

Deutsche Ärzte für Entwicklungsländer

Vier Niederlassungen hat z. Z. das Komitee „Ärzte für die 3. Welt“ in 6000 Frankfurt 1, Elsheimer Str. 9 mit seinem Geschäftsführer Bernhard Ehlers.

Es sind das Cali in Columbien, Kalkutta in Indien, Manila/Tondo auf den Philippinen und Cagayan de Oro auf der Insel Mindanao/Philippinen.

Die Einsätze für vollapprobierte Ärzte (mindestens 2 Jahre Approbation, Kinderärzte und Allgemeinmediziner werden bevorzugt) sind sechs Wochen bis beliebig länger. Für Cali und Mindanao kommen zusätzlich Zahnärzte infrage.

In Cali, im Slum von Kalkutta und in der Armenstadt Tondo/Manila werden Armenambulanzen betrieben und mit einer „Rolling-Clinic“ entferntere Bezirke ärztlich versorgt. Die umfassendste Einrichtung besteht in Cagayan de Oro/Mindanao. Da gibt es auf dem Campus der dortigen Universität eine kleine Klinik — gebaut z. T. mit Geldern des deutschen Entwicklungshilfeministeriums. Sie umfaßt 24 Betten, Röntgeneinrichtung, Labor, gynäkologische und geburtshilfliche Einrichtungen sowie ein Ambulatorium für bedürftige Philippinos(as). Letzteres ist ständig von zwei deutschen Ärzten(innen) besetzt, die zumeist in sechswöchigem Turnus wechseln. Außerdem wird von den „German Doctors“ eine Rolling-Clinic betrieben.

Ein Arzt und ein Zahnarzt fahren jede Woche von Montag bis Freitag in vorbestimmte Gebiete der Insel Mindanao und machen in den Barios (= Dörfer) Sprechstunde, die aus Konsultationen und Therapie besteht. Die Heilmittel werden sofort ausgeteilt. Krankenhauseinweisungen sind möglich in die deutsche Klinik in Cagayan de Oro und in Vertragshospitäler daselbst. Wenn nötig, wird ein Patient gleich in der Rolling-Clinic mitgenommen.

Außerdem sind die „German Doctors“ mit zwei Impfteams unterwegs, die ebenfalls von Montag bis Freitag zu den Barios fahren. Der Aktion ist durch philippinisches Personal in der Woche vorher eine Aufklärung vorausgegangen. Die Impforganisatorin ist dann von Hütte zu

Hütte, von Haus zu Haus gegangen und hat die Familien über die Notwendigkeit der Impfungen unterrichtet. Geimpft werden Kinder von null bis sechs Jahren gegen Tuberkulose, Masern, DPT bzw. DT und Poliomyelitis. Durch geeignete Kühlboxen ist die Kühlkette für fünf Tage gewährleistet.

Das Komitee besitzt in Cagayan vier geländegängige Autos mit Vieradantrieb. Das Hilfspersonal (Fahrer, Impfforganisator, eventuell Hebamme) ist einheimisch und fundiert gleichzeitig als Dolmetscher. Die Umgangssprache für die deutschen Ärzte mit dem Personal ist Englisch, in Cali/Columbien Spanisch.

Politisch unsichere Gegenden und Risikogebiete werden nicht angefahren.

Die „German Doctors“ sind an allen Einsatzorten bei der Bevölkerung geachtet und anerkannt. Das

einheimische Personal ist einsatzfreudig und kooperativ, so daß eine sinnvolle Arbeit geleistet werden kann, besonders in der Präventivmedizin. Durch den raschen Wechsel nach zumeist nur sechs Wochen sind pro Jahr ca. 120 Ärzte und Ärztinnen für den kontinuierlichen Einsatz nötig.

Vom 31. Januar bis 14. März dieses Jahres habe ich als Seniorin einen Einsatz im Impfteam auf Mindanao gemacht und kann nur Positives davon berichten.

