

Courrier au BMS

Flexner Debunked!

Brief zu: Koch N. Die Bedeutung des Flexner Reports für die ärztliche Ausbildung. Schweiz Ärztztg. 2019;100(0102):24–7.

Frau Koch lobt in ihrem Artikel den Einfluss des Flexner Reports auf die ärztliche Ausbildung und diskreditiert die damaligen Anbieter von privaten Medical Schools als profitorientierte Verkäufer. Der Flexner Report ist in seiner Bedeutung für die USA, und wohl auch weltweit, tatsächlich kaum zu unterschätzen. Doch für geschichtliche Ereignisse gibt es retrospektiv immer unterschiedliche Versionen. Hier daher eine paar Gegenpunkte: Der Flexner Report dient als Paradebeispiel für das obscure Zusammenwirken von Interessengruppen und Kapital mit dem Ziel der Errichtung eines gesetzlich verankerten Monopols. Bereits die Tatsache, dass die American Medical Association (AMA) ihre Zusammenarbeit mit der Carnegie Foundation verheimlichte, sollte zu denken geben. Schliesslich hatte sie Eigeninteressen und wirkte erheblich bei der Entwicklung des Fragebogens und Reports mit. Flexner war nur der Strohhalm.

Medizinprofessor I.A. Tauber der Boston University of Medicine fasste es wie folgt zusammen: «Flexner had another agenda than simply eliminating substandard institutions. The registration of medical schools with the Association of American Medical Colleges, the imposition of state licensing linked to such accreditation, the development of a model medical school at John Hopkins helped mould American medical standards closely to those advocated by Flexner.» Nur Mediziner, die ihre Ausbildung an AMA akkreditierten Institutionen absolvierten, sollten letztlich Berufsausübungslizenzen erhalten können. Damit wurde die Konkurrenz durch Medical Schools, die nicht den AMA-Kriterien entsprachen, effektiv aus dem Weg geräumt und ein Aus- und Weiterbildungsmonopol bei der AMA geschaffen.

Flexner selbst war ein einfacher Lehrer ohne medizinischen oder wissenschaftlichen Hintergrund. Er wurde kritisiert für seinen «superficial survey, cavalier Attitude (Hochmut), and narrow basis of what constituted appropriate standards». Bei seiner Rundreise zu 155 Ausbildungsstätten in acht Monaten verbrachte er bei den Ausbildungsstätten jeweils nur wenige Stunden, um sich ein Bild zu machen. Der amerikanische Medizinhistoriker K. Ludmerer nannte den Bericht gar «Sensationsmacherei». William Osler, einer der Gründer der John Hopkins Universität und Weg-

weiser der modernen Medizin, lehnte den Bericht vollständig ab und warnte vor Interessenkonflikten zwischen Forschern und Klinikern. Als Konsequenz des Berichts wurden zahlreiche Medical Schools geschlossen, insbesondere in armen Gegenden, die sich keine Colleges nach dem John Hopkins Modell leisten konnten. Nur zwei von sieben Medical Schools für Afro-Amerikaner und nur eine Medical School für Frauen überlebten die Flexner Reform. Die Ausbildungsdauer wurde von 1–2 Jahren auf

6 Jahre erhöht. Die zuvor privat und freiwillig getragenen Ausbildungskosten wurden sozialisiert. Durch die Schliessung der Ausbildungsstätten und der dadurch verursachte Rückgang der Anzahl Ärzte (Angebotsrückgang), kam es zu einer dramatischen Preisinflation, weswegen 1925 sogar ein nationales Komitee zur Kostenkontrolle einberufen wurde.

Der AMA jedoch war der grosse Coup gelungen. Durch Lizenzzwang und Akkreditierungsaufsicht erhielt sie die Vormachtstellung auf dem amerikanischen Gesundheitsmarkt. Die grossen medizinischen Fortschritte davor hatten hingegen in einer Situation des freien Wettbewerbs verschiedener Formen medizinischer Versorgung stattgefunden.

Dr. med. Marc Fouradoulas, Zürich

Replik

Herr Dr. Fouradoulas nennt in seinem Beitrag interessante Ergänzungen zum Artikel «Die Bedeutung des Flexner Reports», deren Erläuterung den Rahmen des Artikels gesprengt hätten.

