

TSCHERNOBYL-OPFER

Zu dem Beitrag „Kinderkolonien im eigenen Land sind besser als Einladungen“ von Dr. Tamara Demidova in Heft 33/1992:

Nicht indoktrinieren lassen

Die von Frau Demidova vertretene Meinung, daß Erholungsaufenthalte in der BRD für Kinder aus den verstrahlten Gebieten Weißrußlands eher schädlich als nützlich sein sollen, kann nicht unwidersprochen bleiben. Als Mitglied eines privaten Vereins, der sich seit zwei Jahren um karitative Maßnahmen, vornehmlich Kinderverschickungen, bemüht, habe ich völlig andere Erfahrungen gemacht.

(1) Der gesundheitliche Nutzen einer ausgewogenen und unbelasteten Ernährung während eines vier- bis fünf-wöchigen Ferientaufenthaltes bei uns ist unbestritten und beweisbar.

(2) Die [Angst vor, DÄ] psycho-sozialen Folgeschäden, die angeblich dadurch entstehen sollen, daß die Kinder in den „goldenen“ Westen verschickt werden und dann wieder in ihre armselige Umgebung zurückkehren müssen, entbehrt jeglicher Grundlage, wenn die Gasteltern im richtigen „handling“ von erfahrenen Privatvereinen beraten und betreut werden.

Ich stimme Frau Demidova zu, daß in den klimatisch gesunden Gegenden der GUS, bei gleichem finanziellem Aufwand durch uns, mehr Kindern geholfen werden könnte. Diesem Vorhaben stehen aber nach wie vor schwerwiegende Gesichtspunkte entgegen:

▷ Es gibt in der GUS immer noch keine geregelten Eigentumsverhältnisse für privaten Grundbesitz, so daß Einrichtungen wie zum Beispiel SOS-Kinderdörfer, Fabriken zur Herstellung unbelasteter Säuglingsnahrung de facto nicht möglich sind.

▷ Bei der schlechten Versorgungslage in der GUS kann weiterhin nicht ausgeschlossen werden, daß die

Kinder mit kontaminierter Nahrung „versorgt“ werden.

▷ Von einer Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen der GUS ist zur Zeit noch dringend abzuraten, da ihre schleppende Bürokratie mit mangelnder Effizienz und ausgeprägter Korruption unverändert geblieben ist. Besonders Geldzuwendungen für geplante Hilfsprogramme münden zu oft in falsche Kanäle.

Unter diesen Gesichtspunkten sollten wir uns nicht durch unrealistische Argumente offizieller GUS-Stellen indoktrinieren lassen. Die Erholungsaufenthalte sind im Interesse der betroffenen Kinder weiterhin nötig! Haben wir Deutsche hier nicht auch eine besondere Verpflichtung? Wie viele deutsche Kinder haben in den schlechten Zeiten der Nachkriegsjahre im benachbarten Ausland segensreiche Erholungsferien erleben dürfen.

Dr. med. Henri Westphal,
Klaus-Groth-Str. 27, W-2399
Tarp

Eigeninitiative ist besser

Ich habe mir die Entscheidung, ein Kind aus Tschernobyl für vier Wochen aufzunehmen, sehr schwer gemacht. Auch aus den in diesem Blatt bereits vorgetragenen Gründen. Aber damit sich unsere Kinder kennenlernen, damit sie später Skrupel haben, „die Russen“ beziehungsweise „die Deutschen“ als Feindbild zu kultivieren, haben wir uns dann doch dafür entschieden.

Es war für alle eine schöne Zeit. Das weißrussische Mädchen ist meinen Kindern eine Freundin geworden und umgekehrt. Inzwischen schreiben wir Mütter uns; demnächst fährt eine der deutschen Familien mit einem Kleinbus nach Minsk, um einigen der Familien Pakete zu bringen.