Die Arbeit ist ehrenamtlich. Der halbe Flugpreis wird vom deutschen Arzt selbst bezahlt (1000—1100 DM, gilt als steuerlich abzugsfähige Spende), Wohnung und Verpflegung sind frei.

Für weitere Auskünfte steht zur Verfügung:

Dr. Elisabeth Potyka
Hermann-Löns-Str. 2
5630 Remscheid
Tel. (02191) 27149

LESERBRIEFE

Betr.: Bericht über die Kammerversammlung in Rheinisches Ärzteblatt, Heft 6/1989, Seite 243, und Leserbriefe hierzu in Rheinisches Ärzteblatt Heft 9/1989, Seite 480.

Indikationsstellung

Ihr Bericht über meine Äußerungen zur Indikationsstellung von Operationen im Zusammenhang mit in Operationskatalogen geforderten Frequenzen auf der Kammerversammlung vom 11.3. verbreitet den Tenor, ich hätte eine möglicherweise strafbare Aussage getroffen. Leider haben Sie sich nicht die Mühe gemacht, die sachliche Klarstellung meiner persönlichen Erklärung wiederzugeben. Ich habe darin dargelegt, daß die Tendenz zur Durchführung medizinisch nicht unbedingt erforderlicher Operationen durch Untersuchungen im internationalen Maßstab belegt ist. Zum besseren Verständnis möchte ich diese Äußerung hier belegen.

Zum Problem der Indikationsstellung von Operationen und Untersu-

chungen gibt es eine über mehr als ein halbes Jahrhundert reichende Diskussion und Literatur. Dabei weisen zahlreiche Untersuchungen (1—12, 20—23) auf regional und international unterschiedliche Raten an chirurgischen Eingriffen hin.

So kommt DeNormandie in seiner Untersuchung über die Sectiones cesareas in Massachusetts im Jahre 1939 (1) zu dem Schluß, daß immer noch zu viele Sectiones durchgeführt würden, einige sogar nur, weil Operateure eine neue Technik ausprobieren wollten.

Goyert et al. stellen in einer 1989 veröffentlichten Arbeit (2) fest, daß es eine substantielle Variation der Sectorate gibt, die nur auf die unterschiedliche Handhabung verschiedener Ärzte zurückzuführen ist.

Arbeiten über nicht indizierte Hysterektomien sind bereits 1946 erschienen (3). Eine Arbeit aus 1977 belegte eine Rate von nicht gerechtfertigten Hysterektomien in fünf Krankenhäusern der kanadischen Provinz Saskatchewan bis zu 59% (im Durchschnitt 23%) und einen

Abfall dieser Rate nach Einsetzung einer Untersuchungskommission auf durchschnittlich 7,8%.

Die Literatur über Sinn und Unsinn der Tonsillektomie reicht mindestens bis in Jahr 1922 zurück (5). In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1969 (6) weist Bolande auf die Zusammenhänge der Tonsillektomie zur rituellen Chirurgie hin. 1938 zeigte Glover (7), daß die Rate an Tonsillektomien bei englischen Kindern zwischen 40 und 440 pro 10000 lag, also um den Faktor 10 variierte. Eine Untersuchung aus 1977 (8) in der kanadischen Provinz Manitoba zeigt, daß bei nur 14% der operierten Patienten die gesetzten Kriterien zur Indikation erfüllt waren. Dazu ist anzumerken, daß die Tonsillektomierate in Manitoba im Untersuchungszeitraum eine der niedrigsten in Kanada war und deutlich unter der nordamerikanischen lag.

In einer Studie aus 1969 (9) erweisen sich Anzahl von Chirurgen und Betten als bestimmende Faktoren für die unterschiedlichen Operationsraten für Tonsillektomie, Cholezystektomie, und Appendektomie in den verschiedenen Regionen des US-amerikanischen Bundesstaates Kansas. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt Wennberg (10) für den Bundesstaat Vermont, hier zeigen sich entsprechende Korrelationen selbst für die Mastektomie.

