

Das Leser-Forum

DEMENZERKRANKUNGEN

Neurologen und Psychiater haben die überarbeitete S3-Leitlinie „Demenzen“ vorgestellt (DÄ 6/2016: „Die Zeit des Nihilismus ist vorbei“ von Petra Bühring).

Paradigmenwechsel höchst notwendig

Unter dem Titel „Die Zeit des Nihilismus ist vorbei“ begrüßen Sie die überarbeitete S3-Leitlinie „Demenzen“. Ich stimme Ihnen als Gerontopsychiater und Psychotherapeut gerne zu, deren Autoren ist für ihre umfassende und mühevollen Arbeit zu danken. Die Bezeichnung „Nihilismus“ für die bisherige ärztliche Tätigkeit wacher und bedachter Kollegen ist allerdings unzutreffend. Und der Jubel über angeblich mit der Leitlinie plötzlich eröffnete neue Behandlungsmöglichkeiten ist gleichermaßen unangemessen.

Auch bislang schon war die Erkenntnis offensichtlich, dass die diagnostischen Möglichkeiten bei den Demenzen die therapeutischen weit übersteigen. Das ist auch die Erfahrung im Behandlungsalltag der Kliniken, wo die Betroffenen am Anfang der Erkrankung im diagnostischen Setting noch größte Hoffnungen in die moderne Medizin setzen dürfen, doch in den späteren Stadien, in denen Verhaltensstörungen die Betroffenen selbst und die Angehörigen am meisten belasten, nur schwer adäquate Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten finden können.

Der geringe Nutzen der symptomatisch, nicht kausal wirkenden Medikamente besteht darin, die mnestiche und kognitive Leistungsfähigkeit um einen gerade noch messbaren (signifikanten, aber klinisch kaum relevanten) Wert zu erhöhen, der den natürlichen Verlauf um Wochen bis Monate verschieben kann, ohne ihn verhindern zu können. Dass dies am Anfang der Demenz subjektiv angenehm sein kann, dagegen im Krankheitsverlauf wenig hilfreich ist, wird von uns Ärzten nicht gerne ausgesprochen.

Neu sei, dass Ginkgo biloba Hinweise auf positive Wirkungen zeige, lautet eine mündliche Aussage über die Leitlinie in dem Artikel. Nach meiner Erinnerung ist daran nichts neu, im Gegenteil ist Ginkgo

biloba schon seit Jahrzehnten im Gespräch, ohne dass je überzeugende Nachweise für seine Wirksamkeit erfolgten. Dass Ginkgo biloba wieder „ausgegraben“ wird, ist für einen inzwischen fast schon erfahrenen Beobachter der Szene eher ein weiteres Indiz für die pharmakotherapeutische Ratlosigkeit gegenüber einem unbeeinflussbaren degenerativen Prozess. Statt weitgehend wirkungslose therapeutische Mittel hochzuloben, müsste endlich ein höchst notwendiger Paradigmenwechsel in der Psychiatrie und Neurologie stattfinden: Es geht darum, weniger über nur scheinbar wirksame medizinische Maßnahmen zu sprechen und dafür mehr über eine hilfreiche Begleitung, Betreuung und Versorgung. Und damit meine ich nicht „intensive Angehörigentrainings“, sondern tatsächliche tätige Hilfen und Unterstützungen, die entlastend wirken.

Dr. med. Christian Schulz-Du Bois, Helios Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, Station Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, 24837 Schleswig

HYGIENE

Der Klinikkonzern Asklepios führt in seinen rund 100 Einrichtungen deutschlandweit kurzärmelige Kleidung für Ärzte ein (DÄ 5/2016: „Asklepios schafft Arztkittel ab“).

Wer schützt die Ärzte?

Das Bestreben des Klinikkonzerns Asklepios zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen ist ganz gewiss löblich und zwingend erforderlich. Der Umgang mit dem Thema ist allerdings eher bedenklich. Hier werden Ärzte als ewig gestrige „Keimschleudern“ dargestellt, die an Statussymbolen hängen.