Warum sollte ich in noch einen anonymen Großtopf spenden, noch dazu für einen Plan, der wieder ohne Eigen-

initiative der russischen Familien realisiert werden wird? Der wieder eine zentralistische Organisation unterstützen wird, die für andere alles regelt. Kann man in der ehemaligen UdSSR nicht mal mehr auf Eigenaktionen setzen, Vertrauen in die eigene Bevölkerung haben, auch in die Kinder, daß sie diese Erfahrung auch positiv verarbeiten könnten?

Barbara Bode, Burggrafenstraße 11, W-5485 Sinzig

LABORATORIEN

Zu dem Leserbrief „Gesellschaft für Klinische Laboratoriumsdiagnostik gründen“ von Prof. Dr. med. W. Graham Wood in Heft 36/1992, der sich auf den Beitrag „Laboratoriumsmedizin im Krankenhaus: Quo vadis?“ von Prof. Dr. med. Michael Krieg in Heft 19/1992 bezog:

Warum andere Länder bemühen?

Der von mir hochgeschätzte Laboratoriumsspezialist und Preisträger des Instandpreises Prof. Dr. William G. Wood bemüht sich wie viele deutsche Kassenarztvertreter, Ministerialbeamte und ärztliche Berufsvertreter, die angeblichen Verhältnisse in anderen Ländern zu schildern, um Beispiele für von ihnen gewünschte Änderungen in der Bundesrepublik vorzuführen. Leider sind die Beispiele immer falsch, so auch im Leserbrief von Professor Wood:

In Frankreich sind nicht Biologen und Apotheker für die Laboratoriumsmedizin zuständig, sondern ausschließlich Fachärzte für Laboratoriumsmedizin (Biopathologen) und Pharmazeuten mit derselben Ausbildung an der Universität, der identischen fünfjährigen Weiterbildung mit Prüfungen an der Universität und der Auflage der Ausschließlichkeit der Berufsausübung im medizinischen Laboratorium (der Laborarzt darf nicht behandeln, der Apotheker darf nicht dispensieren, andere Ärzte dür-

fen Analysen ausführen, nicht berechnen).

In Großbritannien sind es ausschließlich die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin (Clinical Pathologists), die als Hämatologen oder Mikrobiologen oder Immunologen nach mehrtägiger Prüfung und Anerkennung durch das Royal College of Pathology die Laboratoriumsmedizin verantworten.

In Italien haben die Biologen beziehungsweise Chemiker den von ihnen angestregten Prozeß beim Obersten Gerichtshof verloren, mit dem sie den Fachärzten für Laboratoriumsmedizin (Pathologi clinici) das Recht, Laboratoriumsanalysen in der Medizin zu verantworten, streitig machen wollten. Sie dürfen jedoch einen Sektor – der Chemiker die Chemie, der Biologie die Mikrobiologie – unter der Oberaufsicht eines Leitenden Krankenhausarztes für Laboratoriumsmedizin (keines anderen Arztes!) verantworten. Die ambulante Versorgung ist ihnen weder generell geöffnet noch generell verschlossen; zahlreiche Voraussetzungen einschließlich einer individuellen staatlichen Genehmigung mit Benennung von Bedingungen und Analysen müssen erfüllt werden.

In Griechenland liegen die Verhältnisse ähnlich, ebenso in Spanien und in Portugal; in den Niederlanden ist der Chemiker in das Fachärzteam des Krankenhauses integriert, der Mikrobiologe ist Arzt, und die selbständige Verantwortung des Nichtarztes existiert außerhalb des Teams auch dort nicht.

In Skandinavien wird in allen Ländern die Laboratoriumsmedizin ausschließlich von Ärzten verantwortet, in Österreich ist es nicht anders.