Vayda berichtet 1973 (11) u.a. über eine fünfmal höhere Cholezystektomierate in Kanada im Vergleich zu England und Wales, wobei die erhöhte Operationsrate in Kanada mit einer doppelt so hohen Sterblichkeit an Gallenblasenerkrankungen einhergeht.

Auch die Art der Bezahlung korreliert mit der Häufigkeit der Erbringung medizinischer Leistungen einschließlich Operationen (12–18). So liegen in zwei Untersuchungen die Operationsfrequenzen bei Einzelleistungsvergütung höher als bei pauschaler Honorierung (11, 14).

Hontschik legt dar (19), daß die Indikationsstellung zur Appendektomie auch von der (unbewußten) Psychodynamik der Arzt-Patient-Beziehung abhängt mit dem Ergebnis gehäufte Fehldiagnosen bei Mädchen und jungen Frauen.

Die angeführten Untersuchungen belegen, daß ärztliches und speziell chirurgisches Handeln nicht nur me-

dizinisch rational im wohlverstandenen Interesse der Patientinnen erfolgt, sondern auch von anderen Faktoren abhängt. In den zitierten Studien sind dies u.a. Arbeitsbeschaffung, finanzielle Interessen und psychodynamische Faktoren im Arzt-Patient-Verhältnis.

Daß nicht-medizinische Faktoren auch für das Handeln nicht operierender Ärzte/innen entscheidend sein können, zeigt eindrucksvoll die Ausweitung der erbrachten (oder auch nicht erbrachten) Leistungen nach Einführung des EBM mit dem konsekutiven Punktwertverfall, der mancherorts bereits zu krisenhaften Erscheinungen geführt hat.

Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein hat nun in der Mehrzahl der Gebiete die für die Erlangung der Gebietsarztbezeichnung geforderten Zahlen von Untersuchungen bzw. Operationen z. T. drastisch heraufgesetzt.

Mehr als naiv wäre es, anzunehmen, daß dies nicht einen Einfluß auf die Häufigkeit der Durchführung der genannten Untersuchungen bzw. Operationen hätte. Wer dies abstreitet, tut dies wider besseren Wissens oder ist weltfremd.

Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein hat bei seiner Beschlüßfassung über die neuen Weiterbildungsrichtlinien nicht erkennen lassen, daß er sich der Tragweite seiner Entscheidungen und der damit verbundenen Verantwortung bewußt war.

Zum Glück ist es noch nicht zu spät. Die Weiterbildungsrichtlinien können ausgesetzt werden. Eine Diskussion und Beschlüßfassung unter Berücksichtigung der hier angeführten Aspekte sollte in einer der nächsten Kammerversammlungen erfolgen.

Anzumerken bleibt noch, daß die Forschung nach einem direkten Beweis für meine Äußerung an der Sache vorbeigeht und wenig hilfreich ist. Das Operationen für den Operationskatalog durchgeführt werden, dürfte im Einzelfall nicht zu beweisen und genausowenig zu widerlegen sein. Dies liegt in der Natur der Sache. Bei der Indikationsstellung zu Operationen und Untersuchungen besteht naturgemäß ein Ermessensspielraum, der sich — dies zeigen die von mir zitierten Untersuchungen eindrucksvoll — in ganz erheblich

unterschiedlichen Operationsraten regional und über die Zeit niederschlägt. Was im Einzelfall den Ausschlag für die Durchführung bzw. Unterlassung einer Operation bzw. Untersuchung gibt, dürfte kaum erforschbar sein, ist für den Kontext, in dem meine Äußerung steht, auch ~~interessant~~ uninteressant.

Um evtl. vorhandenen Mißverständnissen zu begegnen, möchte ich noch ausdrücklich feststellen, daß mir keine Einzelfälle von nicht unbedingt indizierten Operationen im oben genannten Sinne bekannt sind.

