

Das Leser-Forum

Pädiatrie

Eine wissenschaftliche Studie mit Mitarbeitern von Kinderkliniken zeigt, wie dramatisch die Situation dort ist und wie dringend der Handlungsbedarf (DÄ 37/2019: „Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie“ von Annic Weyersberg, Bernd Roth, Ursula Köstler und Christiane Woopen).

Auch Niederlassung unattraktiv

Diesem sehr aussagekräftigen Artikel über die Situation in den Kinderkliniken fehlt noch ein entscheidender Aspekt: Die durch „Ökonomisierung personell (Ärzte und Pflegepersonal) zusammengestrichenen bzw. komplett geschlossenen Kinderkliniken und Kinderabteilungen stehen auch nicht mehr als Weiterbildungsstellen für zukünftige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin zu Verfügung!

Damit verschlechtert sich auch die Versorgungssituation aller Kinder im ambulanten Bereich und da nicht nur die der schwer- oder chronisch kranken, weil:

- nachfolgesuchende Inhaber einer Kinderarztpraxis, die wegen Alters in Rente gehen möchten (geburtstarke Jahrgänge zwischen 1949 und 1969 geboren), keinen Nachfolger finden und

- die Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie viele Kinderärzte ambulant tätig gebraucht werden (Versorgungsauftrag!), auf Zahlen basieren, die ca. 25 Jahre alt sind und immer weiter fortgeschrieben wurden. Damit kommt regelmäßig eine rechnerische „Übersorgung“ mit niedergelassenen Kinderärzten zustande, von der aber weder die noch niedergelassenen Kollegen etwas merken (wegen voller Wartezimmer und u. U. Aufnahme-stop für neue Patienten), noch die Eltern, die nach einer wegen Alters geschlossenen Kinderarztpraxis ohne Nachfolger jetzt weite Wege (vor allem auf dem Land bis zu 20 oder 30 km) in Kauf nehmen müssen, um überhaupt ihre Kinder von einem Kinderarzt betreuen lassen zu können.

Zusätzlich zu der im Artikel beschriebenen Unterfinanzierung im stationären Bereich kommt auch noch eine im ambulanten Bereich, denn die hausärztlich tätigen Kinderärzte rangieren in der Honorarstatistik (jedes Quartal in den Veröffentlichungen der regionalen Ärzteblätter nachzulesen) noch hinter den Allgemeinmediziner.

All das macht es für die wenigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die überhaupt fertige Fachärzte werden, zusammen mit einer überbordenden Bürokratie auch noch unattraktiv, sich überhaupt mit der Frage einer Niederlassung zu beschäftigen.

Edith Kühnert, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, 26419 Schortens

Gleichwertigkeitsprüfung

Für die Aufnahme ärztlicher Tätigkeit forderte der Deutsche Ärztetag, dass Ärzte aus Drittstaaten einheitlich eine Prüfung analog dem dritten Staatsexamen ablegen (DÄ 39/2019: „Gleichwertigkeitsprüfung für Ärzte aus Drittstaaten: Drittes Staatsexamen umsetzen“ von Egbert Maibach-Nagel).

Ärztliche Prüfung

Bedauerlicherweise lese ich immer wieder – so auch hier – die Titulierung des Medizinstudiums in 1., 2. und 3. Staatsexamen. Die Bezeichnung „Staatsexamen“ ist in der Studienordnung/Approbationsordnung des Medizinstudiums von 2012 nicht vorgesehen. Diese spricht lediglich von einem „Ersten, Zweiten und Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ (Art. 4, § 13 Abs. 1 bzw. § 20 Abs. 1, Änderung der Approbationsordnung zum 1. Januar 2014). Auch das ausgestellte Enddokument enthält das Wort „Staatsexamen“ nicht, sondern heißt „Zeugnis über die Ärztliche Prüfung“ (Anhang zu Art. 4 Nr. 28 (BGBl. I 2002, 2431–2432)).

Dr. med. Michael Veittinger, 14193 Berlin

Meningoenzephalitis

161 Landkreise in Deutschland gelten als FSME-Risikogebiete. Bei einer Erkrankung sind schwere neurologische Störungen häufig. Daher empfiehlt das Robert-Koch-Institut (RKI), den Impfschutz zu überprüfen (DÄ 39/2019: „Risikogebiete weiten sich aus“ von Teresa Kreusch et al.).

Zielgruppen genauer definieren

Laut der Prinzipienethik von Childress und Beauchamp sollen wir Ärztinnen und Ärzte neben der Benefizienz und Non-Malefizien auch den Willen des Patienten (Autonomie) und das Gemeinwohl/Gerechtigkeit im Sinne haben. Gerade letzterer Punkt ist

sicherlich uns in Deutschland, die wir nach Bismarckschem Sozialsystem sozialisiert sind, eher fremd. Trotzdem ist es gerade bei Impfungen zu beachten.