Dass auf manchen Kitteln der Kollegen sicherlich eine massive Keimbelastung vorliegt, ist unbestritten. Aber auch hier kann Abhilfe durch engmaschige Wechsel erreicht werden. Bereichskleidung wird schließlich ebenfalls täglich gewechselt. Man muss diese Thematik noch aus einem ganz anderen Winkel sehen, wer schützt denn die Ärzte? Gerade bei Blutentnahmen, Transfusion oder Tätigkeiten zum Beispiel im urologischen Fachgebiet, wie

Katheterwechsel oder Zystoskopien, kommt es leicht zur Kontamination der eigenen Arme. Insofern haben Kittel sicherlich auch eine Schutzfunktion für das ärztliche Personal. Hierbei immer Einmalmaterialien zu verwenden, ist nicht praktikabel. Diese Sichtweise der Dinge sollte in der aktuellen Diskussion ebenfalls bedacht werden!

Dr. med. Maximilian Cohausz, 48147 Münster

INTERNETPORTAL

Ärzte können gemeinsam mit ihren Patienten über die Plattform nach geeigneten klinischen Studien suchen (DÄ 4/2016: „Schneller Weg für Patienten zur klinischen Studie“).

Das Deutsche Register Klinischer Studien

In der Meldung heißt es, das Internetportal viomedo sei gegründet worden, um allen Patienten Zugang zu klinischer Forschung zu ermöglichen.

Aus genau diesem und etlichen weiteren Beweggründen wurde das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS) als nationales Register für klinische Studien in Deutschland vor acht Jahren gegründet. Dessen Ziel ist es, möglichst alle geplanten, laufenden und abgeschlossenen klinischen Studien zu dokumentieren, um die Öffentlichkeit an der medizinischen Forschung teilhaben zu lassen und Wissenschaft und Gesundheitsversorgung über laufende Studien zu informieren.

Es ist immens wichtig, dass Patienten und die gesamte Öffentlichkeit Zugang zu Studienvorhaben und den Ergebnissen aus klinischen Studien haben.

Gleichzeitig bietet nur ein allumfassendes Bild über alle Studien Forschungsförderern und Wissenschaftlern die Möglichkeit, parallele Studien zu vermeiden, vernachlässigte Forschungsgebiete zu identifizieren und Forschungsgelder sinnvoll zu allozieren. Allein dadurch ist eine evidenzbasierte Diagnostik und Therapie in allen Bereichen der Medizin zu erreichen. Eine transparente Übersicht der Forschung ist die Grundlage aller daraus resultierenden Produk-

te, wie klinische Leitlinien, Arzneimittel- oder Patienteninformationen.

Das DRKS wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert, ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Deutschland akkreditiert und arbeitet eng mit der WHO und den anderen Primärregistern zusammen. Patienten, Angehörige, Wissenschaftler,

tienten rasch darüber informieren, wo eine spezifische Studie stattfindet.

Um medizinischen Laien den Zugang zu Studieninhalten zu erleichtern, verlangt das DRKS darüber hinaus eine allgemein verständliche Kurzbeschreibung zu jeder eingetragenen Studie.

Das DRKS dokumentiert alle Projekte medizinischer Forschung am Menschen, das

ten möglichst leicht allen Nutzergruppen zugänglich zu machen, arbeitet das DRKS mit medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen eng zusammen. Somit kann im DRKS schnell und gezielt zu Informationen über klinische Studien aus dem Gebiet der kooperierenden Fachgesellschaft recherchiert werden. Auch die viomedo-Plattform erhebt ihre Daten über

