



Leserbriefe an:
Bayerisches Ärzteblatt,
Mühlbauerstraße 16,
81677 München, E-Mail:
aerzteblatt@blaek.de

Neues aus der Pädiatrie

Zum Titelthema von Dr. Jochen Noss in Heft 12/2009, Seite 616 ff.

Adipositasprävention – Empfehlungen allein reichen nicht aus! Sie haben es auf den Punkt gebracht: Die Prävalenz der Adipositas bei Kindern hat sich von 1985 bis 1999 verdoppelt! Schuld ist der zunehmende Konsum von zuckerhaltigen Softdrinks und Süßwaren (ein Liter Cola enthält 100 Gramm Zucker)! Was können wir dieser dramatischen Entwicklung entgegensetzen? Individuelle ärztliche Empfehlungen allein reichen nicht aus.

Sie erwähnen zwei politische Maßnahmen, die ich sehr begrüßen würde: Kostenlose Trinkwasserspender in Schulen und ein Werbeverbot für ungesunde Süßwaren für Kinder. Als Ende des 19. Jahrhunderts die Bakterien entdeckt wurden, wurde den Ärzten schnell klar, dass man bakterielle Seuchen nicht allein mit einer individuellen medizinischen Behandlung verhindern kann. Der Staat musste für sauberes Trinkwasser, Kanalisation und Hygienevorschriften sorgen.

Auch der zunehmende Konsum von Süßwaren und Fast Food lässt sich nur durch staatliche Eingriffe eindämmen: Die Einführung der Ampel für Lebensmittel und ein Werbeverbot für Süßwaren wären ein erster Schritt. Langfristig müssen Süßwaren unbedingt durch eine Genussmittelsteuer verteuert werden. Sie sind einfach zu billig! Es kann nicht sein, dass Obst und Gemüse wesentlich teurer ist als Fruchtgummis und Zuckerwasser mit Farbstoff.

Dr. Max Dienel, Facharzt für Innere Medizin, 86633 Neuburg/Donau

Fortbildung, Prävention und Nachwuchsmangel

Zum Bericht von Dr. Max Kaplan anlässlich der Arbeitstagung des 67. Bayerischen Ärztetages in Heft 12/2009, Seite 624.

Kaplan sieht einen wachsenden Ärztebedarf und erteilt einer Verkürzung der Ausbildungszeiten und Entlastung der Hausärzte durch

nichtmedizinisches Personal eine Absage. Er plädiert für eine primärärztliche Versorgung auf Facharztniveau. Nach einer Untersuchung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) suchten 2007 92 Prozent der Bevölkerung einen Arzt auf, im Schnitt 18-mal. Über 80-Jährige hatten im Schnitt 40 Arztkontakte im Jahr. Ob diese immer auf Facharztniveau erfolgen müssen, möchte ich bezweifeln. Kanadische Ärzte sind jedenfalls voll des Lobes für die Entlastung durch Pflegekräfte des regionalen Gesundheitsdienstes, zum Beispiel auch in der Nachsorge nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Hausärzte können sich dadurch um wichtigere medizinische Dinge kümmern und sind enger mit den Krankenhäusern verzahnt, sie betreuen oft auch die Entbindungen ihrer Patientinnen. Deutschland hat unter den großen Industrieländern mit Abstand die meisten Fachärzte bezogen auf die Bevölkerungszahl, in der Benutzung evidence basierter Leitlinien bei der Patientenversorgung bildet Deutschland aber das Schlusslicht, wie eine Umfrage kürzlich ergab. Was die Ausbildungszeiten angeht, so dauert die Weiterbildung zum Allgemeinarzt oder Internisten in den USA nur drei Jahre. Und was noch wichtiger ist, es sind keine Mindestzeiten wie in Deutschland, sondern verbindliche Höchstzeiten, die jede Ausbildungsklinik garantieren muss und für die sie sich bei Überschreitung rechtfertigen muss. Dafür werden die Auszubildenden von allen nichtärztlichen Tätigkeiten ohne Lerneffekt durch speziell geschultes Personal entlastet. Nach einem aktuellen Bericht des Robert Koch-Instituts (RKI) liegen die Krankheitskosten für das Jahr 2006 mit 236 Milliarden Euro inzwischen in Höhe des Bundeshaushalts (261 Milliarden Euro). Als stärkster Preistreiber sieht der letzte Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) 2009 neben überdurchschnittlich hohen Verwaltungskosten und Arzneikosten die weltweit einmalige Überversorgung auf stationärem Gebiet. Inklusive Reha-Betten gibt es pro 1.000 Einwohner in Deutschland 8,5 Betten, im EU-Durchschnitt (EU-15) 5,8, in Kanada 3,2. Um auf den EU-Schnitt zu kommen, müssten wir 200.000 Betten abbauen und hätten dann immer noch fast doppelt so viele Betten wie in Kanada. Wenn

