

EBM darf nicht missbraucht werden!



Foto: privat

Dr. med. Hans Rüdiger Dreykluft
ist niedergelassener Internist im Bezirk Spandau

Trotz der vielen Zumutungen, mit denen uns auch 2005 die Gesundheitspolitik nicht verschonen wird, sind viele von uns immer noch zufrieden mit ihrem Alltag in Klinik und Praxis, weil es die täglichen Begegnungen mit den Patienten gibt; ihre Dankbarkeit für die Zuwendung, die wir uns trotz der vielen Begrenzungen in der Arbeit nicht nehmen lassen, die Anerkennung für unser gemeinsames Bemühen um Abwehr von Krankheit und Leiden.

Diese unmittelbare Arbeit mit Patienten ist unsere ureigenste Domäne, die wir uns nicht nehmen lassen dürfen. Auf der anderen Seite müssen wir aber auch innerärztlich große Anstrengungen unternehmen, um nicht auch dort noch fremdbestimmt zu werden. Zum Beispiel ist die „evidenzbasierte Medizin“ inzwischen auch auf der Ebene der Gesundheitspolitik angekommen:

- In den Disease-Management-Programmen werden Patienten und Ärzte gleichermaßen mit scheinbar formalisierten Behandlungsabläufen und deren Dokumentation (und Kontrolle?) konfrontiert.
- Medizinische Maßnahmen werden auf der gesundheitspolitischen Steuerungsebene auf ihre Wirksamkeit und ihre Bezahlbarkeit im GKV-Bereich überprüft („HTA“).

- Die Firmen Pfizer (Sortis) und Altana (Pantozol) werden vor Gericht mit Argumenten aus dem Vokabular der EbM über die Preisfindung ihrer Medikamente streiten.

Was ist dran an EbM, dass sich alle dieser Vokabel bedienen?

EbM (nur echt mit dem kleinen ‚b‘ in der Mitte), die evidenzbasierte Medizin, ist die Methode, mit der der Nutzen medizinischer Maßnahmen beschrieben werden kann. Sie ist im innerärztlichen Diskurs zunächst im angloamerikanischen Bereich (Kanada und Großbritannien) entstanden und hat dann die Medizin in der gesamten Welt mitbestimmt (s.a. Cochrane-Zentren). Sie ist eine wissenschaftliche Methode, die uns erlaubt, auf Fragen Antworten zu bekommen:

- Bringt eine diagnostische Maßnahme bei einem bestimmten Patienten einen Erkenntnisgewinn? Ist zum Beispiel die Durchführung eines Belastungs-EKG bei einer 30-jährigen Patientin genauso sinnvoll wie bei einem 65-jährigen Mann mit den gleichen Beschwerden? (Für Interessierte: nein!)
- Schafft eine bestimmte therapeutische Option für meinen Patienten eine Leidensverminderung und/oder eine Lebensverlängerung? Wie kann ich diesen Effekt – insbesondere der Prognoseverbesserung – der Patientin/

dem Patienten nahe bringen und wie kann ich im Gespräch mit ihr/ihm den Nutzen und möglichen Schaden deutlich machen? (Für Interessierte: NNT und NNH).

Wir Ärzte haben mit EbM ein ausgezeichnetes Instrument, um nötige von überflüssiger Diagnostik zu unterscheiden und nutzbringende Therapien auszuwählen. EbM ist genuin für die tägliche Arbeit in Klinik und Praxis entwickelt worden. EbM kann uns sicherer im Umgang mit den Patienten und diese zu Partner im Behandlungsprozess machen. Und es ist lustvoll, sich mit EbM zu beschäftigen. Lassen Sie sich dieses Instrument nicht entgehen!

Der in diesem Jahr in Berlin stattfindende 6. EbM-Kongress (6. Jahrestagung des DNEbM e.V. 4.–5. März 2005) gibt insbesondere uns Berliner Kolleginnen und Kollegen die hervorragende Gelegenheit, uns mit den Ergebnissen von „10 Jahren EbM in Deutschland“ zu beschäftigen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein von EbM mitbestimmtes Jahr 2005.

Ihr



TITELTHEMA

Ernährungsmedizin

Ernährungstherapie bei Rheuma

Als additive Therapieoption spielt die Ernährung bei Rheuma-Patienten eine große Rolle. Nahrungsmittel können Auslöser der Immunreaktion sein und umgekehrt den Entzündungsprozess deutlich vermindern. Mit einem guten Ernährungskonzept können Rheumapatienten auf etwa 30 % ihrer Medikamente verzichten.

Von Olaf Adam14

Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Um der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken, bedarf es verschiedenster Maßnahmen. In jedem Fall müssen Bewegungsgewohnheiten, das Familien-Essverhalten, die Nährstoffzusammensetzung und – natürlich - die Portionsgrößen näher unter die Lupe genommen werden.

Von Elke Lipphardt19

Ernährungstherapie im Alter

Die Kompensationsmechanismen bezogen auf Unter- und Überernährung verändern sich im Alter. Für den Erhalt der Körpermasse spielt diese Erkenntnis eine wichtige Rolle. Zudem erfordert der Rückgang der Selbstständigkeit abgestufte Ernährungskonzepte.

Von Romana Lenzen-Großimlinghaus22

Sicherer verordnen12

Leserbriefe13

BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK....

Wechsel der Ärzteversorgung

Achtung! Seit 1. Januar muss beim Wechsel in eine andere Kammer auch das Versorgungswerk gewechselt werden. Das EU-Recht machte diese Regelung erforderlich.

Von Martin Reiss und Elmar Wille25

Der Lotse geht von Bord

Berlins KV-Chef Manfred Richter-Reichhelm zieht sich aus der aktiven KV-Politik zurück. Eine Würdigung

von Elmar Wille26

Buchbesprechungen

Delius: Mein Jahr als Mörder27

Schwabe, Paffrath:
Arzneiverordnungsreport 200428

Klauber, Robra, Schellschmidt:
Krankenhaus-Report 200428

FEUILLETON

Kraft und Schönheit

Mit der Geschichte der Fitness- und Körperkultur beschäftigt sich eine Ausstellung im Medizinhistorischen Museum.