Institutionen im Gesundheitswesen und die breite Öffentlichkeit können auf www.drks.de Studieninhalte und -ergebnisse kostenlos einsehen. Alle Informationen zu klinischen Studien sind in deutscher und englischer Sprache verfügbar. Durch die Angabe von Kontaktdaten der Studienverantwortlichen sowie des Studienstandortes können sich interessierte Ärzte und Pa-

heißt interventionelle Studien, epidemiologische Studien, diagnostische und prognostische Studien, akademische Studien, Industriestudien, Versorgungsforschungsstudien und vieles mehr. Zum aktuellen Zeitpunkt sind über 4 300 Studien beziehungsweise Forschungsvorhaben im DRKS registriert. Um einerseits Doppelarbeit zu vermeiden und andererseits die Da-

die Studien nicht selbst, sondern bezieht diese ebenfalls aus dem DRKS. Hervorzuheben ist, dass sich das DRKS (im Gegensatz zu viomedo) ausschließlich durch öffentliche Mittel finanziert. Es werden keinerlei Gelder von Ärzten, den forschenden Pharmafirmen oder anderen kommerziellen Interessensvertretern entgegengenommen. Dies verhindert Interes-

senskonflikte und ermöglicht unabhängiges Arbeiten in einem sensiblen Bereich von öffentlichem Interesse.

Damit stellt das DRKS eine unverzichtbare und unabhängige Einrichtung in der klinischen Forschungslandschaft in Deutschland dar.

**Dr. med. Gabriele Dreier,
Dr. rer. medic. Susanne Jena,
Katharina Kunzweiler, MPH,**

Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS), Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Universitätsklinikum Freiburg, 79104 Freiburg

KOMMENTAR

Es gibt zu wenig Ärzte und deren Altersdurchschnitt ist hoch (DÄ 6/2016: „Arzt im Alter: Wann ist es Zeit für die Rente?“ von Serban-Dan Costa

Überflüssiger Druck

... Jeder Arzt ist verpflichtet, alle drei Jahre eine bestimmte Anzahl von Fortbildungspunkten nachzuweisen. Ansonsten drohen ihm finanzielle Einbußen. Dies gilt unabhängig von jedem Alter. „Ein bisschen Druck“ ist also völlig überflüssig. Im Übrigen steht hinter seiner Auffassung die irrije Vorstellung, die Qualität ärztlicher Leistungen anhand von Datenerhebungen erfassen zu können. Qualitätsmanagement stammt aus dem Bereich der Warenproduktion.

Menschen sind keine Waren, aber einmalige individuelle Wesen. Die Folgen der unseligen Übertragung von Qualitätsmanagement auf das Gesundheitswesen sieht man tagtäglich in den Arztpraxen, Krankenhäusern und Altenheimen.

Ärztliche Qualität besteht nach B. Lown vor allem aus Zuhören und Empathie. Ich glaube, dass diese Art von Qualität erst durch langjährige ärztliche Erfahrung erworben werden kann und hierin die Qualität von „Ärzten im Rentenalter“ liegt. Mehr von dieser Qualität dürfte unserem Gesundheitswesen gut tun.

Dr. med. Bernhard Krabbe, 45659 Recklinghausen

Ein anderer Blickwinkel

... Für viele Ärzte selbst und gerade für niedergelassene Ärzte wie mich stellt sich die Frage aus einem ganz anderen Blickwinkel. Sie lautet dann nämlich: „Wie lange müssen wir arbeiten, damit wir von der Rente leben können?“

In Zeiten, in denen die Gehälter der angestellten (Klinik-)Ärzte kräftig gestiegen

sind, die Erlöse der niedergelassenen Ärzte aber stagnieren oder gar sinken und so manchen niedergelassenen Arzt schon in „jungen“ Jahren an den Rand seiner Leistungsfähigkeit bis hin zur chronischen Überforderung zwingen, ist diese Frage existenziell.

Wird meine körperliche, fachliche und psychische Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit ausreichen, den Kaufpreis meiner Praxis abzuzahlen und am Ende nach Abzug aller Steuern und hoffentlich ausbleibenden Regressen noch einen einigermaßen sorgenfreien Ruhestand zu ermöglichen? Wird es in einigen Jahren noch gelingen, meinen Praxisanteil in einer ländlichen Region so zu verkaufen, dass der erhoffte Beitrag zur Altersvorsorge nicht nur Wunschdenken bleibt?

Diese Fragen stelle ich mir immer häufiger, wenn ich abends müde meinen Heimweg antrete.