man sich ausmalt wie viele Ärzte dadurch freigesetzt würden, hätten wir wieder die Ärzteschwemme der Neunzigerjahre, wie auf dem Deutschen Ärztetag von 60.000 arbeitslosen Ärzten bis zum Jahr 2000 gewarnt wurde. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 wurden viele Allgemeinärzte, welche zur Berufsausübung nicht mehr zugelassen und qualifiziert waren, in die Altersarmut getrieben. Was die Arzneikosten betrifft, so zeigte sich in einem Vergleich von 14 Industrieländern, dass alle außer Deutschland eine Positivliste besaßen. In Australien umfasst diese zum Beispiel nur 600 Wirkstoffe in 2.500 Zubereitungen. Der zurückgezogene Entwurf einer deutschen Positivliste 2002 hatte dagegen allein für die Besonderen Therapierichtungen einen Anhang von 150 Seiten. Einen Ärztemangel kann man nur vor dem Hintergrund von Überversorgung und überzogenem Anspruchsverhalten diagnostizieren.

Rolf Klimm, Arzt, 83093 Bad Endorf

Antwort

Einen sich abzeichnenden Ärztemangel sehe ich aufgrund

- der demografischen Entwicklung von Patienten und Ärzten,
- des medizinisch-technischen Fortschritts in Diagnostik und Therapie,
- der zunehmenden Arbeitsverdichtung im Berufsalltag und
- des vermehrten Wunsches nach Arbeitsteilzeit.

Hierbei ist eine Arztentlastung im Sinne der Delegation durch unsere besonders qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig und erwünscht. Eine Verkürzung der Weiterbildungszeit zum Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin ist im Hinblick auf eine qualifizierte, hausärztliche Basisversorgung sicherlich nicht hilfreich.

Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im *Bayerischen Ärzteblatt* beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt, Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Fax 089 4147-202, E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

92 Prozent der fortbildungspflichtigen Ärztinnen und Ärzte erreicht

Zum Interview mit Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer in Heft 12/2009, Seite 629.

Die Pflicht zur Fortbildung war innerhalb der Ärzteschaft nie ein Gegenstand der Diskussion, sondern schlicht eine Selbstverständlichkeit. Wer sich für den Beruf des Arztes entscheidet, tut es in der großen Mehrzahl aus Leidenschaft, denn mit sechs Jahren Studium, rund sechs Jahren schlecht bezahlter, aber extrem arbeitsintensiver „Lehrlingszeit“ und einer ganz entgegen dem landläufigen Vorurteil manchmal Jahre erfordernder, aber im Gegensatz zu anderen Professionen fast immer gänzlich unbezahlter Dissertation lässt sich in fast jeder Berufssparte wesentlich mehr verdienen als im Schnitt im Arztberuf.

Wer sich dennoch dafür entscheidet, tut es, weil dieser Beruf nicht nur Berufung und Leidenschaft, sondern gleichermaßen wie ein faszinierendes „Hobby“ ist, dem man gerne nicht nur 40 (meist viel mehr) Stunden in der Woche, sondern einen beträchtlichen Teil der Freizeit widmet. Fortbildung ist nicht nur Pflicht, sondern entspringt der großen Neu-Gier nach den aufregenden Entwicklungen der medizinischen Wissenschaft samt ihren Irrwegen.

Ärzte sind also gänzlich in Anspruch genommen von ihrem Beruf, es bleibt kaum Zeit für „Protestaktivitäten“. Man fügt sich in die Entscheidungen der Politik und Standesvertretung, um zum Wesentlichen, zur Ausübung unseres Berufes zu kommen. Das wird leider von denen, die den Ärzten ihren einzigartigen Beruf neiden, ausgenutzt.

Die Ursachen für diesen Neid sehe ich in der einzigartigen Stellung des Arztes als großem Tabubrecher, er darf zum Beispiel Menschen in großen Umfang „verletzen“ (operieren), über willenlose Menschen in Narkose verfügen, die sich ihm in völligem Vertrauen ausliefern. Wie jeder außerordentlich Gestellte in der Gesellschaft, wie auch Prominente sehen sich Ärzte deshalb mit einer tiefstehenden Ambivalenz konfrontiert, die populistische Politiker und auch Journalisten auf der Suche nach einer Aufreißer-Headline für ihre Zwecke zu nutzen wissen. So begegnet Ärzten nicht selten Neid und Missgunst, ein Arzt, der gefehlt hat (und notfalls reicht dazu eine unwahre Unterstellung) ist eine gefundenes Fressen für die Medien.

