hilft einem wenig, wenn die Rente geringer als

der Basistarif in der privaten Krankenversicherung ist, und das Einkommen nach Mietabzug geringer als der halbierte Basistarif. Auch das Bundesministerium für Gesundheit konnte mir keine Versicherungsmöglichkeit aufzeigen. Vorher war ich 58 Jahre privat versichert, bis ich durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 die Berufszulassung verlor und als Folge 80 Prozent der Rentenansprüche.

Rolf Klimm, Arzt, 83093 Bad Endorf

Prävention in der klinischen Toxikologie. Was ist gesichert – was ist Mythos?

Zum Titelthema von Verena Schrettl und Universitätsprofessor Dr. Florian Eyer in Heft 12/2013, Seite 632 ff.

Oben genannter Artikel ist in einigen Punkten ohne ausreichenden Tiefgang. Es werden auf Seite 637 unter der Überschrift „Pflanzen und Pilze“ zwar einige typische Vertreter genannt, aber mir würden aus dem Stehgreif mehr einfallen.

Auch mangelt es bei der Tabelle 2 an Übersichtlichkeit. Es wäre hier schön gewesen, wenn in einer weiteren Spalte die Erstmaßnahmen aufgeführt worden wären, oder wenn, wie bei Cholchizinvergiftungen, keine spezifische Behandlung existiert, dies aufgeführt wird. In der vorliegenden Form fehlt die ausdrückliche „Take-home Message“, bzw. ist diese durch viele andere Informationen verdeckt.

*Dr. Walter Kilchenstein,
Facharzt für Innere Medizin,
80638 München*

Zum gleichen Thema:

Ein Übersichtsartikel wie dieser kann unmöglich alle Pflanzen aufzählen, die für den Menschen giftig/gefährlich sein können. Mir erscheint es jedoch wichtig, eine Pflanze zu nennen, die häufig zu sehen ist und deren Vergiftungspotenzial vielleicht weniger geläufig ist.

Der Eisenhut ist mit seinen leuchtend blauen Blüten eine sehr beliebte Zierpflanze in Anlagen und Hausgärten. Da er vom Weidevieh gemieden wird, findet man ihn auch häufig in der Umgebung von Almhöfen, eine typische „Lägerpflanze“.

Der Hauptinhaltsstoff Aconitin (Hauptalkaloid) des Eisenhuts ist eines der stärksten Pflanzengifte, die man kennt. Die ganze Pflanze ist

giftig, besonders Wurzel und Samen. Zwei bis vier Gramm Wurzeln wirken tödlich. Wurzel­mengen über 0,2 g sind schon toxisch. Roth et al. stufen den Eisenhut als „sehr stark giftig +++“ ein. Das Gift dringt auch durch Schleimhäute und die intakte Haut, sodass sogar Kinder gefährdet sind, wenn sie mit Blüten oder Blättern spielen.

Vergiftungserscheinungen: Kälteempfindlichkeit, Empfindungsschwierigkeit, Übelkeit, Erregung, Herzrhythmusstörungen, Krämpfe, Lähmung der Zunge, der Gesichts- und Extremitätensmuskeln, zuletzt Kreislauf­lähmung. Aufgrund dieser belegten Wirkungen halte ich die Berücksichtigung des Eisenhuts in dem Artikel für äußerst wichtig.

*Gunhild Ebel, Apothekerin,
79211 Denzlingen*

Antwort

Wir haben mit Freude zur Kenntnis genommen, dass unser Artikel „Prävention in der klinischen Toxikologie. Was ist gesichert – was ist Mythos?“ offensichtlich bei den Lesern Interesse gefunden hat, aber auch Anlass zu einigen kritischen Anmerkungen war.

Den Verfassern der Leserbriefe gilt daher zunächst unser Dank für Ihre Kommentierung! Wir möchten uns zu der angesprochenen Kritik kurz äußern:

Leitthema des Beitrages waren Gedanken zu Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der klinischen Toxikologie – der Themenserie des *Bayerischen Ärzteblattes* folgend. Um dieses etwas trockene Thema mit klinischen Beispielen zu füllen, haben wir daher exemplarisch einige wenige ausgesuchte Gifte gewählt, die vor allem im Giftnotruf – dort wo Prävention täglich gelebt wird – eine bedeutende Rolle bei der Beratung einnehmen.