Verschiedene Interessengruppen waren an der wissenschaftlichen Reorientierung des Medizinstudiums beteiligt. Daher hat der Medizinhistoriker K. Ludmerer den Prozess als gesellschaftliche Revolution bezeichnet und den Flexner-Report als Katalysator und typisches Beispiel von *muckraking* (Sensationsmacherei) der amerikanischen Politik anfangs des 20. Jahrhunderts. Andererseits bezeichnete K. Ludmerer den weniger reise-rischen Teil des Flexner-Berichts als «the most notable theoretical discussion of medical education ever written». [1]

Die Osler-Flexner-Debatte wäre an sich einen Artikel wert. William Osler hatte das Modell der Medical School der John Hopkins Universität, welches der Flexner Report propagierte, massgeblich mitgeprägt. Osler vertrat seit Jahren die Idee eines fixen Lohnes für Profes-

soren, um die Vernachlässigung ihrer Lehr- und Forschungspflichten zugunsten der privaten Praxis zu verhindern. [2] Nachdem Osler John Hopkins verlassen hatte, empfahl Flexner in einem anderen vertraulichen Bericht für die Rockefeller Stiftung die Einführung eines neuen Lohnsystems an der John Hopkins Universität. Osler empfand diesen Bericht als harsche Kritik an seinen früheren Kollegen und ihm selbst und wollte die vorgeschlagenen Massnahmen verhindern – unter anderem warnte er vor dem Risiko, dass Forscher den Kontakt zur Klinik verlieren könnten.

Geschichtliche Ereignisse können unterschiedlich interpretiert werden. Es freut mich, wenn der Artikel Gedanken zu gesellschaftspolitischen Fragen anregt.

Dr. med. Nathalie Koch, Lausanne

- 1 Ludmerer KM. Abraham Flexner and Medical Education. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2011, 54(1): Winter 2011:8–16.
- 2 Bliss M. William Osler: Sir William. In: *A Life in Medicine*, pp. 369–401. 1999: Oxford University Press. New York.

Burn-out keine Berufskrankheit?

Die Finanzierung der Krankenkassenprämien ist heute ein dominantes politisches Problem. Viele Personen sogar im Mittelstand können sich die Prämien nicht mehr leisten.

Aktuell könnte der Ständerat dieses Problem einfach verbessern, macht aber das Gegenteil. Immer mehr berufsbedingte Krankheiten und deren Langzeitfolgen werden zu Lasten der Krankenkassen und damit auch zum Schaden der Patienten und ihrer Angehörigen und ihrer Kinder gelöst.

Burn-out ist eine Form einer dekompenzierten Psychoreaktion. Als solche ist sie nicht neu und unter diesem modernen Begriff schwer abgrenzbar von anderen Folgen einer

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/

Überforderung, zum Beispiel einer Depression. Manche verlaufen schwer, bis hin zum Suizid (Bilanzsuizid). Natürlich sind solche Reaktionen sehr häufig berufsbedingt. Dies ist an sich unbestritten, auch wenn die Krankheit nicht messerscharf definierbar und der Zusammenhang mit der Arbeit nicht immer restlos einwandfrei belegbar ist. Dies gilt aber für die Ursache vieler Krankheiten und Verletzungen. Es ist deshalb weder logisch noch gerecht, den meist offensichtlichen beruflichen Zusammenhang nicht zu akzeptieren. Bei Berufskrankheiten sind die Krankenkassen vorleistungspflichtig [1]. Für die Patientenversorgung und die Prävention wäre die Vorleistungspflicht der Unfallversicherer bei einem Verdacht auf eine Berufskrankheit sinnvoll. Weshalb die Krankenkassen aber die Leistungspflicht nicht zu Gunsten der Patienten durchsetzen wollen, ist unverständlich. Vielleicht bestehen da unbewusste Kick-backs innerhalb der Versicherungen?

Damit werden immer mehr Patienten und ihre Familien diskriminiert, teils mit dem Argument der Selbstverantwortung. Für Unfälle und Berufskrankheiten gibt es keine Franchise. Patienten, die bewusst freiwillig krank werden, sind sehr selten. Deshalb sind alle Franchisen eine Diskriminierung von Patienten.

