

LESERZUSCHRIFTEN

Leserzuschriften werden von der Redaktion sehr beachtet. Sie geben in erster Linie die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Die Veröffentlichungsmöglichkeiten sind leider beschränkt; der Redaktion bleibt oft keine andere Wahl, als unter der Vielzahl der Zuschriften eine Auswahl zu treffen. Die Chance, ins Heft zu kommen, ist umso größer, je kürzer der Brief ist. Die Redaktion muss sich zudem eine – selbstverständlich sinnwährende – Kürzung vorbehalten.

Ärztinnen

Zu dem Beitrag „Potenziale werden (noch) nicht genutzt“ von Dr. Thomas Kopetsch in Heft 14/2003:

An der Förderung hapert's

Neben der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Hauptthema für die nahezu fehlende Präsenz von Ärztinnen in Leitungsfunktionen: Männer (be)fördern lieber Männer!! Solange „Frau“ doppelt so viel Leistung erbringen muss, um die gleiche Förderung wie ein männlicher Kollege zu erfahren, wird sich an der geschilderten Misere – allen Frauenförderplänen zum Trotz – wenig ändern. Wen wundert es, wenn viele Ärztinnen, die diesen sinnlosen Kampf nicht weiterführen wollen, da ja doch der männliche Kollege die Oberarztposition erringen oder wissenschaftlich gefördert wird, den Weg in weniger attraktive (finanziell und Prestige) Randbereiche suchen oder gar den Ausstieg aus dem Medizinbetrieb vornehmen. Dr. med. Heike A. Kahla-Witzsch, MBA, Mutter zweier Kinder, Max-Baginski-Straße 52, 65812 Bad Soden

Hinweis

Es ist zu begrüßen, dass sich das DÄ zunehmend den schlechten Aufstiegschancen für Ärztinnen widmet. Offenbar wird das Riesenproblem, was dahinter steht, zunehmend besser erkannt! Ich möchte auf eine Umfrage unter allen Medizinischen Fa-

kultäten in Deutschland hinweisen, die ich im Auftrag der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten durchgeführt habe. Selbst die „beste“ Uni-Klinik, die Berliner Charité kam dabei nur auf 65% der möglichen Pluspunkte, was die Frauenfreundlichkeit angeht – gefragt wurde nach den unterschiedlichsten Faktoren. Hier ist einiges nachzuholen. Zu beziehen ist die Dokumentation über die unten angegebene Adresse. Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Kommission Klinika, Augustenburger Platz 1, Campus Virchow-Klinikum der Charité, 13353 Berlin

Doppelte Verschwendung

Können wir es uns leisten in Zeiten immer knapper werdender Steuermittel und bei Kosten von > 50 000 Euro pro Jahr und Studienplatz, dass inzwischen knapp 40 % aller Medizinstudentinnen und -studenten nach dem Examen nicht im klinischen Bereich tätig werden? Ist es nicht geradezu eine doppelte Verschwendung von menschlichen und intellektuellen Ressourcen, wenn der Schwund gerade bei den weiblichen Absolventinnen zu verzeichnen ist, die als Ärztinnen lt. der amerikanischen Studie einen besseren „Draht“ zum Patienten haben? Ist es gesellschaftlich gesehen tragbar und richtig, dass gerade in einem Beruf, der am intensivsten mit allem Menschlichen zu tun hat, begabte Absolventinnen ihren Berufsweg abbrechen, weil

die menschlichsten aller Bedürfnisse, nämlich nach Partnerschaft und Familie, nicht mit der Arbeitssituation vereinbar sind?

Es kann und soll nicht das Ziel sein, die Medizin zu einem reinen Frauenberuf zu machen. Es ist aber zu begrüßen, dass diese Problematik zunehmend – im DÄ – aufgegriffen wird. Möge dies so bleiben.

Es ist auch zu begrüßen, dass aufgezeigt wird, dass gerade in der Medizin im Vergleich zu anderen akademischen Berufen unmenschlichere, familienunfreundlichere Bedingungen zu herrschen scheinen (s. Grafik 1). Dass dies so nicht richtig sein kann, darauf weist die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes in ihrem Interview hin. Dass es – dem Deutschen Ärztinnenbund – nicht um noch mehr Schutz für Ärztinnen zulasten ihrer männlichen Kollegen geht, wird sehr deutlich in der kritischen Auseinandersetzung mit der teilweise überschießenden Mutterschutzrichtlinien-Verordnung. Aber auch dafür brauchen wir die Ärztinnen in der Medizin: dass sie auf geschlechterdifferente Krankheitsverläufe und -symptome hinweisen, wie es der Deutsche Ärztinnenbund mit seinem Kongress „Schlagen Frauenherzen anders?“ gemacht hat.

