

## Richtigstellung

Zu der Meldung „Einschränkung bleibt bei Kontrazeptiva der 3. Generation“ in Heft 28–29/1996:

### Kontraindiziert nur bei Frauen unter 30

Sie berichten . . . über die Entscheidung des BfArM, die Anwendungsbeschränkungen für orale Kontrazeptiva, die Desogestrel oder Gestoden enthalten, bis zum 31. Januar 1997 zu verlängern. Sie führen in Ihrem Bericht aus, daß „ . . . die Medikamente damit weiterhin nicht als Erstverordnung abgegeben werden dürfen“.

Hierbei handelt es sich um eine unrichtige Feststellung. Laut dem BfArM-Bescheid ist nämlich bei Gestoden- und Desogestrel-haltigen Arzneimitteln zur oralen Kontrazeption lediglich deren „erstmalige Anwendung bei Frauen unter 30 Jahren“ nach wie vor kontraindiziert.

Dr. med. Uwe Ernst, Dr. med. Wolfgang Hamm, Nourypharma GmbH, 85762 Oberschleißheim

## Politik

Zu dem Kommentar „Nachtgedanken bei Tag“ von Prof. Dr. med. Horst Bourmer in Heft 23/1996:

### Recht auf zumutbare Arbeitsbedingungen

Im Beitrag werden die zeitgemäß einseitigen Argumente wie Sparen, Lohnsenkung, Verzicht auf Widerstand gegen das scheinbar Unvermeidliche wiederholt. Dazu einige Entgegnungen:

Die „im Branchenvergleich sehr vorzeigbaren Tariflöhne“ lassen sich objektiv schlecht mit anderen Einkünften vergleichen, da zwar die Löhne und Gehälter der Arbeitnehmer bekannt sind, nicht jedoch die Einnahmen der Arbeitgeber. Nach dem sozialpolitischen Report der Bundesregierung haben die abhängig Beschäftigten im letzten Jahr 3,2 Prozent Plus

gemacht, die Unternehmens-einkommen seien aber um 15 Prozent gestiegen. Genau darauf zielen die Argumente der Gewerkschaften – übrigens nicht nur der ÖTV. Deren Redner betonen auf Kundgebungen immer wieder die hohe Zahl der Millionäre und Milliardäre in Deutschland. Kritik an den Einnahmen des Mittelstandes und der Ärzte ist in diesen Ansprachen verhältnismäßig selten. Erinnern darf ich auch daran, daß in den neuen Bundesländern niedrigere Gehälter bei längerer Arbeitszeit gezahlt werden.

Unter den Beschäftigten im öffentlichen Dienst befindet sich auch medizinisches Personal, nicht zuletzt Ärzte. Die Arbeitsbedingungen in manchen Krankenhäusern sind im DÄ mehrfach erörtert worden. Die Ärzte in den Gesundheitsämtern haben übrigens selten pünktlich Feierabend . . .

Die „beispiellose Sicherheit der Arbeitsplätze“ im öffentlichen Dienst gab es vielleicht einmal. Gegenwärtig sind Entlassungen, speziell von KiTa-Personal, Privatisierung öffentlicher Einrichtungen mit Entlassungen und Lohnverzicht im Osten der Alltag . . .

Ich wünsche auch, daß Streiks vermieden werden, aber die Angestellten im öffentlichen Dienst haben ein Recht darauf, zumutbare Arbeitsbedingungen, im Interesse der Patienten und Bürger, zu fordern.

Dr. med. Dietrich Loeff, Inselstraße 23 c, 03046 Cottbus

## Unverständlich

. . . Was dem Verfasser völlig entgangen ist: Wir, die jüngeren Leser des Deutschen Ärzteblattes, sind gewöhnlich Angehörige des öffentlichen Dienstes oder werden analog bezahlt, aber einen sicheren Arbeitsplatz hat von uns keiner. Ich erinnere mich, zum Ende meines Studiums mal mit einem Kollegen seine „dauerhaftesten“

Arbeitsvertrag gefeiert zu haben: Die Laufzeit betrug neun Monate. Das einzige, was an unseren Arbeitsplätzen sicher ist, ist, daß wir sie irgendwann verlieren. Wenn in den Massenmedien die Sicherheit der Arbeitsplätze im öffentlichen Dienst hervorgehoben wird, so ist das verständlich, wie man uns aber in unserer Stundeszeitung so was vorsetzen kann, ist mir unverständlich.

Schön zu hören, daß die Patienten trotz Honorarkürzungen gut versorgt werden. Wenn man das liest, dann könnte man glauben, nur die Ärzteschaft bringe Opfer zum Wohle der Allgemeinheit. Wäre das schon immer so gewesen, dann wäre die Situation von uns jungen Ärzten sicher besser.

