

DDR-Psychiatrie

Zu der Meldung in Heft 47/1995: „DDR-Psychiatrie: Kein systematischer Mißbrauch“ und dem Leserbrief in Heft 5/1996 dazu „Die Namen der Stasi-Mitarbeiter veröffentlichen“ von Prof. Dr. med. Reinhard Vock:

Keine Rücksicht auf „Wendehälse“

Im Gegensatz zu B. Rütters: „Die Wendejuristen“, Beck, München, 1995, und dem Kirchenhistoriker G. Besier: Band I: „Pfarrer, Christen und Katholiken“, Band II: „Der SED-Staat und die Kirche“ und Band III: „Der SED-Staat und die Kirche. Höhenflug und Absturz“ scheuen sich die Medizinhistoriker, die politische Vergangenheit von Medizinprofessoren, Medizinalbe-

amten, Fachärzten und Ärzten aufzuarbeiten, obwohl dies nicht weniger nötig wäre als in Kirchen und Institutionen des Rechts (Richter, Staatsanwälte, Anwälte, Notare, Juristen in der Industrie).

„Kameraderie“ oder falsch verstandene Kollegialität dürfen diese weder einfache noch unumstrittene Aufarbeitung nicht ver- und behindern! Ebenso darf keine Rücksicht auf „Wendehälse“, alte Seilschaften in Ost und West genommen werden, wenn Klarheit so gut und weit wie möglich geschaffen werden soll. Das sind Medizinhistoriker unseren Kollegen der ehemaligen DDR wie auch den damals betroffenen Patienten schuldig.

Prof. Dr. H.-J. Maurer, Obere Flurstraße 11, 88131 Bodolz-Enzisweiler

ICD-10

Zu dem Leserbrief „Zweifel an der zerebralen Funktion der Initiatoren“ von Dr. med. Otto P. Happel in Heft 6/1996:

Teutonischer Stiefeltritt?

War's denn wirklich wieder mal einer der bekanntesten reformfreudigen teutonischen Stiefeltritte, oder, noch schlimmer und wie von Ihnen bereits gemutmaßt, Ausdruck zerebraler Dysfunktion? War's nicht eher zarte Knospe deutschen Organisationsgeistes eines feinfühligem Mitmenschen, der Verschlüsselung der Virginität einfach unfähig?

Sehen Sie: geradezu unverfänglich ist es, vom Kontakt mit einem Krokodil zu sprechen; ja, es gibt sogar Situationen – zum Beispiel im Straßenverkehr, in der U-Bahn oder beim Skifahren, da zeugt es regelrecht von Mut, Redlichkeit und dergleichen mehr. Auch ist es vergleichsweise harmlos, eine gerichtlich angeordnete Hinrichtung thematisch zu

berühren, jedenfalls, sofern sie einen nicht selbst betrifft; zumindest nicht danach.

Hingegen die Virginität ... in einer Zeit, in der die thelarchischen Knospen einer Elfjährigen schon dazu führen (müssen), von „Frau XY“ zu sprechen ... verstehen Sie ... ?!

Bezüglich der Unvollständigkeit der ICD bin ich allerdings geneigt, Ihnen recht zu geben: Schildkröten und Zebras sind darin eigenartigerweise nicht enthalten.

Dr. med. Andreas Weber, Am Lust 23, 94227 Lindberg

Diabetes

Zu dem Beitrag „Gesundheits-Paß Diabetes: Versorgungsqualität soll verbessert werden“ von Dr. Sabine Glöser in Heft 8/1996:

Gute Sache

Seit 1994 besteht bei uns ein Qualitätszirkel „Diabetes mellitus“. Wir haben uns sehr intensiv mit den Dokumentationsmöglichkeiten befaßt und sind seit zwei Jahren bemüht, den Gesundheits-Paß Diabetes den niederge-

lassenen Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Da der Diabetes-Paß nicht kostenlos abgegeben wird, sondern mit einer Schutzgebühr von fünf DM belegt ist, wird die Verbreitung des Passes sehr erschwert. Durch die Deutsche Diabetesgesellschaft wird auch der Nachdruck dieses Passes verboten, eine kostengünstige Lösung aber nicht angeboten.

Wie auch in Ihrem Artikel ausführlich beschrieben, ist die Dokumentation in einem derartigen Paß eine gute Sache, die aber leider durch Bürokratie verhindert oder verzögert wird.