Von Rosemarie Stein30

**Bemerkungen zum
Sozialstrukturatlas 2003**

Von Manfred Stürzbecher31

Impressum38

MEINUNG

**EBM darf nicht missbraucht
werden!**

Von Hans Rüdiger Dreykluft3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*6

Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung11

Klage gegen Land Berlin

Gericht folgt Argumentation der Kammer

Erfolg für die Ärztekammer Berlin. Ihre Klage gegen das Land Berlin endete jetzt vor dem Verwaltungsgericht mit einem Vergleich. Das Land Berlin übernimmt danach die Haftungsrisiken in vollem Umfang, die aus einer Übertragung von Prüfaufgaben nach dem Arzneimittelgesetz an die Ethikkommission der Kammer erwachsen. Die Gefahr eines Durchschlagens von Haftungsansprüchen auf das Rentenversorgungswerk der Berliner Ärzte konnte damit abgewehrt werden (wir berichteten, siehe BERLINER ÄRZTE Hefte 9 und 12/2004). Die Kammer nimmt die Aufgabe im Gegenzug trotz diverser verfahrenstechnischer und anderer Probleme bis zum 30. September 2005 weiterhin wahr.

Sie folgte damit der Argumentation des Gerichts, dass die sofortige Aussetzung der Arbeit der Ethikkommission ein Problem für forschende Pharmaunternehmen in Berlin schaffen würde. In jedem Fall betrachtete das Gericht die Prüfaufgaben nach dem Arzneimittelgesetz als staatliche Aufgaben, für de-

ren Umsetzung das Land eine saubere gesetzliche Lösung schaffen müsse und zwar innerhalb der genannten Frist. Der Vergleich ist noch nicht rechtskräftig. Er kann noch bis zum 9. Januar 2005 von beiden Seiten widerrufen werden.

Zur Erinnerung: Die Kammer hatte sich gegen eine Senatsanordnung gewehrt, mit der ihrer Ethikkommission vom Land Berlin Prüfaufgaben im Charakter eines Verwaltungsaktes übertragen wurden. Eigentlich hätte das Land Berlin für diese Aufgaben eine eigene Behörde schaffen müssen, doch der Senat reichte sie kurzerhand an die schon bestehende Ethikkommission der Kammer durch und setzte diese damit einem kaum kalkulierbaren Haftungsrisiko aus.

Bislang hatten die Ethikkommissionen der Ärztekammer die Aufgabe, Ärzte, die Arzneimittelstudien durchführen, zu beraten und hierzu ein rechtlich nicht bindendes Votum abzugeben. Mit der Novelle des Arzneimittelgesetzes aus dem August

hat sich der Charakter dieser Aufgabe grundlegend geändert. Die zustimmende Bewertung einer Ethikkommission ist nun „zwingende Voraussetzung“ für den Beginn einer Arzneimittelstudie. Die Beratung von Ärzten, die Arzneimittelstudien durchführen, mutierte zu einem „Verwaltungsakt“ gegenüber Herstellern zu prüfender Arzneimittel - mit entsprechenden Haftungsrisiken für die Kammer und ihre Kommission. Erstmals besteht nun die Vorgabe gesetzlich zum Teil extrem kurzer Fristen. Dies geht auf Kosten des Patientenschutzes, denn die Zeit für die Auseinandersetzung mit den Studienrisiken wurde extrem verkürzt.

Das Verwaltungsgericht stimmte der Argumentation der Kammer zu. Es betonte in seiner Begründung, dass es sich bei den Prüfaufgaben nach dem Arzneimittelgesetz primär um staatliche Aufgaben handelt, für deren Umsetzung und Erfüllung das Land verantwortlich ist. Das Gericht empfahl dem Land Berlin deshalb, zur Erledigung der im Arzneimittelgesetz geforderten Prüfaufgaben die Schaffung einer staatlichen Ethikkommission zu erwägen, wie sie zum Beispiel



BERLINER ÄRZTE-Titel 9/2004

bereits im Land Bremen existiert. Ein schlichtes Durchreichen der Aufgaben an eine Berufsvertretung wie die Kammer, ist nach Auffassung des Gerichts nicht möglich. Vor diesem Hintergrund wird die Senatsanordnung aus dem August als „zweifelhaft“ bewertet.

Insofern ist es konsequent, dass das Land Berlin neben der Übernahme der Haftungsrisiken (jenseits der von der Kammer für 2005 versicherten Summe von 2 Millionen €) auch die Kosten des Gerichtsverfahrens tragen muss. Damit ist Berlin vorerst das einzige Bundesland, in dem in dieser Sache eine unbegrenzte Haftung des Landes vorliegt. SyGo



Das 25.000ste Kammermitglied konnte die Ärztekammer Berlin im Oktober begrüßen. Ein junger Arzt aus Niedersachsen freute sich aus diesem Anlass über zwei gute Flaschen Wein. Die neue statistische Landmarke zeigt: Noch immer ist der Netto-

Mitgliederzuwachs der Berliner Ärztekammer ungebrochen. Etwa 1800 Neumitglieder registrieren Karin Schwarz, Sabine Teichmann und Vivien Fuchs alljährlich in der kammereigenen Meldestelle. Im Gegenzug verliert Berlin etwa 1400 Ärzte pro

Jahr durch Wegzüge und Todesfälle. Damit ist die Hauptstadt mit einem Nettozugang von 400 Ärzten pro Jahr nach wie vor ein Magnet für die Zunft und größte Ausbildungsschmiede für Mediziner in der Bundesrepublik.

Planung

Konzept für die kardiologische Krankenhausversorgung

Den Einstieg in die Versorgungsplanung über Qualitätsstandards startet Berlin am Beispiel der kardiologischen Krankenhausversorgung. Senat und Kassen haben im Benehmen mit der Ärztekammer Berlin, zwei kardiologischen Fachgutachtern (Prof. Martin Gottwik, Prof. Dr. Jochen Senges), der KV Berlin und Patientenorganisationen Qualitätsanforderungen entwickelt, die künftig die Versorgung der kardiologischen Patienten in Berlin steuern sollen.

