

Ausland

Zu dem Beitrag „Arbeit und Weiterbildung: Die USA – eine Perspektive für deutsche Ärzte“ von Prof. Dr. Peter Schlieper in Heft 5/1996:

Von Niederlassung keine Rede

... Die „harten Zulassungsvoraussetzungen“, die der in den USA angehende Medizinstudent erfüllen muß, betreffen den MCAT, ein Examen, vergleichbar mit den Anforderungen des Abiturs in der EU. Wer das Niveau des US-amerikanischen Schulsystems kennt, weiß, warum dieses Examen von den Amerikanern als „harte Eingangsvoraussetzung“ angesehen wird.

In den USA können nur approbierte Ärzte einer ärztlichen Tätigkeit in einem Krankenhaus nachgehen, keine AiP. Voraussetzung hierfür ist das Bestehen des E.C.F.M.G.-Examens. Dieses Examen besteht aus dem vorklinischen Teil und dem klinischen Teil (zirka 450 Fragen je Abschnitt, pro Frage 45 Sekunden Zeit für Lesen-Überlegen-Ankreuzen). Dieses Examen ist speziell für Ärzte geschaffen worden, die ihre Ausbildung nicht in den USA, Kanada oder Puerto Rico abgeschlossen haben. Die Durchfallquote wird durch Auswahl der Fragen per Computer bei 85 Prozent gehalten, um die Zulassung zur Fortbildung (residency) zu regulieren. Die hohe Durchfallquote sollte auf keinen Fall mit dem IQ der nichtamerikanischen Ärzte korreliert werden, da die US-amerikanischen Medizinstudenten selbstverständlich die leichten Fragen im Examen bekommen. Daher resultiert dann auch bei ihnen die geringe Durchfallquote von zwei Prozent. Mittlerweile können ausländische Kollegen auch am National Board Exam teilnehmen, in dem die US-amerikanischen Studenten geprüft werden. Diese Regelung hängt aber davon

ab, wie hoch der Bedarf an Ärzten ist. Wenn der ausländische Kollege dann nach zirka 4 000 Lern-Arbeits-Stunden die beiden medizinischen Abschnitte und den Sprachtest bestanden hat, kann er sich im darauffolgenden Jahr für eine residency bewerben (die ECFMG verschickt freundlicherweise die Examensergebnisse, nachdem die Bewerbungsfrist für das residency-Jahr abgelaufen ist)...

Das wichtigste aber ist, daß der ausländische Kollege nach Beendigung der Ausbildung die USA mindestens für zwei Jahre verlassen muß. Von Niederlassung kann also keine Rede sein. Des weiteren bietet die US-amerikanische Fortbildung nicht im geringsten einen Vorteil für die berufliche Weiterentwicklung in der BRD, denn die schlauerer Kollegen, die im Lande geblieben sind, sitzen auf den entsprechenden Stellen im Krankenhaus und werden sich nicht einen Kollegen aus den USA hereinholen...

Dr. Dr. Zierer (M. D.), Wolf-
ratshauser Straße 64, 81379
München

Überschuß an Fachärzten

Ich möchte auf eine Stellungnahme des Vizepräsidenten für Medical Education der Association of American Medical Colleges, Dr. Whitcomb, veröffentlicht im New England Journal of Medicine (1995, 333: 454-456) hinweisen. Whitcomb stellt fest, daß es in den USA bis zum Jahr 2000 einen Überschuß an Fachärzten der verschiedensten Bereiche von zirka 165 000 Ärzten geben wird. Bis jetzt besteht kein Konsens darüber, wie dieses drohende Problem anzugehen ist. Zum einen fordert er Reglementierungen von staatlicher Seite (Limitierung der Anzahl ausländischer Ärzte, die Zugang zu den residency programs erhalten sollen), zum anderen weist er

auf das freie Spiel des Marktes hin.