Dr. Margareta Schlipf, Pfauengasse 25, 89073 Ulm

DMP

Zur Bürokratie in der Medizin:

Tiefer ins Elend

Die Einführung der DMP zeichnet sich als großer Segen, insbesondere Geldsegen, für uns Ärzte ab. Mit nur wenig bürokratischem Aufwand werden wir pro DMP-Fall etwa 15 Euro je Quartal hinzuverdienen. Wenn nun jeder Patient im Durchschnitt drei DMP-Programme hat, was bei 10 geplanten DMP (wenn es so

gut klappt, kann man ja auf noch mehr, z. B. 20, steigern) erreichbar scheint, bedeutet das eine Verdoppelung der etwa 45 Euro, die Hausärzte infolge Budgetierung maximal je Patient und Quartal erwirtschaften können, der Ferrari kann bestellt werden, Leute! Auch ist es völlig abwegig zu behaupten, dass wir unsere Integrität, Ehre und Ethik für ein Linsengericht an die Kassen verkaufen. Denn erstens ist es viel mehr als nur eine warme Suppe, nämlich ein Luxusartikel, und zweitens folgen wir nur den „offiziellen“ Vorgaben, z. B. dem jahrelang schwer bekämpften Arzneimittelreport, wenn wir unsere Patienten durch die Gabe von veralteten Medikamenten, wozu uns DMP verpflichten, schädigen. Hier fällt mir spontan der alte Satz des Prof. Vilmar vom sozialverträglichen Frühableben ein. Nur was als evidenzbasiert gilt, ist richtig, was universitär wenig bekannt oder erforscht oder unerforscht ist, ist als subjektiver verwerflicher Unsinn zu werten und muss ausgegrenzt werden von Kassengeldern (z. B. Homöopathie, Phytotherapie, Selbstorganisatorische Hypnose), wenn's denn dem Rotstift dient. Der Erfahrungsschatz eines Arztes, die Individuation der Behandlung, die Bedürfnisse des Patienten sind vollkommen uninteressant. Beispiel: Wäre also vor etwa zehn Jahren ein DMP Herzinsuffizienz entstanden, wären Betablocker noch heute dafür kontraindiziert mit amtlichem Brief und Siegel. Jeder, der sich näher mit Wissenschaft beschäftigt, kann leicht sehen, wie dogmatisch und verkehrt vieles ist, wie widersprüchlich, wie manipulierbar, wie viel pseudoobjektiver Unsinn verzapft wird. Das fing auch schon lange vor Semmelweis an. Die Anbieter der heiligen Kuh des Doppelblindversuchs und der evidenzbasierten DMP sollten nicht die hausärztliche Versorgung bestimmen! Wir

sollten uns in die andere Richtung bewegen, nämlich die Patienten dort abholen, wo sie stehen, bei dem, was sie glauben und fühlen, auch bei ihren Ängsten. Dazu müsste jeder primärversorgende Arzt viel mehr Training erhalten, erstens auch in Selbsterfahrung, zweitens im induktiven Arbeitsstil zuungunsten des direktiven, der heute üblich ist. Psychologische, psychosomatische und psychotherapeutische Kenntnisse müssten trainiert werden! Die neue Weiterbildungsordnung des hausärztlichen Internisten und Allgemeinarztes wird nur weiterhin 40 Stunden Psychosomatik enthalten, deren Kürzung sogar überlegt wird. Gleichzeitig hat der BDI einen idiotischen Streit vom Zaun gebrochen, indem er drei Jahre stationäre Innere Me-

dizin fordert, obwohl die auf dem Rostocker Ärztetag festgelegten zwei Jahre dick reichen würden.

Aller Quatsch, der jetzt geplant ist (elektronische Chipkarte, digitalisierte Daten, DRG, DMP, Quittungen, Leitlinien-Bundeshauptamt etc.), wird uns, Patienten und Ärzte, tiefer ins Elend führen und nur Bürokraten glücklicher machen. Kosten werden auch höchstens über Patientenschädigung (s. o.) gesenkt. Nur über die Einsicht und Mitarbeit des Patienten, nicht über Dressur, kann langfristig erfolgreiche Prävention und eine glücklichere und gesundheitsbewusstere Bevölkerung entstehen – und dann auch Kostensenkung!