Bei den FSME-Impfungen, die hier propagiert werden, ist die Benefizienz und Non-Malefizien sicher weitgehend gegeben, schon beim Patientenwillen lässt sich angesichts der Impfquoten, die bei ca. einem Drittel der Kinder und noch weniger der Erwachsenen liegt, zweifeln. Noch schlechter sieht es dagegen bei der vierten Säule aus. Allein die Grundimmunisierung kostet gut 100 Euro für Erwachsene und 80 Euro für Kinder. Bei ca. 30 Millionen Menschen, die wir nach RKI gegen FSME impfen sollten, da sie in Risikogebieten leben, sind das ca. 3 Milliarden Euro. Tendenz steigend, da einmal definierte Risikogebiete nicht mehr entfernt werden. Und – anders als z. B. bei den Masern – alles bei einer Erkrankung, die nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird. Wäre es hier bei durchschnittlich < 300 Erkrankten/Jahr und < 5 Toten/Jahr nicht auch ethisch geboten, die Zielgruppen genauer zu definieren?

Dr. med. Thomas Maibaum, 18106 Rostock

Big Data

In der Medizin haben Big-Data-Methoden Hochkonjunktur. Große, qualitativ hochwertige Datensätze sind eher rar. Mit der Qualität steht und fällt jedoch die Aussagekraft von Analysen in der medizinischen Forschung (DÄ 35–36/2019: „Vieles ist noch Wunschdenken“ von Amke Caliebe et al.)

Theoretische Medizin

Danke für den großartigen Artikel zur Methodologie von Big Data (BD), der kritisch-rational verfasst ist und so als Referenz für ausgewogene Diskurse zum Themen der digitalen Medizin (DM) gelten kann. Erfreulich ist, dass auch MAs von einem Pharma-Konzern hier mitmachen (dürfen), da leider aus dieser Branche oft – sogar Fachtexte – im ästhetisierenden Science-Fiction-Modus veröffentlicht werden, die nur PR-Charakter haben. BD (und DM), insbesondere im Kontext der molekularen Medizin (z. B. Precision Medicine), riskiert ohne methodologische Selbstkritik zur Immobilienblase der Medizin zu werden – die Versprechen werden so nicht eingelöst.

Allerdings fehlt beim Abschnitt „Medizin als datenbasierte Wissenschaft“ der Hinweis auf die Notwendigkeit einer „theoretischen Medizin“, denn Daten ohne Theorien sind blind. Komplexitätsmathematische Analysen alleine, etwa von BD-Wetterdaten, werden ohne Theorie der Gravitation, Thermodynamik usw. wohl weder gute Prognosen noch das Verstehen des Wettergeschehens ermöglichen.

Fachtheoretisch begründete Smart Data und Small models sind dringlich angezeigt, statt einfach zu messen, was messbar ist, und dann einfach drauflos zu rechnen (Computational Medicine). Es sind also für eine nachdenkliche Medizin dringlich spezialisierte Lehrstühle für theoretische Medizin erforderlich.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter,
A-1040 Wien

Krankenhäuser

In vielen psychosomatischen Kliniken hat sich eine Komfort- und Wohlfühlkultur ausgebreitet, hinter der die medizinischen-therapeutischen Leistungen zurückstehen (DÄ 38/2019: „Psychosomatische Kliniken: Das Primat der Ökonomie“ von Ulrich Streeck).

Wellness-Stationen

In dem ... Kommentar beklagt Prof. Streeck die Ablenkung psychosomatischer Patienten durch die Ausbreitung der Komfortausstattung der Kliniken. Er weist darauf hin, dass dies der eigentlichen Therapie und damit den Patienten schadet. Sicher hat er Recht. Aber seine Erkenntnisse gelten nicht nur für die Psychosomatik. Auch in den Akutkrankenhäusern schießen die Wellness-Stationen aus dem Boden. Und sie verstärken verhängnisvoll die bereits vorhandene Anspruchsmoralität der Patienten: Dass sie es sich gut gehen lassen können, während das Fachpersonal sich mit ihren gesundheitlichen Problemen beschäftigt, mit deren Therapie sie selbst nicht behelligt werden wollen. Der Zweck des Klinikaufenthaltes verschwimmt, die essenzielle Notwendigkeit der eigenen Mitwirkung wird als Zumutung empfunden. Wozu sind die Ärzte und die Pflegenden überhaupt noch da? Wenn, wie die Erbauer dieser Komfortstationen argumentieren, der Komfort das Einzige ist, was die Patienten gerade in dieses Krankenhaus holt, denn optimale medizinische Qualität gibt es selbstverständlich überall, dann sind der individuelle Arzt und sein Können nicht nur austauschbar, sondern im Grunde über-

flüssig. Und die Schwestern, die von Patienten zu Zimmermädchen degradiert werden, verzweifeln an ihrer Berufswahl. Fazit: Patienten, die auf solchen Firlefanz abfahren, sollte man mit Vorsicht anfassen, und man sollte sicherstellen, dass sie wissen, warum sie hier sind.