Das Konzept wird als Entscheidungsgrundlage für künftige Einzelverträge zwischen Kassen und Kliniken dienen. Eine Krankenhausplanung in früher üblicher Form wird es auf diesem Gebiet nicht mehr geben. Gesundheitsstaatssekretär Dr. Hermann Schulte-Sasse bezeichnet dieses Vorgehen als bundesweit „absolutes Neuland“. Berlin wird bei dieser Art der qualitätsorientierten Krankenhausplanung eine Vorreiterstellung einnehmen. Das

Konzept definiert Qualitätskriterien, die Kliniken künftig vorweisen müssen, um mit den Kassen einen Vertrag zur Versorgung kardiologischer Notfallpatienten bestimmter Versorgungsstufen abschließen zu können. Obwohl das Konzept bereits presseöffentlich vorgestellt wurde, gibt es hinter den Kulissen noch immer Auseinandersetzungen um Details.

So gehen die Krankenkassen davon aus, dass das Konzept künftig nur noch zwei Versorgungsstufen ausweist: Krankenhäuser mit kardiologischen Abteilungen und Krankenhäuser der kardiologischen Maximalversorgung. Die Kardiologen hingegen sehen in dem Konzept lediglich die kardiologische Notfallversorgung geregelt, nicht aber die Grundversorgung. Davon ausgehend besteht für sie neben den genannten Stufen noch eine dritte Stufe der kardiologischen Basisversorgung durch internistische Abteilungen,

zu der zum Beispiel auch Herzschrittmacherimplantationen gehören können.

Streit gibt es auch noch darüber, wo künftig hoch spezialisierte Behandlungsverfahren, wie z.B. die Implantation und der Wechsel von Defibrillatoren, durchgeführt werden können. Die Kassen lesen das Konzept so, dass diese Operationen nur noch Krankenhäusern der kardiologischen Maximalversorgung vorbehalten sein sollen, die am Standort u.a. über eine Herzchirurgie verfügen. Die Kardiologen und auch die Ärztekammer Berlin berufen sich jedoch auf eine Klausel im Konzept, die zu diesem Zweck auch eine Kooperation anderer Kliniken mit den herzchirurgischen Abteilungen zulässt.

Eins steht jedoch fest: Vermutlich werden nicht alle heute bestehenden kardiologischen Klinikstandorte die Qualitätskriterien

erfüllen, ohne die ein Vertrag mit den Kassen künftig nicht mehr abgeschlossen werden kann. „Von den heute 19 Einrichtungen werden künftig weniger als 19 aber mehr als 11 übrig bleiben“ so Staatssekretär Schulte-Sasse auf einer Pressekonferenz. Die Ärztekammer Berlin schließt sich aufgrund der oben beschriebenen Mängel vielen Kritikpunkten der Kardiologen an. Gleichwohl wird der politisch vorgegebene Weg, Qualitätskriterien als Planungsvorgaben zu entwickeln, als grundsätzlich richtig erachtet.

Die Ärztekammer Berlin legte bei dem Thema übrigens Wert auf einen breiten Fachaustausch und holte mehrfach Vertreter aller Krankenhauskardiologien Berlins an einen Tisch. Zu mehreren dieser Gespräche kam auch Staatssekretär Schulte-Sasse hinzu. Mitte Januar ist ein weiteres Gespräch mit AOK-Chef Rolf Müller angesetzt. *SyGo*

Servicetelefon

Therapeutensuche

Die Suche nach einem Psychologischen Psychotherapeuten wird leichter. Seit einigen Monaten betreibt die Psychotherapeutenkammer ein entsprechendes Servicetelefon.

Zu erreichen ist die Hotline jeden Dienstag von 14 bis 16 Uhr unter Tel. 88 71 40 20.

Das Angebot ergänzt die Suchdatenbank, die Ärztekammer und KV Berlin gemeinsam auf ihren Homepages betreiben (www.aerztekammer-berlin.de oder www.kvberlin.de, Kapitel "Arzt/Psych.-Suche"). Hier sind alle Ärzte (KV wie privat) und alle KV-zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zu finden und können über Suchschlagworte oder nach Bezirken selektiert werden.

Online

Stellenbörse für Pädiater

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde bietet auf ihrer Webseite Kliniken und Praxen die Möglichkeit, Stellenausschreibungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zu veröffentlichen. Die Kennung der Page ist www.dgkj.de/13.html. Auch das Schalten von Stellengesuchen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist dort möglich.

Vivantes-Klinikum Neukölln

Protestschreiben von 177 Ärzten

Mit Schreiben an ihre Vorgesetzten und die Geschäftsführung protestierten 177 der etwa 350 Ärztinnen und Ärzte im Vivantes-Klinikum Neukölln gegen den Sparkurs ihres Unternehmens. Der Brief wurde auch den Medien zur Verfügung gestellt und an die Ärztekammer Berlin geschickt. Auslöser war die hausinterne Personalplanung 2005, in deren Verlauf den Chefarzten die Personalkosten-Planung für das nächste Jahr präsentiert wurde. Schmerzhaft bemerkbar macht sich bei Vivantes die Umwandlung der AiP- in Assistentenstellen, wodurch sich die Zahl der am Krankenbett praktizierenden Ärzte drastisch reduziert, erläuterte Gesamtbetriebsrat Moritz Naujack gegenüber BERLINER ÄRZTE. In Neukölln entsprechen Sparmaßnahmen und AiP-Umwandlung einer Größenordnung von etwa 30 Arztstellen und 45 anderen Mitarbeiterstellen.

Das macht sich bemerkbar. Die protestierenden Ärzte beklagen, dass die Wartezeiten sich für Patienten in der Rettungsstelle und auf den Stationen schon jetzt durch einen Mangel an ärztlichem Personal unzumutbar hinziehen. Operative Eingriffe würden statt im Regelbetrieb oft im Bereitschaftsdienst vorgenommen und verdrängten personelle und räumliche

Notfallkapazitäten. Zudem würden Konsilanforderungen nur in Ausnahmefällen und oft genug gar nicht mehr bearbeitet. Es fände auch kein Kontakt zu niedergelassenen Ärzten bei Entlassung statt. Die Ärzte erklären, dass das Funktionieren ihrer Abteilungen nur auf die zunehmende Zahl von Überstunden zurückzuführen sei, die jedoch weder bezahlt, noch in Freizeit auszugleichen sind.

Die Ärztekammer Berlin sieht in den von den Ärzten beklagten Defiziten einen Trend, der auch in anderen Kliniken greifen wird: „Das Fallpauschalensystem zwingt zu einer sehr oft rücksichtslosen Ausnutzung von Personalkapazität“, so Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. Er freute sich

über den Mut und das Engagement der betroffenen Ärzte, ihre Probleme öffentlich zu machen.