Dr. med. Udo Saueressig,
Hauptstraße 129, 74931 Lobbach-
Waldwimmersbach

Medizinstudium

Zu dem Beitrag „Positive Erfahrungen an der Charité Berlin“ von Prof. Dr. med. Walter Burger et al. in Heft 11/2003:

Ideologiebehaftete Grundsätze aufgeben

Die Darstellung von Herrn Burger und Kollegen über ihre Erfahrungen mit dem problem-orientierten Unterricht an der Charité ist erfreulich nüchtern, und die sich für mich abzeichnenden Ergebnisse (① POL ist nicht schlechter als der Regelunterricht, ② POL ist in Deutschland als Regelunterricht für alle nicht sinnvoll) stimmen mit denen internationaler Untersuchungen (inklusive der Ergebnisse in Harvard) überein (Colliver, 2000). Die Schlussfolgerung von Colliver aus den bisherigen (bis 1998) empirischen Studien ist eindeutig (PBL gleich problem based learning): „ . . . , this review of the research on the effectiveness of PBL curricula provides no convincing evidence that PBL improves knowledge

base and clinical performance, at least not of the magnitude that would be expected given the extensive resources required for the operation of a PBL curriculum.“ Diese nicht-erhöhte Effektivität von POL gilt auch für die medizinische Fort- und Weiterbildung (Smits et al., 2002). Die zur Durchführung von POL notwendigen Mittel (extensive resources) werden von Herrn Burger leider nicht klar benannt: Aus der Tatsache, dass die Zunahme der Lehrbelastung einzelner Fakultätsmitglieder verhältnismäßig gering ist, folgt nicht, dass die Ausbildungskosten je Student und Semester niedrig sind. Die Frage also ist: Wie teuer ist ein Regelstudent, wie teuer ist ein POL-Student? Diese Frage ist angesichts der gegenwärtigen Situation des Bildungswesens sicherlich gerechtfertigt, und ich frage mich auch, warum die Verfechter von POL in Deutschland meinen, dass hier teure Studien notwendig sind, die dann das bestätigen, was man eh schon weiß? Es ist bedauerlich, dass die von der AO gegebene Möglichkeit zur Durch-

führung von Modellstudiengängen ausgerechnet für das veraltete (wird seit über 30 Jahren ausprobiert!), teure und im Vergleich zur Regelausbildung nicht wirksamere (Colliver, 2000) POL genutzt wird und nicht für innovative Unterrichtstechniken. Zu diesen kann man durchaus „Hybrid“-Formen rechnen, welche die Vorteile von POL („PBL may provide a more challenging, motivating, and enjoyable approach to medical education . . .“; Colliver 2000) mit den Vorteilen des wissenschaftlich gegliederten Regelunterrichtes verbinden. Wäre es nicht vernünftig, die ideologiebehafteten Grundsätze („reines POL“ gegen „sturen Regelunterricht“) aufzugeben und gemeinsam für effektive Unterrichtsmethoden zu arbeiten?

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Hobe J. Schröder,
Institut für Experimentelle Gynäkologie,
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf,
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Menschen im Alter

Zu den Beiträgen „Bestmögliche Versorgung“ von Thomas Gerst und „Rahmenbedingungen in Deutschland“ von Dr. med. Daniel Rühmkorf in Heft 10/2003:

Könnte die Medizin „behindert“ sein?

Über die Beiträge zur medizinischen Versorgung alter Menschen habe ich mich sehr gefreut, weil auf ein Problem hingewiesen wurde, das im medizinischen Alltag der Forschung, der Kliniken und Krankenhäuser sowie auch der Facharztpraxen häufig wenig beachtet wird. Es mangelt oft an Kenntnissen altersbedingter Krankheiten, am Verständnis psychosozialer Besonderheiten im Alter und an der Bereitstellung finanzieller Mittel für eine befriedigende Versorgung dieser Menschen. Das ist eigentlich verwunderlich, weil die meisten jüngeren und älteren

Menschen auch einmal in das hohe Lebensalter kommen werden und aufgrund des natürlichen Abbauprozesses, von Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit eine angemessene Versorgung und Betreuung erwarten.