Dr. Donner, KV Mecklenburg-Vorpommern, Friedrich-Loeffler-Straße 70, 17489 Greifswald

Drogenpolitik

Zu dem Beitrag „Deutsch-niederländische Drogenpolitik: Schwierige Suche nach gemeinsamem Weg“ von Heike Korzilius in Heft 9/1996:

Konsequent reduzieren

Die „schwierige Suche nach dem gemeinsamen Weg“ ... besteht wohl in den grundlegend verschiedenen Anschauungen im Umgang mit der Drogensucht. Ich frage mich, ob es wirklich so erstrebenswert ist, wie Herr Struik meint, sich so weit auf die permissive niederländische Drogenpolitik einzulassen, daß kein Unterschied mehr zum deutschen Standpunkt feststellbar ist. Es ist doch schizophren, wenn man sich zum Beispiel allen Ernstes überlegt, wie man „Neueinsteiger in die Drogenszene erreichen könnte“, bevor man nicht die Flut der Drogen durch konsequentes Reduzieren der Menge eindämmt und damit den Zugang zu diesen erschwert. Darauf haben sich unsere Anstrengungen zualterererst zu richten. Das Kind muß nicht erst in den Brunnen fallen, bevor man hilft. Es drängt sich der Gedanke

auf, daß versucht werden soll, über den Weg der „Annäherung in der Drogenpolitik“ die Legalisierung und Liberalisierung der illegalen Drogen in Deutschland ein Stück weiter voranzutreiben.

Gerhard Nagel, Gebbertstraße 8, 91052 Erlangen

Arbeitszeit

Zu dem Beitrag „Hohe quantitative Arbeitsbelastung deutscher Allgemeinärzte“ von Dr. phil. Ingbert Weber in Heft 7/1996:

Mehr Kooperation

In einer 1994 durchgeführten standardisierten postalischen Befragung bei 740 Allgemeinärzten in Hamburg, von denen sich 76 Ärztinnen und 149 Ärzte beteiligten (Antwortrate 30,4 Prozent), sind wir der Frage nachgegangen, ob geschlechtsspezifische Unterschiede in der wöchentlichen Arbeitszeit bestehen. Durchschnittlich wurden sowohl von Ärzten als auch von Ärztinnen 53 Wochenstunden gearbeitet. Die Arbeitszeit war dabei weder von der Praxisgröße (bei Praxen mit mehr als einer Mitarbeiterin) noch von der Berufsgruppe (praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin) abhängig.

Bezüglich Praxisart und Alter des Arztes beziehungsweise der Ärztin zeigten sich jedoch signifikante Zusammenhänge mit der Wochenarbeitszeit: In Gemeinschaftspraxen arbeiten Ärzte durchschnittlich sechs Wochenstunden weniger als in Einzelpraxen. Beachtenswert ist ferner der Alterseffekt: Bei den Ärzten sinkt die wöchentliche Arbeitszeit mit zunehmendem Lebensalter um durchschnittlich fünf Stunden ab, bei den Ärztinnen hingegen steigt sie ab dem Alter von 50 Jahren deutlich an: Ärztinnen über 50 Jahre arbeiten durchschnittlich neun Stunden mehr pro Woche als ihre

Kolleginnen unter 50 Jahren.

Diese Befunde untermauern den Druck zu mehr Kooperation, auch um zu einer beruflichen Entlastung zu kommen. Ferner sollten bei Untersuchungen über die berufliche Situation von Allgemeinärzten mögliche geschlechts- und altersabhängige Unterschiede beachtet werden.

Dr. med. Manfred Steinkohl, MPH, Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung, Universität Hamburg, Martinstraße 52, 20246 Hamburg

Null Prozent

Womit verbringen finnische Allgemeinärzte eigentlich ihre Zeit?

Gesundheitsreform

Zu dem Beitrag „Alles ist offen, alles ist möglich“ von Norbert Jachertz in Heft 8/1996:

Ausweg: Stiftungen und Schenkungen

... Unverständlich ist es ... , daß es niemand gibt, der sich daran erinnert, wie es denn früher mit der Bewirtschaftung und Erhaltung der Krankenhäuser gestanden hatte. Noch vor dem Kriege (1939) und auch noch etliche Jahre danach (1945) halfen den Krankenhäusern viele Stiftungen und Schenkungen ... , deren Einkünfte einen ständigen Zuschuß für das jeweilige Krankenhaus abwarfen. Diese Stiftungen etc. sind bis auf ganz wenige Ausnahmen in Deutschland aufgehoben worden – frei nach dem Motto: „Wir haben es nicht mehr nötig!“

Erstaunt war ich allerdings, als ich einst im reichen Amerika als Medicus arbeitete, daß dort die Stiftungen noch intakt sind. Ja, es kommt sogar hin und wieder vor, daß jemand, der kinderlos stirbt, sein Vermögen dem Krankenhaus vermacht ...