Aus eigener Erfahrung weiß ich, daß die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung nicht optimal ist. Es ist daher relativ leicht, eine allgemeinmedizinische Weiterbildungsstelle zu bekommen. Probleme tauchen auf bei fachärztlichen Weiterbildungsstellen, besonders bei den auch finanziell interessanten Bereichen wie Kardiologie, Gastroenterologie oder Radiologie, und bei landschaftlich interessanten Bundesstaaten wie zum Beispiel Kalifornien.

Dr. med. Oliver Volk, Falkstraße 113, 47058 Duisburg

Qualitätskontrolle unerlässlich

Als einen weiteren entscheidenden Grund für eine

Zu Leserbriefen:

Leserbriefe werden von Autoren und Redaktion sehr beachtet. 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 um so größer, je kürzer der Brief ist. Die Redaktion muß sich zudem eine – selbstverständlich sinnwährende – Kürzung vorbehalten. DÄ

derartig erfolgreiche amerikanische Medizin sehe ich die dort für alle verbindliche strenge ärztliche Qualitäts-selbstkontrolle an, die sich die amerikanischen Ärzte aufgebaut haben. Die Ergebnisse dieser Selbstkontrollen können oft mit beträchtlichen, auch materiellen positiven oder negativen Konsequenzen verbunden sein. In den 60er Jahren habe ich

mich in den USA persönlich von diesem System überzeugen können . . .

Dr. med. Heinrich Brunner, Hofham 41, 83093 Bad Endorf

Unterschiedliches Anforderungsprofil

Jeder amerikanische Arzt ist mit Ablegen des berufsbe-

fähigenden Examens „Medical Doctor“, ebenso wie amerikanische Juristen mit „J. D.“ abschließen. Dieser unserer Approbation ähnelnde akademische Abschluß ist schwerlich einer wissenschaftlichen Qualifikation im Sinne einer Promotion gleichzusetzen. Mediziner und andere Akademiker, die sich der Forschung widmen, erwerben – unabhängig vom M. D. – Titel wie „Doctor of Philosophy“ (Ph. D., auch für naturwissenschaftliche Fragestellungen), „Doctor of Public Health“ (D. P. H.) etc. In der Bundesrepublik werden akademische Abschlüsse aus anderen Ländern unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt, wodurch manche Kollegen einen Doktor-Titel führen dürfen, ohne jemals wissenschaftlich gearbeitet zu haben. Korrekterweise ge-

hört in diesen Fällen das Herkunftsland oder die entsprechende Universität hinter den Titel in Klammern gestellt. Wie schwierig der Vergleich der beiden Systeme miteinander ist, zeigt das deutlich unterschiedliche Anforderungsprofil, welches an eine Habilitation oder Professur nach US-amerikanischen oder bundesdeutschen Maßstäben gestellt wird.

Dr. med. Markus A. Rose
M.S.P., Farnweg 44, 53721
Siegburg

Einbuße für Assistentengehälter

... Die Reform des amerikanischen Gesundheitswesens führt zu einer zunehmenden Kürzung des staatlichen Zuschusses zum Stipendium für Assistenzärzte. Damit die knapper werdenden Gelder nicht zu einer drastischen Einbuße der Assistentengehälter führen, soll die Zahl der zur Ausbildung zugelassenen Ärzte dadurch erheblich eingeschränkt werden, daß keine staatlichen Zuschüsse als Gehälter für ausländische Ärzte verwendet werden dürfen. Der amerikanische Kongreß hat dieser Gesetzgebung noch nicht endgültig zugestimmt, da eine solche Restriktion vor allem innerstädtische Krankenhäuser beträfe, die nach wie vor in hohem Maße auf ausländische Assistenten angewiesen sind.