Warum bemühen wir immer andere Länder, und das mit Wunschvorstellungen, anstatt zu prüfen, wo die Verantwortung, die Erfahrung, die Haftung des Arztes beginnt und beginnen muß; dies fordert allein schon die Konsultation vor der Analytik und

die Interpretation der Untersuchungsergebnisse. Die Voraussetzungen hierzu kann jeder erwerben, zum Beispiel durch einige Jahre ärztlichen Dienst in Kliniken nach dem Medizinstudium, durch Praxisvertretungen und andere Begegnungen zwischen Patient und Arzt. Der innerärztliche Dialog ist nicht theoretisch erlernbar, aber unersetzlich in der Laboratoriumsdiagnostik.

Ebenso unverständlich ist das ständige Bemühen der „finanziellen Seite“ und der „Kostensenkung“, die beim Fachmann immer am besten funktioniert.

Mit der Gründung einer neuen Gesellschaft läßt sich weder Studium noch Berufsausübung ersetzen und Heterogenes nicht homogenisieren. Könnte nicht jeder „Schuster“ bei seinen „Leisten“ bleiben?

Dr. med. Hermann Lommel, Manforter Straße 225, W-5090 Leverkusen 1

SCHWERBEHINDERTE

Zu dem Leserbrief „Wem dient die Bevorzugung?“ von Dr. Paulus in Heft 38/1992, der sich auf Stellenausschreibungen bezog, bei denen Schwerbehinderte bevorzugt berücksichtigt werden sollten:

Mit Leistungsvermögen befaßt?

Kollege Paulus ist offenbar der Meinung, Schwerbehinderte seien generell ungeeignet für höhere Aufgaben.

Vielleicht schwebt ihm noch der Behinderte als Korbflechter und Bürstenbinde vor?

Als Paraplegiker, der Abitur, Studium, medizinische Ausbildung und augenärztliche Tätigkeit in gutgehender eigener Praxis im Rollstuhl bewältigt, darf ich mir die Frage erlauben, ob der Kollege sich jemals mit dem Leistungsvermögen behinderter Menschen ernsthaft befaßt hat.

Dr. med. Günter Rech, Dr.-Creutz-Platz 16, W-5488 Adenau

SELBSTVERWALTUNG

Zu dem Kurzbeitrag „Erster dreiseitiger Vertrag: Bayern vorn“ in Heft 40/1992:

Folgen nicht bedacht

... Es stimmt zwar, daß sich alle offiziellen Redner nicht gegenseitig hoch genug loben konnten über dieses Werk – Folge des GRG –, als kritische Stimme kam lediglich Herr Prof. Kunze als Landesvorsitzender des Marburger Bundes zu Wort, der darauf hinwies, daß entgegengesetzt zu den offiziellen Äußerungen aufgrund der zu erwartenden Mehrbelastung für die Krankenhausärzte eine Erweiterung des Stellenplanes zu erwarten wäre. Herr Sitzmann, der Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, hatte wiederum die Gelegenheit, vor der versammelten auch Laienpresse seine Vorwürfe an die Krankenhausärzte zu wiederholen wie:

Der Patient kommt mit seinen Koffern gehfähig in das Krankenhaus, dort reiße man ihm seine Kleider vom Leibe und fessele ihn ans Bett – oder auch die Behauptung, es gebe nicht einen Patienten, der auch nur einen Tag freiwillig länger im Krankenhaus bleibe als unbedingt notwendig.

Von dem die Diskussion leitenden Ministerialbeamten wurde sowohl die Wortmeldung von Herrn Kollegen Hege in seiner Eigenschaft als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer übersehen als auch meine Wortmeldung als zweiter Vizepräsident, letzteres, „um die Diskussion nicht zu verlängern“ – wie mir anschließend mitgeteilt wurde.