Die Anerkennung berufsbedingter Psychoreaktionen ist auch wichtig für die Prävention. Die Diskriminierung von Arbeitern aus betriebswirtschaftlichen Gründen wäre so einfacher vermeidbar. Die Prämien bezahlt der Konzern und nicht der Arbeiter. Ein Patron, der für seine Arbeiter sorgte, ist seltener geworden. Entlassungen langjähriger Mitarbeiter über Fusionen zum ausschliesslichen Vorteil der Aktionäre, auch bei internationalen Konzernen, müssten so sinnvoll als langfristige Kosten mitberechnet werden. Auch das «Künden und Wiederaustellen nach Bewerbungen» von langjährigen Mitarbeitern würde Kosten für den Betrieb/Konzern verursachen. Damit würde es lukrativ, das Risiko einer arbeitsbedingten Psychoreaktion zu vermeiden.

Gesundheitspolitiker, die das nicht sehen, sind deshalb entweder blind oder schauen bewusst in eine andere, entsolidarisierte politische Richtung. Sie werden diesbezüglich unglaubwürdig.

*Dr. med. Markus Gassner, Landarzt,
9472 Grabs*

1 Gassner M. Messbarkeit der Therapie – oder: zur vermarktwirtschaftlichten Ethik der Sozialversicherungen. Schweiz. Ärztezeitung 2011;92:40, 1551–4.

Trumpism gibt es auch in Bundesbern – die drohende Gefahr der Strahlung

Ich hatte kürzlich Zeit, mich mit Papier zu beschäftigen – nicht das übliche Papier, mit dem ich mich schon fast hauptberuflich beschäftige, nein, dieses Mal hatte ich ausnahmsweise Zeit, mich mit noch mehr Papier herumschlagen zu können – die neue Fortbildungspflicht im Strahlenschutz. Mehr oder weniger gleichzeitig fiel mir ein Programm für eine diesbezügliche Fortbildung in die Hände und ich wählte mich schon wieder glücklich in einem Vortrag sitzend, in dem ich zum wiederholten Mal eingetrichtert bekomme, was ich schon lange weiss.

Ich fand es eine gute Idee, diese neue Verordnung statistisch aufzuarbeiten.

Hier mein Resultat:

Die Anzahl niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in der Schweiz beträgt ca. 41 000.

Bei durchschnittlichen Kosten von Fr. 300.– pro Kurs und drei Teilnehmern pro Praxis betragen die jährlichen Kosten für die Weiterbildung für diese Personengruppe ca. 7,5 Millionen Franken.

Rechnet man eine geschätzte Umsatzeinbusse mit ein, kommen ca. 16 Millionen Franken dazu.

In den Berichten der letzten 5 Jahre waren 3 Grenzwertüberschreitungen bei Dosimetern zu verzeichnen. Bei einem Ereignis erfolgte eine Hospitalisation. Diese Person war nicht in einem Medizinalberuf tätig und von bleibenden Schäden wurde nicht gesprochen. Bei medizinisch tätigem Personal (2 Überschreitungen) war eine Person Radiologe.

Es darf also vermutet werden, dass pro Jahr so grob 0,2 Personen eine Dosimeterüberschreitung erfahren, die nicht spezialisiert Röntgenstrahlung benützen, und dass dies keine gesundheitlichen Konsequenzen hat.

D.h. es braucht ca. 200 000 medizinisch tätige Personen, die mit einem Röntgengerät hantieren, um eine Überschreitung zu produzieren. Nach all der Angsteinflössung war ich froh, am Feierabend endlich meine Heimreise im Verkehr anzutreten, wo jedes Jahr etwas über 17 000 Unfälle geschehen und es nur etwa 250 Autofahrer braucht, um einen Verunfallten zu produzieren.

Das Schlimme daran ist, dass die Wahrscheinlichkeit, eine weitere Person zu verletzen, nun massgeblich grösser ist, weil 120 000 Ärzte und Pflegende an eine Weiterbildung fahren, statt in ihrer Praxis ein Röntgengerät zu benützen. Statistisch gesehen führt dies zu einer Verletzung pro 5 Jahre – notabene Verletzung, nicht Verkehrsüberschreitung!