Laut Tabelle zwei Ihres Artikels arbeiten sie zu 0 Prozent aufgrund von Sprechstunden in der Praxis. Offensichtlich sind sie auch nicht bei Hausbesuchen (siehe Tabelle vier, die finnischen Kollegen besuchen zu 99 Prozent weniger als 15 Patienten pro Woche). Vielleicht vertreiben sich die Kollegen die Zeit mit Computerspielen (EDV-Anwender 80 Prozent)? Erstaunlich ist, daß die Kollegen in der Berufszufriedenheit (Tabelle eins) nicht noch besser abschnitten.

Im Ernst: Wenn schon Statistik zu einem interessanten Thema, dann nicht so einen Quatsch!

Dr. med. Herbert Kremer-Zech, Kunigundendamm 23, 96050 Bamberg

[Es wird] höchste Zeit, daß unsere Bevölkerung ermuntert wird, wieder so, wie es vor 100 Jahren üblich war, unseren Krankenhäusern Stiftungen und Schenkungen angedeihen zu lassen. Oder ist etwa alles doch nicht möglich?

Dr. med. A. Ochmann, Fürbringerstraße 18, 26721 Emden

Schwerhörigkeit

Zu der Meldung „Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit: Einheitliche Kriterien“ in Heft 8/1996:

Für Tinnitusbetroffene enttäuschend

Sie berichteten über die Neufassung des „Königsteiner Merkblattes“ zur betrieblichen Schwerhörigkeit. Für uns Tinnitusbetroffene ist sie sehr enttäuschend ausgefallen: Bei einer Höchstgrenze von zehn Prozent MdE sind praktisch alle Fälle eines schwerwiegenden „nicht kompensierten komplexen Tinnitus“ von der Begutachtung ausgegrenzt. Anders die „Anhaltspunkte“: Hier haben wir schon seit 1988 eine Regelung, die – zumindest theore-

tisch – bis zu 100 GdB geht, je nach der Schwere der psychischen Beeinträchtigung, und damit den zum Berufsverlust führenden schweren Tinnitusbeeinträchtigungen (Depressionen etc.) zumindest in etwa gerecht wird. Die Neuregelung empfinden wir als eine Diskriminierung vor allem derjenigen Tinnitusbetroffenen, deren Tinnitus nebst Auswirkungen die Voraussetzungen einer Schwerbehinderung erfüllen würde.

Hans Knör, Deutsche Tinnitus-Liga e.V., Am Lohsiepen 18, 42353 Wuppertal

China

Zu dem Interview mit der Ärztin Dr. Zhang Shu-Yun „Chinas vergessene Kinder“ in Heft 10/1996:

Gemeinsamer Protest

Mit großem Entsetzen und starker Betroffenheit haben meine Frau und ich auf den von Ihnen angesprochenen Bericht der Menschenrechtsorganisation Human Rights Watch – Asia reagiert. Durch Briefe an den chinesischen Botschafter und deutsche Politiker haben wir versucht, unserem Protest Ausdruck zu geben. Durch die Veröffentlichung des Interviews mit Frau Dr. Zhang werden die angeprangerten Mißstände in chinesischen Waisenhäusern nochmals einer breiten Leserschaft vor Augen geführt. Hierfür möchte ich mich herzlich bedanken.

Frau Dr. Zhang, die sich trotz widriger Umstände über Jahre hinweg für eine Verbesserung der Lebensbedingungen in chinesischen Waisenhäusern eingesetzt hat und auch nach ihrer Flucht aus China versucht, die Situation der Kinder in den Waisenhäusern zu verbessern, möchte ich meine Hochachtung versichern.

Nur durch gemeinsamen, internationalen Protest gelingt es, die chinesische Regierung zu einer grundlegenden Verbesserung der Situation zu bewegen. Leserinnen

und Lesern, die sich dem Protest anschließen wollen, möchte ich abschließend folgende Anschriften nennen:

● Botschaft der Volksrepublik China, Kurfürstenallee 12, 53177 Bonn

● Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Rochusstraße 8-10, 53123 Bonn

Man kann sich auch an Unterschriftenaktionen zum Beispiel von Pro China Kids, Postfach 12 02, 56577 Rengsdorf (hier gibt es auch weitere Informationen zum Beispiel über die legitime Adoption chinesischer Kinder), oder der Unterschriftenaktion von RTL, Zuschauerredaktion, Aachener Straße 1036, 50570 Köln, beteiligen.