Es war weder Intention der Redaktion noch der Autoren, einen Übersichtsartikel über häufige, wichtige oder schwere Vergiftungen zu verfassen sowie deren Diagnostik und Therapie im Speziellen zu besprechen. Die Auswahl der einzelnen im Artikel genannten Noxen und Toxine ist also vor dem Hintergrund des Präventionsgedanken erfolgt und natürlich subjektiv. Gunhild Ebel sowie Dr. Walter Kilchenstein erwähnen zu Recht Colchicin sowie das Aconitin des Eisenhuts als wichtige, weil besonders toxische Vertreter der Pflanzentoxine. Auf eine ausführliche Besprechung dieser und anderer Substanzen konnten wir aus oben genannten und redaktionellen Gründen leider nicht einge-

hen und dürfen hier auf einschlägige Werke der toxikologischen Primär- und Sekundärliteratur verweisen.

*Verena Schrettl,
Universitätsprofessor Dr. Florian Eyer*

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – Stand der Dinge

Zum Artikel von Dr. Claudia Levin und Dr. Elisabeth Albrecht in Heft 1-2/2014, Seite 15.

Die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), in den Ärzteblättern groß beworben, von Politik und Kostenträgern gewollt, sinnvoll und kosteneffektiv. Realität? Nach meiner Erfahrung klar NEIN!

Mein Patient hat mit 67 Jahren die Diagnose „Glioblastom Grad 4“ erhalten, nach Partialresektion erscheint er kurz vor Weihnachten in nicht mehr erkennbarem schlechtem Allgemeinzustand aus der Klinik in die Praxis. Er hat einen Neglect, kann sich nur mit Unterstützung durch die Ehefrau halbwegs sicher fortbewegen. Die Bulbi sehen bewegungsabhängig in diverse Richtungen. Auf Nachfrage wünschen Patient und Angehörige, dass er seine verbleibende Zeit zuhause verbringen und auch dort sterben darf. Die Angehörigen kümmern sich, kommen aktuell gut zurecht, sorgen sich aber vor den sich abzeichnenden Krankheitskomplikationen; gerade an den vielen bevorstehenden Feiertagen über Weihnachten/Neujahr ...

Ich erstelle einen Palliativ-Notfallplan, um gegebenenfalls nötig werdenden Hilfsdiensten (Bereitschafts-, Rettungsdienst, Notarzt) die Entscheidung leichter zu machen und möglichst eine Krankenhaus-Einweisung zu vermeiden. Ich erinnere mich an die vielerorts beworbene SAPV. Zum Glück wurde in meinem Versorgungsbereich vor Kurzem eine aufgebaut. Ich recherchiere einige Zeit wie es nochmal geht und verwende noch mehr Zeit darin, die Verordnung korrekt auszufüllen. Nehme Kontakt auf, übermittle Daten und Vorbefunde, organisiere.

Im neuen Jahr kommen sie wieder – er ist noch am Leben. Bislang sind sie gut zurecht gekommen. Das SAPV-Team war da, alles wäre so gut vorbereitet. Nur der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat uns einen Strich durch die Rechnung gemacht: SAPV abgelehnt. „Diagnose nicht schwer genug“, „die Symptome sind auf die Behandlung (Chemo), nicht auf die Erkrankung zurückzuführen“, keine Kostenübernahme, „vielleicht findet Ihr

Arzt noch eine schwerere Diagnose“. Ich bin entsetzt! Dachte ich mir doch, die SAPV wäre geeignet, „für den Fall bereit zu stehen“, wenn der erste Krampfanfall kommt und die Angehörigen an ihre Grenzen kommen. Um den Notarzteinsatz und die Hospitalisierung zu vermeiden. Nicht zulässig, laut MDK. Erst, wenn die Komplikation eingetreten ist, darf die SAPV verordnet und dann genehmigt werden!

Aufgrund des Kortisons zur Hirn-Abschwellung ist der vorbestehende Diabetes entgleist, Blutzucker 1350 mg/dL. Jetzt geht es in die Klinik, wird teuer, belegt dort ein begehrtes Bett und ob er wieder nach Hause kommt? Auf jeden Fall wird er nicht daheim sterben dürfen. Weil all die Komplikationen, die absehbar eintreten werden, werden vor SAPV-Verordnung (und Genehmigung ...) sicher einweisungspflichtig. Weil nicht genehmigt wird, dass die SAPV rechtzeitig ins Boot geholt und als ausschließliche Rückfallebene/„letzte Wiese vor Notarzteinsatz/Einweisung“ genutzt wird.