Ähnlich ergeht es auch meist jüngeren Menschen mit und/oder geistiger Behinderung, deren Versorgung trotz vielfältiger Fortschritte in der Medizin und verschiedener Versorgungssysteme immer noch als unzureichend zu bezeichnen ist. Wie bei der Versorgung alter Menschen ist festzustellen, dass die bekannten medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen in der Behindertenmedizin im Studium und in der klinischen Ausbildung unzureichend vermittelt werden und aus finanziellen Gründen oft nicht umgesetzt werden können. Diese Notlage hat die in der Behindertenmedizin tätigen Ärzte veranlasst, eine „Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“ zu gründen. Der Gründung ging 2001 ein Kongress zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung mit dem Titel „Eine behinderte Medizin?!“ in Kassel voraus. Die Beiträge liegen jetzt in einem im Lebenshilfe-Verlag erschienenen Kongressband („Eine behinderte Medizin?!“) vor.

Natürlich sind Menschen mit deutlichen Alterungsveränderungen nicht mit geistig behinderten Menschen gleichzusetzen, aber der medizinische und pflegerische Aufwand bei der Betreuung ist in ähnlicher Weise erforderlich. Werden diese Menschen mit ihren natürlichen Wünschen und berechtigten Forderungen in unserer Gesellschaft genügend wahrgenommen? Ist ihre medizinische Versorgung sinnvoll und ausreichend? Werden sie menschenwürdig in der Familie oder in Heimen betreut? Genügen die ärztlichen und pflegerischen Kenntnisse zur Versorgung

dieser Menschen und werden die Leistungen entsprechend vergütet? Alles Fragen, ob die Medizin vielleicht doch „behindert“ sein könnte!

Dr. med. Horst Isermann,
Leipziger Straße 52 A, 27356 Rotenburg

Männergesundheit

Zu dem Kommentar zum Männergesundheitsbericht „Ablehnende Haltung“ von Dr. phil. Matthias Stiehler und Prof. Dr. phil. Martin Dinges in Heft 12/2003:

Besser: Rollenverhalten ablegen

Ach, Ihr Männer, endlich habt Ihr, oder zumindest einige von euch, verstanden, dass es nicht ausreicht, sein Ego unbeirrt zu streicheln, um dann mit Mitte fünfzig – an einem Herzinfarkt verstorben – ins Grab zu sinken! Dafür müsst Ihr aber ein wenig mehr tun als bisher, denn Ihr meint immer noch, Ihr seid der Nabel der Welt. Kaum habt Ihr eine Männerinitiative gegründet, muss auch schon das Bundesgesundheitsministerium antreten, um euch zu unterstützen! Notfalls ginge ja auch noch ein Länderministerium, aber die wollen anscheinend auch nicht so recht, da sie wahrscheinlich euer Begehren gar nicht verstehen. Denn fast alles in der Gesundheit wird doch bereits ausschließlich für die Männer gemacht, erforscht und therapiert! Ab und zu fällt ein Bröckchen für die Frauen ab, das sind Einzelevents. Z. B. stand vergangene Woche in der Tageszeitung die neueste Erkenntnis, dass: „Karrierefrauen aufgrund der Doppelbelastung besonders unter Stress leiden, da ihre Ehemänner anscheinend nicht in der Lage sind, sie im Haushalt zu unterstützen“. Eine ganz neue Erkenntnis! Vor 30 bis 40 Jahren hieß diese Stresserkrankung bei den Männern „Managerkrankheit“, allerdings nicht wegen einer Doppelbelastung, sondern wegen eines ungesun-

den Lebenswandels. Die Ursachen sind seit der Framingham-Studie zur Genüge erforscht; es gibt ausreichend Aufklärungsmaterial. Nur anwenden können die Männer diese Erkenntnisse anscheinend nicht oder zu wenig (es sei denn, die Ehefrau hilft). Was soll denn in dieser Situation ein Männergesundheitsbericht noch erbringen? Wenden Sie sich doch bitte an das Statistische Bundesamt, dort liegen alle Statistiken über die Gesundheit vor. Denn: medizinische Forschung ist männerzentriert, da braucht man wirklich keinen extra Männergesundheitsbericht, sondern man kann auf den normalen Gesundheitsbericht zurückgreifen! Bilden Sie Selbsterfahrungsgruppen überall, reden Sie über Ihr Rollenverhalten, damit Sie es endlich ablegen können! Das haben wir Frauen schließlich auch gemacht. Nehmen Sie sich ein Beispiel an den Ursprüngen der Frauenbewegung, und fangen Sie nicht dort an, wo die Frauen jetzt schon angelangt sind. Dr. med. Inge Zeller,
Neuer Graben 73, 44139 Dortmund

Ökonomie

Zu dem Leserbrief „Darf der Ministerberater alles?“ von Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, in Heft 12/2003:

Paradigmenwechsel längst vollzogen

. . . Die Bundesregierung plant, durch direkte Vertragsbeziehungen zwischen PKV und Ärzten „ . . . der PKV rechtliche Möglichkeiten an die Hand zu geben, um die Kostenentwicklung wirksamer zu steuern zu können“. Hierdurch wird – ähnlich der HMO der USA – der PKV ohne weitere Modulation von Arzt oder Patient ein direkter Rückgriff auf ihre inhaltliche Leistungsgestaltung gebahnt. Krasser ausgedrückt: Identität zwischen Leistungsfinanzierer und -kontrollleur im Verbund mit

durch Einzelverträge gefügig gemachte Ärzte ermöglicht die Nutzung sehr polarer ethischer Räume.

Die Bundesjustizministerin weiß präzise, weshalb dieser Regierungskommission zwar vier Versicherungsvorstände, jedoch kein einziger Arzt angehören. Den von Jonitz zu Recht monierten Paradigmenwechsel hat die Bundesregierung längst öffentlich vollzogen! . . .

Dr. med. Christian Wittig,
Ludwig-Zimmermann-Straße 3,
40213 Düsseldorf

Rehabilitation

Zu dem Beitrag „Ambulant und wohnortnah“ von Dr. med. Uwe Kalinka in Heft 11/2003:

Stationär wo nötig, ambulant wo möglich

Der Bericht bestätigt einmal mehr, dass eine qualifizierte ambulante Rehabilitation ebenfalls gute Ergebnisse erzielen kann. Werden doch dieselben Therapien eingesetzt, die sich seit langem in der stationären Rehabilitation bewährt haben. Jetzt bedarf es der Entwicklung abgestufter flexibler Rehabilitationskonzepte, die eine sich an den Fähigkeits- und Funktionsstörungen des Patienten orientierende Behandlung ermöglichen und sowohl stationäre als auch ambulante Verfahren und Nachsorgekonzepte beinhalten. Dabei sind bei der Auswahl des Rehabilitationssettings neben den krankheitsbedingten Einschränkungen die psychosoziale Situation (Alter, Geschlecht, Beruf, Versorgungslage) ebenso zu beachten wie der Wunsch des Patienten. Im Übrigen hat eine sachgerecht durchgeführte Rehabilitation mit einer „Kur“ nichts zu tun.

Die im Text erwähnten Studien aus Bielefeld und Hamburg erlauben aus unserer Sicht die zitierten Aussagen nicht, von einer Evidence kann nicht die Rede sein.

Statt „alles stationär“ wie früher wäre „alles ambulant“ ab heute, wie manche es sich vielleicht vorstellen, für unsere Patienten wohl der falsche Weg. Eine flächendeckende ambulante Rehabilitation scheint zudem aus logistischen und auch aus Kostengründen kaum realisierbar.

Besser wäre: Stationär wo nötig, ambulant wo möglich. Eine zunehmend wichtige Variante ist die sequenzielle Kombination beider Settings: nach verkürzter stationärer Einleitung der Rehabilitation ihre ambulante Fortsetzung, an die sich bei Bedarf eine intensivisierte Nachsorge anschließen kann. Entsprechende flexible Konzepte sind bereits etabliert bzw. werden erprobt.

Prof. Dr. med. Marthin Karoff,
Deutsche Gesellschaft für Prävention
und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-
Erkrankungen (DGPR) e.V.,
Friedrich-Ebert-Ring 38, 56068 Koblenz

Babyklappen

Zur Diskussion über anonyme Geburten und Babyklappen:

Frage nach dem Warum

Die Frage ist doch, warum Frauen ihre Kinder anonym abgeben. Man muss davon ausgehen, dass sie sich entweder der Aufgabe der Elternschaft, aus welchem Grund auch immer, nicht gewachsen fühlen oder das Kind einfach nicht wollen. Ist es nicht für diese Kinder besser, auch wenn sie ihre leiblichen Eltern nie kennen lernen, bei Adoptiveltern aufzuwachsen, die sich nach einem Kind sehnen, als bei Eltern, von denen es nicht geliebt, sondern vernachlässigt wird? Es ist sehr schade, dass die Babyklappen und die anonyme Geburt die Zahl der ausgesetzten und getöteten Kinder nicht verringert, dennoch tragen sie zur Verbesserung der Lebensqualität benachteiligter Kinder bei!

Tabea Melekian,
Waldsachsener Straße 7, 96450 Coburg