Zum Schluß bleibt noch festzuhalten, daß der Verfasser seine Nachtgedanken sich bei Tage zu machen beliebt. Nachts schläft er hoffentlich gut, während die BAT-Ameisen aller Hierarchiestufen den Betrieb in den Krankenhäusern aufrechterhalten...

Karin Krämer, Basler Straße 13, 79618 Rheinfelden

Zur Situation junger Ärztinnen und Ärzte:

### Unerträgliche Diskrepanz

Nach einem langjährigen Studium, einem unbezahlten Praktischen Jahr, 18 Monaten als AiP glaubt man die finanzielle Durststrecke überwunden zu haben. Bewirbt man sich jedoch um eine Weiterbildungsstelle für die zum Facharzt noch fehlende Allgemeinmedizin-Zeit, wird man rasch eines Besseren belehrt. Mit zwei Jahren Klinikerverfahrung in der Inneren Medizin und einem Jahr Chirurgie erhält man von niedergelassenen „Kollegen“ durchaus ernstgemeinte ungeheuerliche Angebote. Die Spanne reicht von unentgeltlicher Tätigkeit (man solle doch parallel Arbeitslosengeld beantragen), stun-

denweiser Bezahlung zu Hilfskraft-Konditionen bis zu so berauschenden Vergütungen wie 4 000 DM im Monat auf freiberuflicher Basis. Bei voller Arbeitszeit wohl gemerkt. Von der Güte dieser sogenannten „Weiterbildung“ ganz zu schweigen, die oft vorwiegend aus der Durchführung der bei den niedergelassenen Kollegen unbeliebten, jedoch finanziell lukrativen Hausbesuche besteht. Wovon soll man eigentlich noch die neuerdings vorgeschriebenen allgemeinmedizinischen Kurse sowie andere Weiterbildungskurse, Arzthaftpflichtversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung, Beiträge zu berufsständischen Vereinigungen etc. zahlen? Zwischen nominalem Berufsethos, Ansprüchen an die Qualität der Ausbildung, berufsständischen Regelungen und der schlichten Realität bei vielen jungen Kolleginnen und Kollegen besteht eine unerträgliche Diskrepanz. Das jedoch scheint die sogenannten „Standesvertreter“ offensichtlich herzlich wenig zu kümmern. Die berufsständische Vertretung ist in meinen Augen in Gefahr, ihre Glaubwürdigkeit als Vertreter der gesamten Ärzteschaft zu verlieren.

Dr. med. Marion Klinge, Reickeweg 14, 90409 Nürnberg

### Schlußwort

Die Leserreaktionen haben mich zum Teil sehr verwundert. Denn der Kern des Kommentars zielte keineswegs auf die Probleme angestellter Ärzte und erst recht nicht auf die ernsthaften Sorgen junger Mediziner mit befristeten Arbeitsverträgen. Im Gegenteil: Deren Anliegen sind mir wichtig. Als kontraproduktiv sehe ich in diesem Zusammenhang jedoch eine Politik wie die der ÖTV. Denn zweifellos besteht im öffentlichen Dienst im allgemeinen eine erheblich höhere Arbeitsplatzsicherheit als

in vielen anderen Branchen. Wenn in Anbetracht dieser Tatsache über einen angemessenen Beitrag der Staatsbediensteten zur Entlastung der Haushalte gesprochen wird, erscheint es infam, wenn die Gewerkschaft darauf mit rhetorisch „schwerstem Geschütz“ antwortet. Allein bei den Gebietskörperschaften könnte ein Verzicht auf das 13. Monatsgehalt rund 27 Milliarden Mark einbringen – womit 1995 das Defizit von Bund, Ländern und Gemeinden um knapp ein Viertel niedriger gelegen hätte, als es tatsächlich ausfiel. Die Lasten der höheren Schulden tragen unsere Kinder und Enkel.

Eine solche Überlegung läßt sich natürlich auch auf die angestellten Ärzte in Krankenhäusern, Behörden und Körperschaften übertragen.

### Herzklappen

Zu dem Beitrag „Aus der Sicht des Patienten: Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation“ von Elisabeth Hoffmann in Heft 20/1996:

### Unrealistisch hohe Arzthonorare vermutet

Die Ansicht der Verfasserin, daß die Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation im Vergleich zur ärztlichen Kontrolle für die Krankenkassen kostengünstig sei und die ärztliche Laboruntersuchung „das Vielfache“ kosten würde, entspricht nicht der Wirklichkeit und kann durch einfaches Nachrechnen widerlegt werden. Ausgehend von den Angaben der Verfasserin zu den Kosten und der viermal höheren Häufigkeit der Selbstkontrolle ergibt sich ein Betrag von 150 DM je Quartal, der sich bei anteiliger Einbeziehung der Gerätekosten von zirka 3 600 DM noch erheblich erhöht.