Die Geschäftsführung von Vivantes betonte, die Probleme der protestierenden Ärzte sehr ernst zu nehmen, verwies jedoch auf wirtschaftlichen Druck durch die DRGs. Auch im Klinikum Neukölln sei der medizinische Dienst personell noch überbesetzt und müsse einer finanzierbaren Größenordnung angenähert werden, hieß es in einer Presseerklärung.

Zum Redaktionsschluss dieser Zeitschrift war das von den protestierenden Ärzten erhoffte Gespräch mit der Geschäftsführung noch nicht zustande gekommen. *SyGo*

Übrigens...

...Anlässlich des Protestschreibens verweist der Marburger Bund auf ein Urteil vor dem Arbeitsgericht Berlin. Eine Vivantes-Ärztin hatte dort in erster Instanz erfolgreich auf Vergütung/ Ausgleich ihrer Überstunden geklagt. Das Gericht betonte noch einmal, dass nach § 17 Abs. 5 des BAT Überstunden zwingend abzugelten seien, sowie sie nicht innerhalb von drei Monaten durch Freizeit ausgeglichen werden können.

Der Marburger Bund weist noch einmal darauf hin, dass Überstunden angeordnet und gegengezeichnet werden müssen. Wird von Seiten des Vorgesetzten eine Abzeichnung verweigert, ist - sofern die Überstunden in einem solchen Fall wirklich unvermeidlich sind - eine sorgfältige und möglichst beweisfeste Dokumentation erforderlich.

*Neues Weiterbildungsgesetz***Ab sofort auch mehrere Facharzttitle führbar**

Seit November ist in Berlin das gleichzeitige Führen mehrerer Facharzttitle auch ohne vorherige Genehmigung möglich. Grund dafür ist die jüngste Novelle des Berliner Weiterbildungsgesetzes vom 17. November 2004. Diese war aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 29.10.2002 (1 BvR 525/99) erforderlich geworden.

Danach ist die Beschränkung auf das Führen von lediglich einem Facharzttitle nicht mehr gesetzeskonform. Auch das Verbot, neben dem Facharzt für Allgemeinmedizin oder dem Praktischen Arzt

noch einen zusätzlichen Facharzttitle führen zu dürfen, ist damit hinfällig. Eine weitere Neureglung betrifft die Umsetzung des EU-Rechts.

Danach sind die Länder der Bundesrepublik verpflichtet, die in der Richtlinie 93/16/ EWG, (zuletzt geändert durch Richtlinie 2001/19) Titel IV geregelte spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin anzuerkennen. Ärztinnen und Ärzten, die diese Ausbildung in den Mitgliedsstaaten durchlaufen haben, ist das Führen der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Allge-

meinmedizin zu gestatten. Darüber hinaus ist es jetzt in Ausnahmefällen möglich, eine Weiterbildung neben der Tätigkeit in eigener Praxis durchzuführen, wenn dies mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist. Die nähere Ausgestaltung dieser Ausnahmeregelung obliegt der Ärztekammer. Wir informieren unsere Leser, wenn es hierzu Entscheidungen gibt.

Durch die obige Gesetzesänderung fällt die Verantwortung für die Weiterbildung im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ in den Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer. Zur weiteren Umsetzung bedarf es eines Nachtrages zur Weiterbildungsordnung, der der zuständigen Senatsverwaltung zur Genehmigung zugeleitet wurde. *mo*

*Azubis***Zwischenprüfungen 2005**

Die nächste Zwischenprüfung für Arzthelferinnen führt die Ärztekammer Berlin am 2. März 2005 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg) durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 31. Januar 2005.

Rückfragen zu den Prüfungen beantworten Frau Hartmann und Frau Vogel: Tel. 40 80 6-2203/ - 2204.

Kongress „Armut und Gesundheit“

Gleiche Gesundheitschancen – Per Gesetz? Per Vertrag?



Gesundheitsförderung und Prävention sind in Bewegung geraten. Würde aber ein Präventionsgesetz helfen, die auch bei uns bestehende Ungleichheit der Gesundheitschancen abzubauen?

Berlins Kammerpräsident äußerte sich dazu recht skeptisch. Im Beitrag zu einer Podiumsdiskussion auf dem 10. bundesweiten Kongress „Armut und Gesundheit“ kritisierte er, dass im Gesetzentwurf nicht gesagt ist, mit wel-

cher Strategie man die wichtigste Zielgruppe eines solchen Gesetzes, die sozioökonomisch Schwachen, überhaupt erreicht. Eigenverantwortung und Selbsthilfe müssten aber bei allen gestärkt werden und, so Jonitz, „das gelingt nicht durch aufgeplusterte Kampagnen des Bundes, die viel Geld kosten, aber nur minimalen Nutzen bringen“.

Für noch wichtiger als die Verhaltensprävention hält er die Verhältnisprävention. Dass es

vor allem ungünstige Lebensumstände sind, die krank machen, auch indem sie Fehlverhalten (wie z.B. das Rauchen) fördern, ist eine wichtige Public-Health-Erkenntnis. „Krankheit macht arm und Armut macht krank“, sagte zu Beginn des Kongresses die ehemalige WHO-Expertin für Gesundheitsförderung, Ilona Kickbusch, jetzt Beraterin des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit.

Der Abstand zwischen Arm und Reich wird überall größer statt kleiner, national und international. Selbst innerhalb Deutschlands hat dieser Abstand sich verdoppelt, zeigt der neueste Armutsbericht. In der Dritten Welt herrscht bittere Armut, nicht

nur auf dem Lande, sondern auch in den städtischen Slums. Die alte WHO-Forderung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ blieb unerfüllt. In den Entwicklungsländern hat sich der Gesundheitszustand sogar verschlechtert, nicht zuletzt durch die Privatisierung öffentlicher Güter, vom Wasser bis zur gesundheitlichen Grundversorgung.

Ilona Kickbusch rief die „Bürger einer Welt“ zum Umdenken auf: „Wir sollten die Umverteilungsprobleme nicht nur national, sondern global sehen. Allein schon die Infektionskrankheiten fordern einen globalen Vertrag zwischen armen und reichen Ländern.“ *R. St.*

Fortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute

Über die Jahre ist sie zu einer Art Institution geworden: Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die auch in diesem Jahr wieder gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert-Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten wird.