Ohne Worte! Ich werd's nicht kompensieren durch Selbstaufgabe und Freizeiteinsatz. So nicht. Dann wird's halt teuer und geht gegebenenfalls per Helikopter ins Krankenhaus ... Schade!

*Dr. Sven Heidenreich,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
90518 Altdorf*

Antwort

Dr. Sven Heidenreich beschreibt sehr treffend ein Problem einer gerade neu geschaffenen Versorgungsform wie der SAPV: Das Zusammenspiel mit Kostenträgern und MDK muss entwickelt werden. Das geschieht an jedem strittigen Fall.

Zunächst eine wirklich gute Nachricht: Wenn ein Hausarzt SAPV verordnet, dann kann das SAPV-Team sofort tätig werden und muss nicht auf eine Genehmigung durch die Krankenkasse warten. Bei Ablehnung durch die Krankenkasse (meist aufgrund eines MDK-Gutachtens) steht dem Team vertraglich eine Bezahlung bis zu dem Zeitpunkt zu, an dem der negative Bescheid eingegangen ist.

Die meisten Verordnungen werden jedoch genehmigt. Bei Unklarheiten nimmt der begutachtende MDK-Mitarbeiter in der Regel Kontakt mit dem SAPV-Team auf. Dieses Vorgehen vermeidet meist eine unangemessene Ablehnung, welche Patient und Familie in dieser Situation extrem belasten würde.

Situationen mit laufender Chemotherapie sind häufig Grenzfälle für die SAPV: Sie kann nur dann den Notarzt ersetzen, wenn der Patient keine Reanimation und keine Lebensverlängerung mehr wünscht. Meist sind das Patienten, die auch auf eine Chemotherapie verzichten bzw. bei denen diese nicht mehr möglich ist.

Im geschilderten Fall hat offenbar das professionelle Vorgehen sowie der Kontakt mit der SAPV den Patienten und dessen Familie nach dem Schock der Diagnose stabilisiert. Nun nimmt der Patient Chemotherapie in Anspruch. Er kennt das SAPV-Team, weiß, dass er daheim diese zusätzliche Hilfe erhalten kann, selbst wenn die Krankheit nicht mehr beeinflussbar ist. Das SAPV-Team kann ohne vorherige Genehmigung bei Problemen kurzfristig reaktiviert werden, es kennt den Patienten bereits – verwaltungstechnisch heißt das: neue Verordnung, neues Genehmigungsverfahren, und dann vermutlich Kostenübernahme. Hoffen wir, dass dem Patienten eine gute Zeit daheim gegönnt ist.

Dr. Claudia Levin,
Dr. Elisabeth Albrecht

In dubio pro vita – oder doch nicht?

Antwort auf den Leserbrief von Dr. Peter Plenk in Heft 1-2/2014, Seite 52.

Dr. Peter Plenk bringt in seinem Leserbrief zu unserem Beitrag „In dubio pro vita – oder doch nicht? Zur ethischen Rechtfertigung der Therapiedurchführung bei unbekanntem Patientenwillen“ (*Bayerisches Ärzteblatt* 12/2013) einen gewichtigen Einwand vor. Er schreibt: „Entscheidung zum Wohl des Patienten. Das kann aber nicht heißen, dass alles gemacht wird um das Leben des Patienten zu erhalten. Es muss

das gemacht werden was in dieser Situation sinnvoll ist. (...) Aber eine Therapie abzubrechen kann sehr wohl sinnvoll und zum Wohle des Patienten sein.“

Gerne wollen wir das Anliegen unseres Beitrags in diesem Punkt noch einmal herausstellen: Das von uns vorgetragene Argument bestand darin, dass im geschilderten Falle – wenn also keine Erkenntnis über den aktuellen, noch über den verfügbaren, noch über den mutmaßlichen Willen möglich ist und der mittlerweile bestellte Betreuer sich nicht im Stande fühlt, eine Aussage zur Einwilligung oder Untersagung der angebotenen medizinischen Maßnahme zu treffen – das Argument „in dubio pro vita“ insoweit gilt, dass eine indizierte Therapie in jedem Fall begonnen werden muss.