Prof. Dr. Claus A. Pierach,
Abbott Northwestern Hospital,
Dept. Medical Education,
800 East 28th Street,
Minneapolis MN 55407-3799
USA

ICD-10

Wir haben in Sachen ICD-10 erneut eine Vielzahl von Briefen bekommen, überwiegend ähnlichen Inhalts. Stellvertretend die drei folgenden Zuschriften:

Verdienst gebührt der Ärzeschaft

... Das Verdienst, den Aufschub bewirkt zu haben, gebührt einzig und allein der Initiative der Ärzteschaft. Erst sie weckte nacheinander die Politiker, dann den Datenschutzbeauftragten und erst zu allerletzt die KBV.

Als die Einführung der ICD bereits vom Tisch war, bemühte sich die KBV noch untertänigst um Verhandlungen, um gewisse Verbesserungen zu erreichen ...

Dr. med. Ingbert Freytag,
Münzstraße 35, 86956 Schongau

Noch lange nicht vom Tisch

Da mutet man zum 1. Januar 1996 den ohnehin mit neuer Gebührenordnung geplagten Kassenärzten die Verpflichtung mit dieser völlig insuffizienten ICD-10 zu, zeigt den drohenden Finger, daß, wenn die Verschlüsselung nicht in einer gesetzten Frist vollzogen sei, mit Honorarabschlägen zu rechnen sei. Und jetzt, vier Wochen nachdem sich die Mehrzahl der geplagten Kassenärzte samt Personal diesem Gesetz gebeugt und kräftig verschlüsselt hat, flattert ihnen ein lapidares Schreiben ihrer zuständigen Landes-KV ins

Anonym

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften. Alle Leserbriefe werden vielmehr mit vollem Namen und voller Anschrift gebracht. Nur in besonderen Fällen können Briefe ohne Namensnennung publiziert werden – aber nur dann, wenn intern bekannt ist, wer geschrieben hat.

DÄ

Haus mit dem Grundtenor: „Diesmals war's noch nichts, versuchen Sie es in zwei Jahren noch einmal! Ätisch!“ Und für unsere Herren Schorre et alii ist „das Problem vom Tisch“.

Das Problem ist noch lange nicht vom Tisch! Da machen es sich diese Herren zu einfach, denn genauso, wie sie durch ihr angebliches Engagement diese ICD jetzt erst vier Wochen nach deren Einführung ausgebremst glauben, hätten sie sie mit etwas mehr Engagement vier Wochen vor ihrer Einführung am 1. Januar 1996 verhindern können. Aber da klopft man sich lieber auf die schmalen Schultern und läßt die dummen Kassenärzte und ihr Personal fünf Wochen bis tief in die Nacht verschlüsseln. Wer ersetzt den Kassenärzten den

finanziellen Ausfall, der durch diesen Zeitaufwand bei ihnen und ihrem Personal entstanden ist? Wer zahlt die Literatur oder Software, die man sich hierfür angeschafft hat, wer zahlt die Seminare, die man hierfür besucht hat, wer zahlt die Überstunden des Personals? . . .

Dr. med. Axel Derks, Obere Dorfstraße 58, 97258 Gülchshausheim

Wer bezahlt?

Gottlob: die ICD-10, die unbrauchbare Verschlüsselung von Diagnosen, wurde vorläufig vom Tisch genommen. Dies geschah allerdings zu einem Zeitpunkt, zu dem die Ärzteschaft bereits einen ganzen Monat damit hat arbeiten müssen . . . Dreistellige

Millionen-DM-Beträge dürfte dieser Spagat mindestens gekostet haben – Geld, das für nichts und wieder nichts verloren ist und von der Ärzteschaft erbracht werden mußte! Ärzten wird von politischer Seite immer wieder Unwirtschaftlichkeit vorgeworfen und mit Honorarkürzungen gedroht. Wer kürzt nun den Politikern die Diäten um die hinausgeworfenen Millionen für die sinnlose ICD-10? . . .

Zigtausend Arztpraxen und klinische Ambulatorien wurden trotz massivster Proteste aus der Ärzteschaft gezwungen, bis zum 1. Januar 1996 Strukturen zu schaffen, um die ICD-10 im Alltag umsetzen zu können – sonst wurde ihnen mit kompletter Rückbehaltung des Honorars gedroht. Jetzt müssen erneut Strukturen geschaffen wer-

den, die der Rücknahme der ICD-10 gerecht werden. Und wer bezahlt für all dies? Wie steht's nun mit der Übernahme der Verantwortung durch die Verantwortlichen?