Vorrangig richtet sich die von der Bundesärztekammer und der Tierärztekammer anerkannte dreitägige Veranstaltung zwar an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter sowie an die Hygienebeauftragten der Kran-



kenhäuser. Längst nehmen darüber hinaus aber auch Kollegen teil, die in Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien in und um Berlin arbeiten.

Termin für den nächsten Kurs ist der **16. bis 18. März 2005**; Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer Weg 1. Neben den drei Berliner Einrichtungen beteiligen sich im nächsten Jahr eine Reihe weiterer Bundesinstitutionen und die Universität Düsseldorf. Das Programm umfasst Themen aus dem gesundheitlichen Verbraucherschutz, Infektionsschutz, der Gesundheitsförderung und der Umweltmedizin.

DAS PROGRAMM IM EINZELNEN:

Mittwoch, 16.03.2005, 10 bis 17 Uhr

Verbraucherschutz

- Vitamine und Mineralstoffe in Nahrungsergänzungsmitteln – Eine aktuelle Risikobewertung.
- Nicht essenzielle Stoffe in Nahrungsergänzungsmitteln – Besteht ein Risiko für den Verbraucher?
- Von Glukomannan bis Lentinan – Versteckte Risiken für den Verbraucher.
- „Neue“ Krankheitserreger und ihre gesundheitliche Bedeutung am Beispiel von Arcobacter.
- Die neue Zoonosen-Überwachungsrichtlinie und ihr Nutzen für die Risikobewertung.
- Aktuelles zur Antibiotikaresistenz (aus veterinär- und humanmedizinischer Sicht.)

Donnerstag, 17.03.2005, 8.30 bis 16.45 Uhr

Umweltmedizin

- Es liegt was in der Luft – über Duftstoffe im öffentlichen und privaten Bereich.
- Umweltbedingte Kontaktallergien.
- Schwarze Wohnungen – aktuelle Erkenntnisse.
- Arzneimittel im Trinkwasser – Bewertungshinweise für die Überwachung.
- Umweltassoziierte Gesundheitsstörungen.

Infektionsschutz

- Influenza – aktuelle Herausforderungen für den Infektionsschutz.
- Hepatitis B und C – was ist zu melden?
- Masern: Diagnosekontrolle in Zeiten niedriger Maserninzidenz.
- Noroviren – wie verlässlich ist die Diagnose?

Freitag, 18.03.2005, 8.30 bis 15.00 Uhr

- Aktuelles aus der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.
- Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin.
- Probleme und aktueller Stand bei der Erfassung von Impfkomplicationen.
- vCJK-Risiko bei Blut und Blutprodukten.
- Sexuell übertragbare Infektionen – Aktuelle Ergebnisse des STD-Sentinel.
- Übertragung resistenter HIV: Ergebnisse aus der HIV-Serokonverterstudie des Robert-Koch-Instituts.
- Neue Wege zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen.

Die Teilnahme ist kostenlos; eine Anmeldung ist erforderlich. Das Anmeldeformular, eine Übersicht über die teilnehmenden Institutionen sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.bfr.bund.de (Menüpunkt „Veranstaltungen“).

*Ezetimib***Stellenwert**

Nach der Bewertung einer englischen Fachzeitschrift wird eine Kombination von Ezetimib (Ezetrol®), einem selektiven Inhibitor der intestinalen Cholesterinresorption, mit einem Statin im Vergleich zu einer Dosiserhöhung des jeweils eingesetzten Statins (Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravasta-

tin, Simvastatin) weder als ungefährlicher eingeschätzt noch als kostengünstiger. Darüber hinaus ist der Einfluss von Ezetimib, allein oder in Kombination, auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität nicht bekannt. Ezetimib sei derzeit nur eine Option bei Vorliegen einer homozygoten familiären Hypercholesterinämie oder Si-tosterolämie.

Quelle: Drug Ther. Bull 2004; 42: 65

*Isotretinoin***Neue Auflagen des BfArM**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat ergänzende Sicherheitsmaßnahmen für die orale Anwendung von Isotretinoin (Roaccutan®, mehrere Generika) bei schweren Akneformen bei Frauen im gebärfähigen Alter beschlossen. Nachfolgend ein Auszug:

Die Patientinnen müssen, beginnend einen Monat vor der Behandlung, eine, vorzugsweise zwei sich ergänzende Methoden zur Schwangerschaftsver-

hütung anwenden, endend einen Monat nach Behandlungsstopp. Regelmäßige Schwangerschaftstests sind Pflicht.

Die Abgabemenge ist auf einen 30-Tage-Bedarf beschränkt, das Rezept hat eine Gültigkeit von max. 7 Tagen, eine Abgabe von Ärztemustern ist nicht erlaubt. Die Hersteller sind verbindlich verpflichtet, Informationsbroschüren bereitzustellen (Informationen für Patienten und speziell zur Empfängnisverhütung, Leitfaden für Ärzte und Apotheker, Dokumentationsbroschüre).

Quelle: Pharm. Ztg. 2004; 149: 3635

*Estrogene***Reduktion der Fertilität**

In einer australischen Studie wurde untersucht, ob die frühzeitige Gabe von Estrogenen bei Heranwachsenden Einfluss auf die Fertilität hat. Indikation für den Einsatz von Ethinylestradiol/konjugierten Estrogenen (bis 1971 auch Diethylstilbestrol) war die Reduktion des Längenwachstums bei großen Mädchen mit einer geschätzten Größe im Erwachsenenalter von über 177 cm. Erfasst wurden die Daten für den Behandlungszeitraum von 1959 bis 1993. Von 1432 erfassten Individuen konnten

780 (63 %) ausgewertet werden. Behandelte Mädchen hatten eine um 40 % verminderte Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden (berechnete Ratio 0,59, 95% KI 0,46-0,76). Durch längere Versuche, schwanger zu werden und zusätzliche medikamentöse Therapien, unterschieden sich beide Gruppen dann doch nur noch geringfügig, so dass unerwünschte Wirkungen der Estrogene (u.a. Galaktorrhoe, benigne Mammatumore, Thrombose, Ovarialzysten) an Bedeutung gewannen.