Das heißt aber gerade aus ethischen Gründen nicht, dass alles medizinisch Mögliche, um das Leben zu erhalten, zu machen sei. Es gibt keine moralische Pflicht, dass jede medizinische Therapie der Lebenserhaltung dienen muss. Das medizinethische Argumentieren erkennt mit dieser Einschränkung an, dass das Leben unweigerlich biologischen Begrenzungen unterworfen ist, die auch sein Ende verursachen. Der Auftrag zur unbedingten, medizinisch gestützten Dauererhaltung jeden Lebens würde also der natürlichen Begrenztheit des Phänomens Leben widersprechen.

Es gehört zur ärztlichen Aufgabe, jede Indikation dem konkreten Lebens- und Gesundheitszustand eines Patienten entsprechend zu stellen. Und das kann unter Umständen auch bedeuten, dass eine kurative Therapie beendet wird und palliative Maßnahmen eingeleitet werden. Deshalb hatten wir geschrieben: „Aus dem Grundprinzip Leben erfolgt

vielmehr der fundamentale Anspruch, das je in der Situation Notwendige zu erhalten, um angemessen leben zu können. Wenn sich das Leben aber aufgrund seiner biologischen Grenzen dem Ende nähert und es unmöglich wird, kurative Therapieziele zu erreichen, entspricht es dem vorgetragenen Gedanken, dass es legitim sein kann, die Maßnahmen entsprechend dem neuen Therapieziel (zum Beispiel Leiden zu lindern) anzupassen. Damit entwertet man nicht das Leben als Grundprinzip ethischen Denkens, sondern nimmt nur hin, dass der Therapieanspruch sich den physiologischen Begrenztheiten dieses Lebens anpasst. Das Angebot einer palliativen Therapie entspricht also dem Anspruch, der sich aus dem Grundprinzip Leben ergibt“ (*Bayerisches Ärzteblatt* 12/2013, Seite 668).

„In dubio pro vita“ muss also richtig verstanden werden als „im Zweifel für das Leben angesichts seiner biologischen Grenzen“. Der Ausdruck wird falsch interpretiert, wenn er als kategorische Pflicht zur Lebenserhaltung gelesen wird. In diesem Sinn träfe der Ausdruck „das Therapieziel zu ändern“ besser den ärztlichen Entscheidungskonflikt als der Terminus „eine Therapie abzubrechen“.

Das, was im Leserbrief vage als das medizinisch „Sinnvolle“ vorgeschlagen wird, lässt sich entsprechend der vorgelegten Argumentation ebenfalls präzisieren: In der Planung der medizinischen Maßnahmen gilt es entsprechend der Therapiezielsetzung zu prüfen, welche Mittel verhältnismäßig angeboten werden können, um das auf einen aus ärztlicher Sicht hin überschaubaren Zeitraum hin angesetzte Therapieziel zu erreichen. Dieser Grundsatz der Verhältnismäßigkeit richtet sich an den Kriterien der Angemessenheit, Erforderlichkeit und Geeignetheit aus.

Dieser Verhältnismäßigkeitsgrundsatz spiegelt sich unter anderem im Prinzip des „Primum nihil nocere“ wider. Denn dieses negative inhaltliche Prinzip besagt, dass immer die medizinischen Maßnahmen zu wählen sind, die, um das indizierte Therapieziel zu erreichen, dem Patienten am wenigsten Schaden zufügen. So wäre zum Beispiel eine Chemotherapie bei Patienten mit weit fortgeschrittenem, nicht kurativ behandelbarem Tumor dann ethisch gerechtfertigt, wenn sie so angeboten würde, dass das Maß ihrer Dosierung und Sequenzierung angemessen, erforderlich und geeignet ist das Therapieziel – nämlich das psychische und somatische Leiden des Patienten zu lindern – zu erreichen.

Dr. Bernhard Bleyer,
Privatdozent Dr. Michael Pawlik

JEDER KANN EIN RETTER SEIN.de

Stoppen Sie Tuberkulose.
Mit Ihrer Spende retten Sie Leben.

**SPENDENKONTO 96 96
BLZ 790 500 00**

DZI Spenden-Siegel

www.dahw.de

Tel: 0931 7948-0

DAHW
Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.