Dr. med. Heinz Giering,
Hohfederstraße 32, 90489
Nürnberg

Mit der Veröffentlichung dieser Briefe wollen wir die Diskussion beenden.

Allergie-Prävention

Zu dem Beitrag „Die Allergie-Prävention soll forciert werden“ von Dr. Harald Clade in Heft 4/1996:

Änderungen umsetzen

. . . Aufgrund der Tatsache, daß die allergischen Er-

krankungen in letzter Zeit deutlich zugenommen haben, läßt sich sicherlich eine sinnvolle und wirksame Prävention durchführen; insofern kann ich dem Inhalt des Artikels nur voll zustimmen.

Was ich allerdings in dem Zusammenhang vermisse und was man bei der Sache nur als kontraproduktiv bezeichnen kann, sind die neuesten Möglichkeiten, die im Rahmen des EBM 1996 in Form der Allergietestung den Allergologen zur Verfügung stehen.

Die Möglichkeit der Epicutantestung ist auf 30 Substanzen begrenzt, bei der

Pricktestung gibt es nur noch eine Pauschale bei über 16 Testungen.

Dies ist aufgrund der Lehrmeinung führender Allergologen deutlich zu wenig und dürfte dem Ziel der allergologischen Prävention nicht dienlich sein. Man darf nur hoffen, daß die von seiten des Berufsverbandes der Dermatologen und von seiten des Ärzteverbandes deutscher Allergologen an die KBV gerichteten Änderungsvorschläge möglichst bald umgesetzt werden.

Dr. rer. nat. C. Brilon, Dermatologischer Landesverband Nordrhein, Große Rurstraße 40, 52428 Jülich

Orthopädie

Zu dem Spektrum-Beitrag „Knie-schmerzen bei Kindern“ von Elisabeth B. Moosmann in Heft 3/1996:

Auch an Leukose denken

Bei dem kurzen Abriss über den kindlichen Knie-schmerz vom Dritten Internationalen Symposium für Kinderorthopädie vermisse ich als pädiatrisch-onkologisch tätiger Arzt den wichtigen Hinweis auf Knochenmarksinfiltrationen als Ursache für Knie- und Knochenschmerzen, besonders im Kindesalter.

Leider ist dieses unspezifische Symptom viel zu wenig bekannt und wird deswegen häufig verkannt. Insbesondere bei Kindern, bei denen später eine akute Leukose diagnostiziert wird, traten in unterschiedlichen Zeiträumen zuvor Knie- beziehungsweise Knochenschmerzen auf.

Es ist auch unsere Erfahrung, daß der Rheumafaktor bei Kindern meist negativ ist. Aber gerade der positive Nachweis des Rheumafaktors bei Kindern mit Knochen- beziehungsweise Knie-schmerzen darf einen nicht in falscher Sicherheit wiegen, denn diese Autoimmunphänomene (RF, ANA) sind gerade bei akuten Leukosen als Epiphänomen nachzuweisen. Eine unserer kleinen Patientinnen mit ALL wurde sogar über einige Monate hinweg wie eine Oligoarthritis Typ I behandelt, bis die Diagnose einer ALL gestellt wurde.

Deswegen: Bei Gelenk- und Knochenschmerzen *auch* an die Möglichkeit einer akuten Leukose denken! Selbst wenn das Blutbild zunächst unauffällig ist, sollte sorgfältig nach anderen klinischen Hinweisen gesucht werden. Verlaufskontrollen sind unerlässlich.