Dabei ist zu sagen: Täglich führe ich als belegärztlich tätiger Internist einen Kampf mit Patienten und besonders den Angehörigen, wenn es um die Entlassung nach Hause oder in ein Pflegeheim geht. Auch die vielbeschwoenen Kurzlieger, die immer wieder als Grund für die drei-

seitigen Verträge angeführt werden, stellen sich nach einem offiziellen Forschungsbericht von Infratest, im Auftrage des damals zuständigen Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung aus dem Jahre 1989, ganz anders dar, als immer wieder behauptet wird:

Im Vordergrund stehen nicht Patienten, die aus Angst um die Nichtrückgabe an den Hausarzt zur Diagnostik eingewiesen werden („Vom Feindflug nicht zurückgekehrt!“), sondern Operationen wie Katarakt, Tonsillektomie und bei Internisten Alkoholintoxikationen. Die Kurzlieger sind demnach überwiegend Ausdruck einer verbesserten stationären Versorgung!

Auch das angebliche Versagen des Notdienstes der Kassenärzte kann nicht die Ursache sein, denn nach dieser Arbeit kommen die wenigsten Kurzlieger am Wochenende.

Noch etwas: Man sprach immer von fünf Prozent der Gesamtfälle, es war jedoch nicht zu ermitteln: fünf Prozent der Patienten oder fünf Prozent der Pflagetage.

Ersteres wären zirka ein bis zwei Prozent der Pflagetage, letzteres 15 bis 20 Prozent der Patienten.

Ersteres hätte kaum einen Einfluß auf die Belegung, letzteres erscheint unglaublich hoch.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß aus meiner Sicht diese dreiseitigen Verträge den ersten Schritt darstellen, die Krankenhäuser vermehrt in die ambulante fachärztliche Diagnostik und Therapie einzuschalten. Wenn man dann von Plänen der Deutschen Krankenhausgesellschaft liest, in den nächsten 15 Jahren etwa 80 Prozent der ambulanten fachärztlichen Tätigkeit an das Krankenhaus zu verlagern, wenn ein gleiches Ziel von Herrn van Eimeren als Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geäußert wird, so kann man diese Ver-

träge nur als Einstieg in eine andere fachärztliche Behandlung ansehen. An die Folgen für viele Ärzte wage ich nicht zu denken – aber auch für unsere Patienten sehe ich Schlechtes voraus: Auf diesem Wege sollen wohl die Polikliniken, in der Ex-DDR kläglich gescheitert, bei uns installiert werden!

Dr. med. Klaus Reichel, Hindenburgplatz 11, W-8562 Hersbruck

ZWANGSPENSION

Zu dem Leserbrief „Sind wir ärztliche ‚Trümmerfrauen‘?“ von Dr. Haslbeck in Heft 39/1992:

Noch härtere Schicksale

Der obige Leserbrief findet meine volle Zustimmung, er hat wahrlich den Nagel auf den Kopf getroffen. Ich möchte, da mich und die meisten älteren Kollegen ein ähnlicher Lebensweg begleitet hat, doch noch ein paar ergänzende Worte dazu verlieren.

Meiner ärztlichen Tätigkeit bin ich nicht in der Bundesrepublik, sondern in der ehemaligen DDR nachgegangen. Mit der Wende kam dann Monate später das abrupte Aus, nicht nur für mich, sondern auch für den größten Teil der älteren Ärzte. Quasi über Nacht wurden wir aus der beruflichen Tätigkeit herausgerissen und aus den Räumlichkeiten förmlich vertrieben, da diese von den sich frei niederlassenden Ärzten gefordert wurden. Zu dem Schock, plötzlich jeder ärztlichen Tätigkeit beraubt zu sein und seine langjährigen Erfahrungen und Kenntnisse den Patienten nicht mehr zur Verfügung stellen zu können, kam noch der soziale Abstieg. Mit einer Rente von 1460 DM wurden wir abgespeist für eine jahrzehntelange, aufopferungsvolle Tätigkeit. Vielleicht gelangt es dem Kollegen Haslbeck zum Trost, daß es noch härtere Schicksale gibt, und das nicht als Einzelfall, sondern als Norm für die meisten älteren