Die Frage „Wann ist es Zeit für die Rente?“ könnte also auch beantwortet werden mit: „Viel später als Du es Dir vorstellen kannst.“

Dr. med. Michael Schneider, 74889 Sinsheim

GOÄ-NOVELLE

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag in Berlin hat den Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer für die neue GOÄ mit großer Mehrheit beschlossen (DÄ 4/2016: „Deutscher Ärztetag: Grünes Licht für GOÄ-Novelle“ von Egbert Maibach-Nagel).

Große Zweifel

... In einem Abstimmungsergebnis von 109 : 98 kann *ich* keine „große Mehrheit“ erkennen! Ebenso halte ich einen „gewonnen Rückhalt“ für Gremien der Bundesärztekammer für eine kühne Formulierung. Viele Kollegen an der Basis sind über den Stand der Verhandlungen nicht informiert und kritische Stimmen mit zweifelhaften Begründungen gar nicht gehört worden. Nach Zeugenberichten muss ich am pflichtgemäßen Sitzungsablauf große Zweifel hegen.

Nach Herstellung von Transparenz über die geplanten Änderungen der GOÄ und der Bundesärzteordnung an alle niedergelassenen Kollegen sowie Hören aller kritischen Stimmen und Lesen *aller* eingebrachten Anträge sollte eine geheime Abstimmung aller Delegierten erneut erfolgen.

Inga Shaw, 28832 Achim

FLÜCHTLINGE

Da über Asylanträge künftig schneller entschieden werden soll, bleibt Ärzten weniger Zeit für die Untersuchung (DÄ 6/2016: „Versorgung von Flüchtlingen: Weniger Zeit für die Diagnose“ von Rebecca Beerheide).

Bedenken

Über einen eindeutigen Nüchtern-BZ, einen CRP-Wert oder einen CAE-Wert in Verbindung mit persönlichen Angaben oder ärztlichen Erhebungen in Höhe einer international anerkannten pathologischen Grenzwertigkeit ist nicht zu streiten. Über eine Diagnose „Depression“, oder gar „PTBS“ indes durchaus – denn es mangelt an Objektivität, weil die Motivation von Menschen – letztendlich und bis dato – keiner Objektivität zugänglich ist. Zu oft reflektiert auch die/der Diagnostizierende nicht seine ureigenen Motive bei seiner „Diagnostik“. Dies aber gerade ist der Schwachpunkt Nummer eins. Die Nummer zwei folgert unmittelbar daraus: Der Diagnostiker/Therapeut arbeitet dann mit diesen subjektiv-motivierten Äußerungen, weil er dem Gegenüber ja „etwas Gutes tun“ will, und interpretiert die Angaben als „Faktdaten“, was im Sinne einer EbM freilich nicht der Fall ist. Schwachpunkt Nummer drei ist anschließend die – sich auf diese anamnesticen Mitteilungen stützende – Handlungsbasis des weiteren Prozedere im Sinne von „Hätte-wäre-sollte-dürfte-Wenn“, die sich in einer unheilvollen Allianz von „Haben-Wollen“ – statt „Werden-Sollen“ – ausdrückt. Alles, was einseitig gesehen wird, ist und bleibt *immer* nur die „halbe Wahrheit“ – auch in der Medizin und gerade besonders in der Psychiatrie angesichts von Diagnosen wie „Depression“ und „PTBS“. Hinzu kommen Sprachprobleme, von den interkulturellen Sprech- und Moralproblemen schon gleich gar nicht zu reden! Und nicht zu vergessen ist der Dolmetscher, der nie simultan übersetzt, sondern immer eine Zusammenfassung liefert, die nicht überprüfbar ist. Vorstehende Bedenken sind das Tatsächliche Resümee nach jahrelanger Teilhabe am besprochenen Thema der „Versorgung von Flüchtlingen“. Ich plädiere damit für geprüfte Fakten, unbarmherzige Strenge zur eigenen Motivation und gegen Meinungen, Annahmen, Ansichten und Wohlmeinungen.

Dr. med. Richard Barabasch, 96178 Pommersfelden