Demgegenüber wird die vergleichbare ärztliche Kontrolle aus Kapillarblut (EBM-Nr. 3 824) einschließlich Beratung (frühere EBM-Nr. 1,

gen. Ein Verzicht auf das 13. Monatsgehalt hätte eine Einsparung von rund einer Milliarde Mark zur Folge. Davon ließen sich – grob geschätzt – 5 000 junge Ärzte zusätzlich einstellen und gleichzeitig 500 Millionen Mark zur Entlastung der angespannten Haushalte beisteuern. Wer diese Rechnung nicht nachvollziehen kann, handelt weder solidarisch noch kollegial. Es trägt in unverantwortlicher Weise zu einer Entsolidarisierung der Gesellschaft bei, wenn jede Interessengruppe ausschließlich ihre Partikularinteressen verteidigt, was nun auch bei Ärzten zu grassieren scheint. Im übrigen: Wen Nachtgedanken auch noch am Tage beschäftigten, hat eben offenbar nicht geschlafen.

Prof. Dr. med. Horst Bourmer, Köln

jetzt Ordinationsgebühr) nach den vertragsärztlichen Gebührenordnungen und bei einem mittleren OI-Punktwert von 7,8 Pfennig mit zirka 26 DM je Quartal vergütet. Die Krankenkassen werden somit bei ärztlicher Kontrolle nur mit einem Bruchteil der Kosten der Selbstkontrolle belastet. Es ist eine immer wieder rätselhafte Erfahrung, daß von Außenstehenden unrealistisch hohe Arzthonorare vermutet werden.

Dr. med. Hans-Jürgen Warlo, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln

### Aufwand übersteigt Ertrag

In dem Bericht wird behauptet, „eine einzige Laboruntersuchung zusammen mit dem ärztlichen Beratungsgespräch dürfte das Vielfache (der Selbstkontrolle mit 12,50 DM) kosten“. Das stimmt zumindest für Patienten der Primär- und Ersatzkassen nicht. Für eine Quickbestimmung aus dem Plasma gibt es 60, für eine ärztliche

Beratung 50 Punkte, macht bei einem zu erwartenden Punktwert von 6 Pfennig zusammen 6,60 DM (hier übersteigt der Aufwand in der Praxis sicher den Ertrag).

Damit will ich nicht gegen die Selbstkontrolle argumentieren, sondern nur darauf hinweisen, daß bei der geringen Anzahl von Selbstkontrollen finanzielle Interessen der Ärzte wohl keine Rolle spielen können.

Dr. med. F. Elgeti, Detmolder Straße 417, 33605 Bielefeld

## Abtreibung

Zu den Beiträgen „Bayern: Streit um die Beratungspflicht“ und „Sexualberatung Pro Familia: Neue Angebote für ausländische Frauen“ in Heft 24/1996:

## Fader Nachgeschmack

Ihr Bericht über die jüngste Gesetzesinitiative in Bayern zum Thema Konfliktberatung schwangerer Frauen bezeichnet diesen Versuch der bayerischen Staatsregierung als „umstritten“. Anstößig erscheinen der Landesärztekammer Bayern insbesondere die vorgesehene Auskunftspflicht der Frau sowie die geplante Verhinderung reinrassiger sogenannter „Abtreibungskliniken“, deren einzige Aufgabe die massenweise Tötung ungeborenen Lebens wäre. Die Sorge um die flächendeckende Sicherstellung von Schwangerschaftsabbrüchen bewegt die Landesvertretung der Ärzteschaft, wobei sie gleichzeitig immerhin zugibt, daß ebendieser Abbruch rechtswidrig, aber straffrei ist. Ich stelle fest: Eine Regierung sorgt sich um die Bewahrung des ungeborenen Lebens, die Landesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts aber um die flächendeckende Sicherstellung rechtswidriger Handlungen!

In diesem Kontext fiel mir im gleichen Heft der – zweifellos auf der gleichen politischen Linie liegende – Arti-

kel über die Tätigkeit der Organisation „Pro Familia“ unangenehm auf. Nach einer kurzen Leistungsbilanz (die wohl beeindrucken soll, mich aber vielmehr erschreckt) und einer durchaus wohlwollenden Darstellung der neuen Angebote endet das Ganze mit dem salbungsvollen Satz: „Die Ganzheit des Menschen steht im Mittelpunkt.“ Dies ist nun – ebenso wie der Name „Pro Familia“ („Für die Familie“) – ein klassisches Beispiel für Orwellschen „Neusprech“.

Ihre beiden Veröffentlichungen und die ihnen innewohnende Tendenz findet mein Mißfallen. Ich hoffe, daß ein derart fader Nachgeschmack auch bei vielen anderen Kolleginnen und Kollegen bemerkt wird. Der bayerischen Staatsregierung kann ich nur zu Mut und Entschlossenheit gratulieren.