Quelle: Lancet 2004; 364: 1513

*Ibuprofen***Pseudodemenz/Delir**

Die Einnahme von 3 x täglich 600 mg Ibuprofen führte bei einem 76-jährigen Patienten nach 3 Wochen zu Verwirrheitszuständen und Gedächtnisstörungen. Nach Absetzen verschwanden die Symptome. Nach 6 Monaten führte die erneute Einnahme von 800 – 1200 mg/Tag Ibuprofen nach einer Woche zu den gleichen Symptomen, die nach Absetzen

wieder verschwanden. Die AkdÄ empfiehlt beim plötzlichen Auftreten kognitiver oder anderer psychiatrischer Störungen (Angstzustände, Halluzinationen u.a.) – insbesondere bei älteren Patienten – an die Einnahme von Ibuprofen oder anderer nicht-steroidaler Antiphlogistika als Ursache zu denken.

Quellen: Dt.Ärztebl. 2004; 101(28-29): C 1663 und 1990; 87(40): C 1817

Anmerkung: In Anbetracht der hohen Verordnungszahlen von Ibuprofen (2003: circa 190 Millionen Tagesdosen) und zusätzlich freiverkäuflich erhältlicher Ibuprofen-haltiger Präparate ist die Nennung von ZNS- oder psychiatrischen Störungen in circa 300 Berichten an die AkdÄ zwar nicht sehr hoch, aber in differenzialtherapeutische Erwägungen einzubeziehen. Benommenheit und Merkfähigkeitsstörungen scheinen nach Aussage eines praktisch tätigen Kollegen häufiger aufzutreten.

An das mögliche Auftreten aseptischer Meningitiden mit Nackensteifigkeit und Bewusstseinsstörungen bis hin zu komatösen Zuständen als weitere akute ZNS-Störung unter der Einnahme von Ibuprofen sei erinnert. Bereits 1990 wies die zuständige Behörde darauf hin.

*Fentanyl***Atemstillstand**

In Kanada wurden zwei Fälle (15-jähriges Mädchen, 14-jähriger Junge) bekannt, bei denen die Anwendung eines Fentanylhaltigen Pflasters (Duragesic®, Generika) unter Außerachtlassung der zugelassenen Indikationen nach 21 bzw. 14 Stunden zum Atemstillstand und Exitus führte. In Kanada wird die Anwendung des Pflaster für Kinder unter 18 Jahren vom Hersteller

nicht empfohlen, kontraindiziert ist die Anwendung bei opioidnaiven Patienten. Die letztgenannten Einschränkungen finden sich in der deutschen Produktinformation nicht: Opioidnaive Patienten können in Deutschland mit der kleinsten Wirkungsstärke beginnen und bei Kindern unter 12 Jahren sollte das Pflaster nur unter strenger Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses angewandt werden.

Quelle: Canad. Adv. React. Newsletter 2004; 14(4): 1

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Per Telefon: 0211/4302-1589, per Fax: 0211/4302-1588, per E-Mail: dr.Hopf@aekno.de

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Editorial von Andreas Grüneisen

BERLINER ÄRZTE 11/2004

Ihre Meinung ist nicht besser als das tägliche Gerede: Missstände beschreiben, Änderungsmöglichkeiten nicht nennen. Sicherlich wissen Sie, wo das Geld – und darum geht es ja – für Verbesserungen herkommen kann/soll. Haben Sie Ihrem Abgeordneten in Berlin, Ihrem Bundestagsabgeordneten, den Petitionsausschüssen Ihre Vorschläge mitgeteilt? Kennen Sie den Unterschied zwischen negativer und positiver Kritik?

Dr. med. R. Kronenberg, 13627 Berlin

Titelthema PSA-Screening

BERLINER ÄRZTE 11/2004

Mit großem Interesse haben wir die umfangreiche Berichterstattung zur PSA-Problematik in der aktuellen Ausgabe (...) gelesen und diskutiert. Wir möchten als Ergänzung (...) eine Möglichkeit aufzeigen, die unter geringem Mehraufwand eine Verbesserung des Parameters PSA erlaubt. Seit der Messung des freien PSA und der Nutzung des Quotienten des freien PSA zum Gesamt-PSA (%fPSA) im Jahr 1996 und der FDA-Zulassung 1998 für das %fPSA im PSA-Bereich 4-10 µg/l hat sich dieser neue Parameter weitestgehend in der Routine etabliert (1,2). Bereits 1997 haben wir Prostatabiopsierichtlinien mit Hilfe des %fPSA unter Berücksichtigung der Einflussgröße Prostataavolumen erstellt (3,4). Um die wechselseitigen

Zusammenhänge zwischen den Messgrößen Gesamt-PSA und %fPSA und den Einflussgrößen Prostataavolumen und Lebensalter des Patienten genauer in die Diagnostik einbeziehen zu können, haben wir ein multivariates Modell zur verbesserten Prostatakarzinomvorhersage erarbeitet (5). Dieses so genannte artifiziale neuronale Netzwerk (ANN) „ProstataClass“ kann die 4 Faktoren zusammen mit dem digital-rektalen Tastbefund besser wichten und eine individuelle Biopsieempfehlung berechnen. Das multizentrisch und mit den Daten an fast 1200 Patienten evaluierte ANN-Programm ist frei zugänglich und auch online benutzbar unter <http://www.charite.de/ch/uro> (6).

Besonders den 3 Kritikpunkten am PSA: 1. Falsch positive Tests, 2. Falsch negative Tests sowie 3. Risiken und Unannehmlichkeiten (wiederholte Biopsien) kann mit Hilfe dieses Programms begegnet werden. Dieses geschieht mit einer verbesserten Selektion der Patienten, die im PSA-Bereich 4-10 µg/l dann tatsächlich biopsiert werden müssen, sowie einer Risikobewertung auch in den niedrigen PSA-Bereichen 2-4 µg/l, wo oftmals Karzinome übersehen werden. Nach neuesten Daten an 2950 biopsierten Patienten mit PSA-Werten < 4 µg/l ist bei 24-27% aller untersuchten Patienten im PSA-Bereich 2-4 µg/l mit einem Karzinom zu rechnen (7). Die Anwendung des Programms bei der Fragestellung einer Wiederholungsbiopsie kann auch hier eine bessere Vorauswahl ermöglichen. (...)