Literatur:

- (1) DeNormandie, R.L.: Cesarean section in Massachusetts in 1939: N Engl J Med 1941; 224:963–71
- (2) Goyert G.L., Bottoms, S.F., Treadwell, M.C., Nehra, P.C.: The physician factor in cesarean birth rates N Engl J Med 1989; 320:706–9
- (3) Miller, N.F.: Hysterectomy: therapeutic necessity or surgical racket? Am J Obstet Gynecol 1946; 51:804–10
- (4) Dyck, B.A. et al.: Effect of surveillance on the number of hysterectomies in the province of Saskatchewan. N Engl J Med 1977; 296:1326–8
- (5) Kaiser, A.D.: Effect of tonsillectomy on general health in 5000 school children. JAMA 1922; 78:1869–73
- (6) Bolande, R.P.: Ritualistic surgery — circumcision and tonsillectomy. N Engl J Med 1969; 280:591–6
- (7) Glover, J.A.: The incidence of tonsillectomy in school children. Proc Roy Soc Med 1938; 31:1219–36
- (8) Roos, N.P., Roos, L.L., Henteleef, P.D.: Elective surgical rates — Do high rates mean low standards? N Engl J Med 1977; 297:360–5
- (9) Lewis, C.E.: Variations in the incidence of surgery N Engl J Med 1969; 281:880–4
- (10) Wennberg, J., Gittelsohn, A.: Small area variations in health care delivery. Science 1973; 182:1102–8
- (11) Vayda, E.: A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. N Engl J Med 1973; 289:1224–9
- (12) McPherson, K., Strong, P.M., Epstein, A., Jones, L.: Regional variations in the use of common surgical procedures: within and between England and Wales, Canada and the United States of America. Soc Sci Med 1981; 15A:273–88
- (13) Wennberg, J.E., Barnes, B.A., Zubkoff, M.: Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. Soc Sci Med 1982; 16:811–24
- (14) Hurtado, A.V.: Utilization control and quality assurance at the Kaiser Permanente Medical Care System, Portland, Oregon. Presented at the Medical Directors Conference, DHEW, Denver, Colorado, April 23–25, 1977, zitiert nach (11)
- (15) Epstein, A.M., Begg, C.B., McNeill, B.J.: The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices. N Engl J Med 1986; 314:1089–94
- (16) Bock, R.S.: The pressure to keep prices high at a walk-in clinic: a personal experience. N Engl J Med 1988; 319:785–7
- (17) Scovern, H.: Hired help, a physician's experiences in a for profit staff-model HMO. N Engl J Med 1988; 319:787–90
- (18) Abholz, H.A., Dreykluft, R.: Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. in Argument-Sonderband 102, Ambulante Gesundheitsarbeit, 1983; 5–22
- (19) Hontschik, B.: Theorie und Praxis der Appendektomie. Köln: Pahl-Rugenstein 1987
- (20) McPherson, K., Wennberg, J.E., Hovind, O.B., Clifford, P.: Small area variations in the use of common surgical procedures and international comparison of New England, England and Norway N Engl J Med 1982; 307:1310–4
- (21) Bunker, J.P.: Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the United States, England and Wales. N Engl J Med 1970; 282:135–44
- (22) LoGerfo, J.P.: Variation in surgical rates: fact vs. fantasy. N Engl J Med 1977; 297:387–8
- (23) Lichter, S., Pflanz, M.: Appendectomy in the Federal Republic of Germany: epidemiology and medical care patterns. Med Care 1971; 9:311

Dr. David Klemperer
Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf 1

Zur Mitarbeit aufgefordert

Zum Bericht über die Kammerversammlung hat das Rheinische Ärzteblatt einige Leserbriefe veröffentlicht, die sich kritisch mit den Inhalten der ärztlichen Weiterbildung auseinandergesetzt haben. Anschließend erhält der Vorsitzende der Weiterbildungskommission der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Dieter Mitrenga, die Gelegenheit zu einem Schlußwort. Red.