Dr. med. Adalbert Ebner, Eitel-Friedrich-Weg 17, 87700 Memmingen

Zukunft

Zu dem Beitrag „Grundsatzpapier der Fachtagung Medizin: Ärztlicher Nachwuchs – quo vadis?“ von Prof. Dr. Fritz Beske in Heft 8/1996:

Sozialismus in Reinkultur

... Daß sich Studierende über ein System Gedanken machen, in welchem sie, den Studienerfolg vorausgesetzt, später einmal beruflich wirken wollen, ist grundsätzlich zu akzeptieren. Aber einen Reformationsanspruch zu erheben, ohne jemals eigenverantwortlich ärztlich tätig gewesen zu sein, letztendlich also ohne vertiefte Insiderkenntnisse im Medizinbetrieb, ist in meinen Augen doch starker Tobak! Eigene Erlebnisse als Patient sind hier sicherlich nicht ausreichend.

So sehen dann auch die Inhalte des studentischen Reformwerks aus: Abschaffung der PKV und des Belegarztsystems, Abkehr von der Idee von Wahl- und Regelleistungen, Überflüssigmachen der KVen durch Übertragung des Sicherstellungsauftrags an ein „regionales Planungs-

gremium“ und als Gipfel schließlich die spezialärztliche Versorgung durch tariflich angestellte Fachärzte mit Abkehr vom niedergelassenen Facharzt.

Das ist *Sozialismus in Reinkultur*, verkleistert mit nebulöser Gesundheitsphilosophie („Schaffung gesunder und emanzipatorischer Lebensverhältnisse“). In einer Zeit, in der der Staat konsequent Dienstleistungen priva-

tisiert (Post, Telekom, Bahn), sollen ausgerechnet im Gesundheitswesen Schwächung von Privatinitiative und Dirigismus zum Ziel führen – eine absurde Vorstellung.

Noch absurder dann die Idee, in einem solchen System fänden auch noch mehr Ärzte eine berufliche Chance . . .

Dr. med. Elmar Birk, Am alten Sportplatz 7, 38685 Langelsheim

PKV

Zu dem Interview mit dem Vorsitzenden der Gebührenordnungsgremien der Bundesärztekammer, Dr. med. Alfred Möhrle, „Zur Bescheidenheit zurückfinden“ in Heft 12/1996:

Prämienreduzierung für stationäre Heilbehandlung fordern

Der Insider weiß, daß seit 1. Januar 1996 für stationäre Heilbehandlungen nicht mehr ein Kostenabschlag vom GOÄ-Betrag in Höhe von 15, sondern von 25 Prozent gesetzlich vorgeschrieben ist. Darüber hinaus dürfen zahlreiche Laborwerte von den leitenden Krankenhausärzten nicht mehr liquidiert werden. Durch Absenkung der GOÄ-Ziffern, zum Beispiel in der arthroskopischen Chirurgie, und zahllose weitere Verschlechterungen

wird mit einem Rückgang der Einkünfte leitender Krankenhausärzte in den operativen Fächern von 30 bis 40 Prozent gerechnet werden müssen.

Dadurch sinkt das Kostenrisiko zumindest im Bereich der stationären Heilbehandlung für die privaten Krankenversicherer ganz erheblich. Nur vermisse ich bisher die Mitteilung der privaten Krankenversicherer an ihren Kundenkreis, daß eine entsprechende Prämientlastung geplant wird.

Ich empfehle daher allen privatversicherten Kollegen und ihren Familien, unverzüglich auf eine rasche Prämienreduzierung für den Tarif „stationäre Heilbehandlung“ zu dringen.

Prof. Dr. med. habil. H.-W. Springorum, Caritaskrankenhaus, Uhlandstraße 7, 97980 Bad Mergentheim

Ärzte-Sprache

Zu dem „Seite eins“-Beitrag in Heft 12/1996: „Laien lesen mit“:

Frage des Sprachgefühls

Sie weisen darauf hin, daß „Ärzte heute stets damit rechnen müssen, daß Laien sie auf ihren Umgang mit der mündlichen und schriftlichen Sprache hin genau beobachten“, und fragen, „warum verwenden Ärzte zum Beispiel viel zu oft das Passiv, wo man ohne weiteres das Aktiv setzen könnte?“. Sehr wohl möchte ich, zugegeben als

noch nicht desillusionierter Jungarzt, weiter gehen und fragen: Warum verwenden Ärzte viel zu oft den Konjunktiv?

Wenn ein Patient und Mensch mit allen seinen Ängsten uns fragt und wir antworten so, als wenn wir gefragt werden würden, ja dann, ganz sicher und überzeugend, „würden wir empfehlen“. Den Pluralis majestatis werden wir dabei auch schwerlich ablegen.

Es ist eben alles eine Frage des Sprach-Gefühls.

Holger Friedrich, Hinter dem Holze 79, 30539 Hannover