*Dr. med. Carsten Stephan, PD Dr. med. Michael Lein,
Prof. Dr. med. Klaus Jung, Prof. Dr. med. Stefan A. Loening,
Urologie der Charité Campus Mitte, 10098 Berlin*

Literaturliste über die Redaktion BERLINER ÄRZTE: Tel. 40 80 6-1601.

Ernährungsmed



*Viele
Krankheiten lassen sich allein
durch die richtige Ernährung gut in den
Griff bekommen oder doch zumindest in ihrem
Beschwerdebild deutlich bessern. Ernährungsmedizin
ist preiswert und wirkungsvoll, verlangt allerdings eine
exzellente Patientenschulung und eine hohe Compliance.
Da die Ernährungsmedizin in der klassischen Mediziner-
ausbildung leider noch immer kaum vorkommt, ist das
Thema für die ärztliche Fortbildung um so wichtiger.
Grund genug für die Ärztekammer Berlin, der Ernäh-
rungsmedizin im letzten Sommersemester eine
komplette Vorlesungsreihe Innere Medizin zu
widmen. Hier einige ausgewählte
Themen. (Die Red.)*

izin



Ernährungstherapie bei Rheuma

Als additive Therapieoption bei Rheuma hat die Ernährung während des letzten Jahrzehnts große Bedeutung erlangt. Zahlreiche Berichte in der Literatur zeigen, dass Nahrungsmittel als Auslöser der Immunreaktion im Sinne eines Allo-Antigens wirken können. Durch eine geeignete Ernährung kann die bei 40% der Erkrankten bestehende Fehl- und Mangelernährung angegangen, der Entzündungsprozess vermindert und der Osteoporose vorgebeugt werden. Obwohl die Ernährungsintervention nicht die Krankheit heilt, ist eine Besserung des Krankheitsverlaufs, eine etwa 30%ige Einsparung an Medikamenten und eine Verminderung unerwünschter Nebenwirkungen der Arzneimittel zu erzielen.

Von Olaf Adam

Die Pathogenese entzündlich-rheumatischer Erkrankungen ist nicht vollständig geklärt, deshalb sind die Therapiemaßnahmen bisher nur symptomatisch. Ein unbekanntes Allo- oder Autoantigen löst eine Immunreaktion aus, deren Perpetuation durch die Persistenz des Antigens verursacht wird. Die ausgelöste Immunantwort führt zur Entzündung im angegriffenen Gewebe mit Infiltration von Zellen und Freisetzung von Entzündungsmediatoren. Das klinische Korrelat sind die bekannten Entzündungszeichen: Schmerz, Schwellung, Rötung, Überwärmung und Funktionseinschränkung. Als symptomatische Therapie werden Immunsuppressiva, Immunmodulatoren und langfristig wirksame Antirheumatika (LWAR) zur Dämpfung der Immunreaktion eingesetzt.

Glukokortikoide vermindern die Reaktivität immunkompetenter Zellen wie auch die Freisetzung von Entzündungsmediatoren. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSA) sind Hemmstoffe der physiologischen

(COX-1) und induzierbaren (COX-2) Cyclooxygenase (26). Die Immunpathogenese der rheumatoiden Arthritis kann in eine immunologische Reaktion, die durch das Allo-/Autoantigen in B- und T-Lymphozyten ausgelöst wird, und in eine entzündliche Reaktion, die durch Freisetzung von Lymphokinen und Entzündungsmediatoren aus Makrophagen, dendritischen Zellen, monozytären Zellen und Granulozyten charakterisiert ist, eingeteilt werden. Neuere immunologische Immunsuppressiva bewirken eine Verminderung von spezifischen Cytokinen, wie z.B. des TNF- α oder Interleukin-1. Gentherapeutische Immunmodulation durch Zellen, die konstitutiv große Mengen an entzündungshemmenden Cytokinen sezernieren, sind Therapieoptionen der Zukunft.

Das Ziel der therapeutischen Maßnahmen, die fast immer in Kombination eingesetzt werden, ist die Verzögerung des Verlaufs entzündlich-rheumatischer Erkrankungen und die weitgehende Verhinderung des Funktionsverlustes der Gelenke.

Prinzipien der Ernährung

Bei allen Arten rheumatischer Erkrankungen ist auf eine vollwertige Kost nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) zu achten (8). Besonders wichtig ist die ausreichende Zufuhr und der Erhalt von Antioxidantien, Spurenelementen und Mineralsalzen bei der Zubereitung der Speisen. Die bedarfsgerechte Nährstoffzufuhr zielt darauf ab, Über- und Untergewicht zu beseitigen. Untergewichtige Patienten weisen überproportional eine Osteoporose auf, Übergewicht führt zu einer verstärkten Belastung der Gelenke. Die Osteoporoseprophylaxe ist bei allen rheumatischen Erkrankungen indiziert (Tabelle 1).

Zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, wie der rheumatoiden Arthritis, der Psoriasisarthritis sowie der Arthritis bei entzündlichen Darmer-

krankungen sind während der letzten Jahre wegweisende Studien durchgeführt worden. Entzündungshemmend wirkt die Verminderung der Arachidonsäure, die erhöhte Zufuhr der Eicosapentaensäure und ihrer Vorstufe, der Linolensäure, die ausreichende Zufuhr von Spurenelementen und Antioxidantien sowie die Vermeidung entzündungsfördernder Faktoren wie Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuß und Stress.

Diätetische Möglichkeiten der Entzündungshemmung

Prostaglandine und Leukotriene (Eicosanoide) aus Arachidonsäure sind wesentliche Mediatoren der Entzündung, die zur Schwellung und Überwärmung der Gelenke führen. Arachidonsäure kommt nur in Produkten tierischer Provenienz vor, ihre Bioverfügbarkeit entscheidet über das Ausmaß der Bil-

dung von Eicosanoiden (2). In der Literatur finden sich dementsprechend mehr als 150 Studien, die eine Besserung der Arthritis durch eine vegetarische oder vegane Ernährung beschreiben. Neben einer veganen Ernährung wurde eine lacto-vegetarische oder ovo-lacto-vegetabile Ernährung gewählt. Während mit veganer Ernährung keine Arachidonsäure zugeführt wird, sind die Zufuhraten mit den anderen Kostformen variabel. Trotz dieser Einschränkungen kann festgestellt werden, dass die meisten der Studien eine Besserung klinischer Parameter bei rheumatoider Arthritis fanden (14).