Wenn alles so einfach wäre in Sachen Weiterbildung, wie es die Beiträge „Fehleinschätzung“ und „Zahlen zu hoch“ glauben machen möchten, die Schuldigen wären schnell gefunden: die Ärztekammern, allen voran die Bundesärztekammer! Richtig ist, daß die „neue Weiterbildungsordnung“ sowie die Richtlinien über ihre Inhalte nach sorgfältiger und jahrelanger Prüfung aller Vorschläge und Einwände unter Einbeziehung der jeweiligen Fachgesellschaften und der Berufsverbände erarbeitet und von den zuständigen Gremien beschlossen wurden. Über

die Fachgesellschaften und Berufsverbände gab und gibt es also ausreichend Gelegenheit, Fachkompetenz einzubringen: für warnende Klinikdirektoren ebenso wie für die Referenten des 95. Internistenkongresses.

Weiterbildungsinhalte und für die Qualifikation erforderlich gehaltene Untersuchungszahlen dürfen aber nicht schon nach einem Vorstandswechsel in einem Berufsverband zur Disposition stehen, wenn nicht gleichzeitig verläßlich erhobene Zahlen und eine an Weiterbildungsqualität sich orientierende Argumentation den „Sinneswandel“ nachvollziehbar machen.

Statusbildende Normen zu schaffen, wurde den Bundesländern vom Bundesverfassungsgericht auferlegt. Die Weiterbildung ist somit eine der wichtigsten Aufgaben, die der ärztlichen Selbstverwaltung vom Gesetzgeber übertragen worden ist. Die Ärztekammern werden Weiterbildungsordnungen und Richtlinien im Zusammenwirken mit den jeweiligen Fachvertretern um so kompetenter entwickeln und verwalten können, je

ernsthafter sie sich am Anspruch der Patienten auf Versorgung durch qualifizierte Ärzte orientieren.

Weiterbildungsordnung und Richtlinien über die Inhalte sind daher nicht tauglich für schnelle Aktionen auf Kammerversammlungen oder Deutschen Ärztetagen. Der Umgang mit der Thematik Weiterbildung setzt voraus, daß man seine Schularbeiten gemacht hat, wenigstens weiß, wie die Entscheidungen zu dieser Ordnung zustande kommen und wie man diese hätte beeinflussen können.

Wer erst jetzt bemerkt, daß er sich hätte engagieren sollen: es ist nicht zu spät, er ist zur Mitarbeit aufgerufen, nur müßten seine Gedanken nach vorn gerichtet sein, um die nächste Weiterbildungsordnung und die künftig erforderlichen Weiterbildungsinhalte entwickeln und definieren zu helfen.

Dr. Dieter Mitrenga
Vorsitzender der Weiterbildungskommission
der Ärztekammer Nordrhein

Zus.: 1 Retardkapsel enthält 7,5 mg Terbutalinsulfat. **Anw.:** Obstruktive Atemwegserkrankungen. **Gegenanz.:** Hyperthyreose/Thyreotoxikose, Tachykardie, tachykarde Arrhythmie, idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose. Vorsicht bei frischem Herzinfarkt und diabetischer Stoffwechsellaage. Während der ersten drei Monate der Schwangerschaft und während der Stillperiode nur nach genauer Anweisung des Arztes. Am Ende der Schwangerschaft wehenhemmender Effekt möglich. **Nebenw.:** Gelegentlich vorübergehendes Fingerzittern und Herzklopfen. **Wechselw.:** Wirkungsverstärkung durch Theophyllin-haltige Medikamente. Wirkungsminderung von Antidiabetika. Beta-Blocker heben Terbutalinwirkung auf. **Dos. u. Anw.:** Erwachsene morgens und abends je 1 Retardkapsel. Die Retardkapseln werden unzerkaut zur Mahlzeit mit etwas Flüssigkeit eingenommen.

Bronchospasmyse Tag und Nacht

butaliret®

Retardkapseln zu 7,5 mg Terbutalinsulfat

N1 - 20 Retardkapseln DM 12,48

N2 - 50 Retardkapseln DM 24,95

N3 - 100 Retardkapseln DM 43,25



Saarstickstoff-Fatol GmbH · Robert-Koch-Straße · 6685 Schiffweiler