Wo es, wie in der Medizin um Wohl oder Wehe von Menschen, manchmal sogar Leben und Tod geht, muss oft schnell und immer eindeutig entschieden werden. Das funktioniert nur in einem System klarer Hierarchien, für Diskussionen ist nur im Ausnahmefall Platz. Deshalb haben Ärzte nicht gelernt, aufzubegehren, sich zu wehren, die forscheren Zeitgenossen vor allem unter den Politikern können mit uns machen, was sie wollen, wir schlucken es mit allenfalls leisem und selbstunsicherem Protest.

Die Nachweispflicht für Fortbildung ist eine Unverschämtheit für Erwachsene, mehrfach weiterqualifizierte Akademiker, die sich keine andere ebenbürtige Berufsgruppe gefallen lassen würde. So etwas hat seine Berechtigung ausschließlich in Schule, Studium und Ausbildung.

Ich habe keinen Strichcode und lehne Fortbildungsnachweise stets ab. Überflüssig zu sagen, das auch in meinen Augen Fortbildung eine der vordringlichsten und vornehmsten Pflichten des Arztes ist.

Dr. Peter Pommer, Facharzt für Innere Medizin, Chefarzt, 82487 Oberammergau

Neues aus der Pathologie

Zum Titelthema von Professor Dr. Thomas Kirchner in Heft 1-2/2010, Seite 8 ff.

Es ist zu begrüßen, dass Professor Kirchner unter dem Titel „Neues aus der Pathologie“ auf den Stellenwert molekularpathologischer Tests bei verschiedenen Tumoren hinweist. Ver-

misst habe ich allerdings das Eingehen auf die BRAF-V600E-Mutation im Rahmen der Abklärung der Struma nodosa. Der Nachweis dieser aktivierenden Punktmutation, der auch aus Feinnadelaspiraten möglich ist, ist typisch für ein papilläres Schilddrüsenkarzinom (PTC) und wird in der Schilddrüsenpathologie ansonsten nur noch bei wenig differenzierten Karzinomen mit papillären Anteilen und beim sehr seltenen anaplastischen Karzinom gefunden. In einer unlängst publizierten Studie aus dem Memorial Sloan Kettering Cancer Center New York ergab, dass bei allen 31 Patienten mit Struma nodosa, die punktionszytologisch BRAF-V600E-positiv waren, die Histologie ein papilläres Schilddrüsenkarzinom nachweisen konnte. Vor einem Jahr habe ich in meiner Praxis eingeführt, dass jedes Schilddrüsenpunktat nicht nur konventionell zytologisch untersucht wird, sondern dass zusätzlich nach einer BRAFV600E-Mutation gefahndet wird. Bei mehreren Fällen, wo die klassische Zytologie nicht das für ein papilläres Schilddrüsenkarzinom charakteristische Zellbild ergab, wurde durch den molekularpathologischen Mutationsnachweis die Diagnose eines PTC bereits präoperativ gestellt und konnte natürlich histologisch bestätigt werden. Dies gab dem Chirurgen die Sicherheit, einzeitig mit geringer Morbidität onkologisch adäquat zu operieren. (Mir ist leider in Bayern keine Möglichkeit bekannt, diesen Test durchführen zu lassen ...). Ich kann nur feststellen: die Methode hat ihre Praxistauglichkeit bewiesen, sie ist spezifisch und deutlich sensitiver als das bisher übliche lichtmikroskopische Verfahren.

Dr. Wolfgang Braun, Facharzt für Nuklearmedizin, 86150 Augsburg

„Ihr schneller Weg zur Arzt-Qu@lifik@tion“

Die wesentlichen Vorteile, die das neue Antragsbearbeitungs-System im Bereich der Weiterbildung „Ihr schneller Weg zur Arzt-Qu@lifik@tion“ der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) bietet:

- portalgestützte Antragstellung mit enger Benutzerführung,
- Unterstützung durch das Informationszentrum (IZ) der BLÄK und
- komfortable Funktion, die das Ausdrucken des Antrags mit Anlagentrennblättern für ein bequemes Einsortieren der mitzuliefernden Zeugnisse und Belege ermöglicht.

Nähere Informationen unter www.blaek.de.

Ihr schneller Weg zur Arzt-Qu@lifik@tion