Dr. Christian Herrmann, Hohe Tannen 27, 72488 Sigma- ringen

## Impfschutz

Zu dem Leserbrief „Unangemessen“ von Dr. med. Stefan Deinhart in Heft 30/1996:

## Berichtigung

*Bei der Wiedergabe obigen Briefes ist uns ein Fehler unterlaufen. Der zweite Satz im dritten Absatz mußte lauten: Mit welchen Zahlen können die Autoren Bischoff und Reygers die sensationelle epidemiologische Neuigkeit belegen, daß fast alle chronischen Hepatitis-B-Fälle (also 100 Prozent) entweder im Kindesalter (laut Artikel 20 bis 30 Prozent der chronischen Infektionen) oder zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr (laut Artikel 75 Prozent aller Hepatitis-B-Infektionen) erworben worden sind? DÄ*

## Kosten berücksichtigen

Kürzlich hat das „Grüne Kreuz“ in einer über Bild- und Tonmedien verbreiteten Stellungnahme zu einer ge-

nerellen Massenimpfung gegen Hepatitis B aufgefordert.

Obwohl auch heute die Möglichkeit, an Hepatitis B zu erkranken, vornehmlich gewissen Risiko- und Berufsgruppen vorbehalten bleibt, ist sicher eine generelle Impfung gegen Hepatitis B wie gegen Tetanus, Polio und Diphtherie wünschenswert.

Dabei müssen jedoch sowohl vom „Grünen Kreuz“ wie auch von Medien und den am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen die enormen Kosten berücksichtigt und insbesondere auch der Kostenträger benannt werden.

Bei einer Impfung von nur 10 Millionen Bürgern gegen Hepatitis B würde sich das Kostenvolumen auf zirka drei Milliarden DM belaufen.

Dr. med. Erwin Esch, Margaretastraße 8, 50827 Köln

## Arbeitsunfähigkeit

Zu dem Beitrag „Medizinischer Dienst: Keine schematische AU-Begutachtung“ von Dr. med. Rüdiger Hein in Heft 27/1996:

## Verschlechterung der Qualität

...Zu einer ärztlichen Untersuchung eines Patienten, die ja letztendlich zu einer Diagnose und dann zu einer Therapie führen soll, wird gelehrt, daß sowohl die Anamneseerhebung als auch die körperliche Untersuchung erforderlich sind, ehe man eine Diagnose stellen kann. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist einer Diagnose gleichzusetzen.

Im vorliegenden Fall wird als qualitative Verbesserung angesehen, daß die körperliche Untersuchung nicht in jedem Falle notwendig ist. Ich halte dies letztendlich für einen Rückschritt und eine Qualitätsverschlechterung. Gerade im Bereich der Arbeitsunfähigkeit ist, um dem Betroffenen gerecht zu werden, die persönliche Inaugenscheinnahme unabdingbar

erforderlich, so daß... von einer Qualitätsverbesserung der Tätigkeit des MDK nur dann gesprochen werden kann, wenn es ihm gelingt, jeden, der im Verdacht steht, nicht begründet arbeitsunfähig zu sein, persönlich zu sehen und zu untersuchen.

Zum zweiten wird festgestellt, daß als Folge der Steigerung der Begutachtungseffektivität die Zahl der Rehabilitationsempfehlungen um rund ein Drittel gesteigert werden konnte.

Diejenigen, die im Rehabilitationswesen arbeiten, haben eher den Eindruck, daß die Aufgabe des Medizinischen Dienstes darin bestünde, die Rehabilitationsempfehlungen der betreuenden Hausärzte abzulehnen und damit den Forderungen der Gesundheitspolitiker nachzukommen. Von einer Steigerung der Rehabilitationsempfehlungen durch den MDK hätten wir, die wir in der Rehabilitation arbeiten, gerade in der jetzigen Situation gerne mehr gesehen.

Für diese Bemühungen ist dem MDK also zu danken. Ich hoffe, daß wir die entsprechenden Effektivitätssteigerungen demnächst auch bemerken werden.

Dr. med. Ekkehard Lenschow, Im Frongarten 9, 79837 St. Blasien

## Nürnberger Code

Der einzige bei der Redaktion eingegangene Brief zu dem Beitrag „50 Jahre Nürnberger Kodex: Entwicklung, Wirksamkeit und künftige Bedeutung ethischer Kodizes in der Medizin“ von Thomas Gerst in Heft 22/1996:

## Warum?

Warum bringt das Deutsche Ärzteblatt den „Nürnberg Code“ in Englisch?

Dr. Helmut Zappe, Dr.-Karl-Aschoff-Straße 1, 55543 Bad Kreuznach

Antwort: Die Originalfassung ist in Englisch, eine *offizielle* Übersetzung gibt es unseres Wissens nicht. DA