Als Fazit wäre eine Fortbildung für Präsidenten und Bundesbeamte mit folgendem Inhalt nötig: Wie erfinde ich eine Gefahr, für

die meine Subjekte Millionen ausgeben, ohne sich daran zu stören?

*Dr. med. & med. dent. Alec Robertson,
Arlesheim*

Achtung, Männer!

Brief zu: Bienz N. Frauen interessieren sich nicht nur für Hausarztmedizin. Schweiz. Ärztezeitg. 2019;100(8):246–8.

Liebe Frau Kollegin Nora Bienz, herzlichen Dank für den erfrischenden Artikel, der sehr viel Wahres und bestens Bekanntes enthält.

Ich (verheiratet und Mutter von drei Kindern) teile viele der Erfahrungen und bin gleicher Meinung.

Immer wollte ich Chirurgin werden. Das bin ich dann zwar auch geworden, habe mich aber aus guten familiären Gründen umorientiert und bin heute hauptsächlich als Medizinerin tätig. Ich bereue nichts, bin auch nicht frustriert, ja sogar ein bisschen stolz auf den Weg mit zahlreichen Umwegen, den mir das Leben gezeigt hat. Heute bin ich ganzheitlich ausgebildet, das selbständige Arbeiten macht mir Freude, und dies kommt alles meinen Patienten zugute.

In den Augen der männlichen Kollegen bin ich aber möglicherweise eine dieser Teilzeitfrauen, die abends um 19 Uhr bei der Sitzung schon in Zivil und mit gepackter Tasche dasitzen, um ach so früh nachhause zu gehen. Auf dem Weg heim zu meiner Familie denke ich mir meinerseits, so viel Zeit wie die grau melierten Herren hätte ich auch mal gerne.

In der Tat habe ich meinen Arbeitsalltag verdichtet. Bevor ich Kinder hatte, habe ich sehr viel mehr Überzeit gemacht, um dies und das noch vom Tisch zu haben und zu perfektionieren (operieren habe auch ich nicht während meiner Überstunden gelernt). Heute ist meine Arbeit getan, wenn ich pünktlich nachhause gehe.

Ein mir persönlich gut bekannter männlicher CEO eines grossen Schweizer Unternehmens hat mir berichtet, wie auch er seine Abläufe bei der Arbeit komprimiert und optimiert hat, um die Abende mit seiner Familie verbringen zu können. Wie schön und erwähnenswert im Falle des Familienvaters, wie alltäglich für eine Mutter.

Die klinische Arbeit ist meine Leidenschaft. Viel habe ich mit Patienten und deren Familien geredet, über medizinische Knacknüsse nachgedacht, aber auch darauf geachtet, dass das Administrative rasch und vollständig erledigt war.

Die männlichen Kollegen bemühen sich hingegen gerne um Gespräche mit dem Chef und Extrazeit mit dem Führungskader, um sich geschickt positionieren zu können. For-

schung ist wichtiger als die schwierige Blutentnahme oder das klärende und heilsame medizinische Gespräch mit den Angehörigen, denn der Chef anerkennt und nutzt sie.

Ich bin gegen Frauenquoten. Die Zeit wird kommen, ja, sie ist sogar schon da, dank und mit uns.

Viele meiner Kolleginnen machen sich dieser Tage selbständig. Ich bin stolz und begeistert:

Sie sind alle top ausgebildet, waren im Ausland, haben geforscht, Stipendien erhalten und nebenbei Kinder bekommen. Nun machen sie ihre professionelle Arbeit in wunderschönen Räumlichkeiten und behandeln ihre Patienten mit viel Empathie. Die Zeiten scheinen vorbei, in denen ein älterer Halbgott in Weiss den Raum betrat, mit niemandem sprach und rasch und böse wieder ver-

schwand. Die Patienten suchen sich ihre Ärzte heutzutage selber aus, und wer krank ist, braucht liebevolle Hilfe.

Passt auf, Männer, könnte knapp werden für Euch!

*Dr. med. Katrin Fasnacht
Fachärztin für Kinderchirurgie,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Zollikon*