H. Rüttschle, St. Marien- und St. Anastifts Krankenhaus, Karolina-Burger-Straße 51, 67065 Ludwigshafen

Absender-Angabe

Der Redaktion gehen immer wieder Briefe mit unvollständiger Absenderangabe zu. Deshalb unsere Bitte: Vermerken Sie neben Ihrem Namen auch Ihre vollständige Adresse auf dem Briefbogen. DÄ

Wachkoma

Zu dem Beitrag „Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS: Ethiktagung entfacht Euthanasie-Diskussion“ von Gisela Klinkhammer und Heike Korzilius in Heft 1-2/1996:

Dem Tod zuvorkommen?

Nach Lektüre des Tagungsberichts ergeben sich folgende Kristallisationspunkte zur Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS:

- Die Behandlung und Versorgung der Patienten mit PVS scheint eher Fragestellungen zur Unterlassung der Behandlung und Versorgung zu evozieren.

- Die Thematisierung des Leidens kulminiert in der Feststellung, daß dieses eine über das Individuum hinausgehende Bedeutung habe, da es „Last für die Familie“ sei. „Last“ für die Familie, „Last“ für die soziale Verträglichkeit innerhalb der Solidargemeinschaft der Patienten? Die Frage des Leidens eine Frage der Zumutbarkeit.

- Zumindest für die englische Rechtsprechung gelte, daß die Unantastbarkeit des Lebens allmählich abgelöst wird vom Kriterium der Lebensqualität. Honi soit qui mal y pense oder ein Schuft, wer da Lebensqualität mit Lebenswert verwechselt!

- Schließlich: Darf medizinische Ethik verstanden werden als Auftrag zu verbindlichen, standardisierten Grenzziehungen? So vermessens wage ich nicht zu sein, mich zu der Behauptung zu versteigen, unter dieser Voraussetzung habe die Medizin bereits Gralshüter der Ethik hervorgebracht, die sehr genau und eindeutig Grenzen durch Negationen offenlegten.

Wenn Ärzte sich beinahe mehr Gedanken über Unterlassungen – und wie diese rechtlich zu regeln seien – statt Behandlung machen, dann mag wohl die Medizin in einer ersten Krise stecken. Möglicherweise basiert der ethisch

verbrämte Fortschrittsglaube über Grenzziehungen des Lebens auf Allmachtsvorstellungen und Ungeduld, wenn schon keine Heilung, dann wenigstens dem Tod zuvorkommen. Denn so simpel ist es. Der Tod ist machbar – juristisch legitimiert oder nicht –, er ist irreversibel und endgültig. Leben läßt sich nicht wiederherstellen.

Dr. Kirsti Brachtel, Weingartenstraße 17, 35579 Wetzlar-Steindorf

Makaber

Es mutet schon makaber an: Da diskutieren Fachleute mit hoher Intensität die Frage, ab wann Menschen mit apallischem Syndrom durch Verhungern getötet werden dürfen – während es in Deutschland allenthalben an therapeutischem Know-how und materiellen Ressourcen fehlt, um Betroffenen das Erwachen aus dem Wachkoma zu ermöglichen. Durch diesen Mangel an (teuren) therapeutischen Möglichkeiten aber wird bisweilen erst ein Zustand bei Betroffenen erzeugt, der dann durch (preisgünstige) Euthanasie offenbar wieder „behooben“ werden soll.

Prof. Dr. med. J.-C. Student, Evangelische Fachhochschule Hannover, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover

Sprachliches

Zu dem Beitrag „Richtlinien zur Therapie des Apoplex“ von Dr. med. E. Gabler-Sandberger in Heft 4/1996:

Auch Lehnworte korrekt schreiben?

Im DÄ lese ich „der Apoplex“. Aber sollten wir nicht auch die Lehnworte korrekt schreiben? Denn in Wirklichkeit heißt es, vom Lateinischen abgeleitet, doch „die Apoplexie“ und nicht „der Apoplex“. Wir sagen ja auch „die Herzinsuffizienz“ und nicht „der Herzinsuff“.

Prof. Dr. med. H. Jahrmärker, Karl-Valentin-Straße 9, 82031 Grünwald