Prof. Dr. med. Bernd Rieck, 31135 Hildesheim

Klinische Studien

Randomisierte kontrollierte Studien erfordern den Ausschluss vorliegender Kenntnisse über einzelne Patienten. Mit dem Aufkommen einer immer präziseren Medizin wird daher die Erweiterung der Evidenzhierarchie um eine vierte Stufe notwendig (DÄ 39/2019: „Genauere Evidenz für Präzisionsmedizin notwendig“ von Tim Rödiger et al.)

Vernünftiges Denken

Auch individuelle Menschen sind mehr oder weniger vergleichbar, weil sie typisch funktionierende Leiber haben. Studien mit statistischer Auswertung werden durchgeführt, weil das Individuelle des Menschen sein Vergleichbares durchdringt und überformt. Mithilfe statistischer Studien nehme ich etwas vom Allgemeinen im Menschen unter Ausblendung seines Individuellen wahr. Sie weisen zu Recht darauf hin, dass dabei der einseitig und verengt angewendete methodische Goldstandard „RCT“ in der evidenzbasierten Medizin zu einem ungu-ten Methodenmonopol geführt hat, das der Medizin insgesamt schadet, wenn man es dogmatisch einfordert. Dies ist auch ohne die von Ihnen geschilderte Präzisionsmedizin erkennbar, obwohl diese ein gutes Beispiel ist. Umfassend hat Helmut Kiene auf die vielen Fallstricke hingewiesen, die umso reichhaltiger in medizinischen Details von Studien lauern, je methodisch hochwertiger sie nach EBM-Kriterien zu sein scheinen. Ferner sortiert er die Erkenntnisgewinnung durch randomisierte Studien in ein breites Spektrum möglicher medizinischer Forschungsmethoden ein und erklärt sie hierdurch umfassender. Letztlich gibt es immer nur einen wirklich umfassenden Bewertungsmaßstab für Wissenschaftlichkeit, und das ist das vernünftig gebrauchte, individuelle menschliche Denken. Dieses wird durch den Bewertungsmaßstab einer einseitig und dogmatisch verstandenen sowie schematisch angewendeten evidenzbasierte Medizin vielfach unnötig beschnitten.

Dr. med. Till Reckert, 72764 Reutlingen,
Literatur beim Verfasser

Maßregelvollzug

Immer mehr Straftäter werden in den Krankenhäusern des Maßregelvollzugs behandelt – nicht zuletzt, weil eine Abhängigkeit keine zwingende Voraussetzung für die Therapie ist. Eine Arbeitsgruppe schlägt vor, den Zugang zu verschärfen (DÄ 33–34/2019: „Therapiezugang reformbedürftig“ von Thorsten Maybaum“).

Bewertung obliegt dem Gericht

Aus meiner Sicht, die ein Teil meiner Kollegen und der Juristen teilen dürfte, ist für die Bejahung des Hangbegriffes nach § 64 StGB entweder eine Abhängigkeitsdiagnose oder zumindest die Feststellung eines schädlichen Gebrauchs erforderlich, letztere aber auch nur dann, wenn eindeutig ein habitueller Konsum vorliegt. Ohne eine dieser beiden genannten ICD-10-Diagnosekategorien kann man nach meiner Ansicht einen Hang im Sinne des § 64 StGB kaum bejahen. Die überwiegende Zahl meiner Exploranden versucht alles, um einer drohenden Unterbringung nach § 64 StGB zu entgehen. In meiner Erfahrung ist diese Maßnahme für die Mehrheit der Angeschuldigten nicht attraktiv, ausgenommen bei Erwartung einer hohen Haftstrafe. Bei jenen Exploranden, bei denen Blutalkoholbefunde, toxikologische Befunde oder Berichte über frühere Entwöhnungs- oder Entgiftungsbehandlungen fehlen, muss ich das Gericht jeweils mehrfach und eindringlich darauf hinweisen, dass sich meine psychiatrische Diagnostik nur auf die Angaben des jeweiligen Angeschuldigten stützen kann. Ich kann dem Gericht meine Einschätzung zur Schlüssigkeit der Angaben eines Exploranden mitteilen, letztlich unterliegt es aber der Bewertung des Gerichtes, ob es die diagnoseerzeugenden Angaben eines Angeklagten als glaubwürdig und belastbar einstuft.

Dr. (UCSC) Andreas Weisert, 76829 Landau

E-Mail

Leserbriefe können per E-Mail an die Adresse leserbriefe@aerzteblatt.de gerichtet werden. Sie können nur veröffentlicht werden, wenn sie ausdrücklich als „Leserbrief“ bezeichnet sind. Voraussetzung ist ferner die vollständige Anschrift des Verfassers (nicht nur die E-Mail-Adresse). Die Redaktion behält sich ohne weitere Mitteilung vor, Leserbriefe zu kürzen. **DÄ**