Den größten anti-inflammatorischen Effekt haben Eicosapentaensäure (EPA) und Dihomo-Gammalinolensäure (Dihomo-GLA). EPA besitzt eine Doppelbindung mehr und Dihomo-GLA eine Doppelbindung weniger als Arachidonsäure, mit der sie sonst in der Molekülstruktur übereinstimmen. Diese Ähnlichkeit bewirkt eine Kompetition beider Eicosa-Fettsäuren (*eicosa* (griech.) = 20) Kohlenstoffatome in der Fettsäurekette) mit der Arachidonsäure. Zudem werden aus beiden Eicosa-Fettsäuren Eicosanoide mit anti-inflammatorischer Wirkung gebildet.

In der Literatur finden sich sieben doppelblinde, randomisierte und Placebo-kontrollierte Studien mit GLA bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und einige nicht kontrollierte Verlaufsbeobachtungen (1). GLA führt zum Anstieg der Dihomo-GLA, während die Arachidonsäure kaum beeinflusst wird. EPA reichert sich dosisabhängig in den Körperlipiden an und senkt gleichzeitig die Arachidonsäure. Von den sieben vorliegenden GCP (Good-Clinical-Practice)-Studien mit GLA beschreiben sechs eine Besserung der Krankheitssymptome, bei einer Studie fand sich kein Unterschied zur Behandlung mit Placebo. Besonders interessant sind Studien an Patienten mit Reynaud-Phänomen und Sjögren-Syndrom, die eine Besserung der klini-

Tabelle 1: Ernährungsrichtlinien bei rheumatischen Erkrankungen

Erkrankung	Empfohlene Ernährungstherapie
Alle Arten rheumatischer Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • vollwertige Kost nach den Regeln der DGE, mit besonderer Berücksichtigung der Erhalts der Antioxidantien, Spurenelemente und Mineralsalze • Nährstoffverteilung berücksichtigen, Übergewicht und Untergewicht beseitigen, Normalgewicht anstreben • Osteoporoseprophylaxe
Entzündlich-rheumatische Erkrankungen, wie rheumatoide Arthritis, Psoriasisarthritis, Arthritis bei entzündlichen Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • zusätzlich entzündungshemmende Diät mit Modifikation der Fettsäurezufuhr, Eicosapentaensäure zu Beginn 0,9 g/Tag.
rheumatoide Arthritis	<ul style="list-style-type: none"> • zusätzlich Nahrungsmittelunverträglichkeiten ausschließen
Sicca-Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> • Flüssigkeitszufuhr in kleinen Portionen über den Tag verteilt
Ösophagusmotilitätsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichendes Kauen, Nachtrinken

Quelle: Adam O., Ernährungsintervention – Rheumatologie, in: Rabast, U., Kluthe, R., Kasper, H. (Hrsg.), Ernährung und/oder Medikamente – Möglichkeiten und Grenzen

schen Symptomatik durch GLA beschreiben, die mit anderen Therapeutika nicht zu erzielen ist. Auch bei Patienten mit Psoriasisarthritis wird eine Besserung durch GLA beschrieben (25). Aus den vorliegenden Untersuchungen dürfte die erforderliche Dosis bei etwa zwei Gramm GLA pro Tag liegen. Seit 1985 sind mehr als 15 Studien an Patienten mit rheumatoider Arthritis durchgeführt worden, die den GCP-Anforderungen entsprechen (3,4,12, 15-19,20, 22,24).

Obwohl die Dosis der EPA, wie auch deren Präparationen (Äthylester oder Triglyzeride) unterschiedlich waren, zeigten alle Studien eine Besserung der klinischen Entzündungszeichen bei rheumatoider Arthritis und zudem die Möglichkeit, nicht-steroidale Antirheumatika und Kortison einzusparen. Während sich die laborchemischen Parameter der Entzündungsaktivität meist nicht änderten, fand sich in mehreren Studien eine statistisch signifikante Abnahme der Eicosanoide, besonders des Leukotrien B₄, (23). Die erforderliche Dosis der EPA ist aus den vorliegenden Untersuchungen mit ein bis zwei Gramm pro Tag anzunehmen (11).

Bisher liegt nur eine Studie vor, die gleichzeitig GLA und EPA verwendet hat. Hierdurch ließ sich eine Steigerung der anti-entzündlichen Wirkung erzielen. Eine Studie berichtet über die Verdoppelung des Effekts der EPA durch eine arachidonsäurearme Kost (3), die wirksame Menge der EPA konnte auf 0,9 Gramm pro Tag vermindert werden.

Fasten

In mehr als 20 Studien wird über die positive Wirkung der totalen Nahrungskarenz bei Patienten mit rheumatoider Arthritis berichtet. Die Besserung setzt binnen zwei Tagen ein und geht verloren, wenn danach wieder eine übliche Kost eingehalten wird, während eine vegane Ernährung die Besserung über ein Jahr andauern lässt (14). Die Wirkung des Fastens ist wahrscheinlich

auf die fehlende Zufuhr der Arachidonsäure und auf deren geringe Freisetzung aus dem Fettgewebe zurückzuführen. Tatsächlich konnte in einer Untersuchung eine Abnahme der Prostaglandinbiosynthese auf etwa die Hälfte des Ausgangswertes nach zwei Tagen Nahrungskarenz festgestellt werden (3).

Antioxidantien

Die Bildung der Eicosanoide erfordert die Freisetzung der Arachidonsäure aus den Phospholipiden der Zellmembran und deren Umwandlung über die Cyclo- und Lipoxygenase. Von Entzündungszellen (Granulozyten, Makrophagen) gebildete Sauerstoffradikale sind Aktivatoren der Phospholipase und der Oxigenasen, die zudem Sauerstoffradikale als Substrat zur Bildung der Eicosanoide benutzen. Damit kommt dem einzigen lipidlöslichen Antioxidans, dem Vitamin E, eine besondere Bedeutung als Radikalfänger zu.

Im Rahmen des Elektronentransfers in der Redoxkette sind die weiteren Antioxidantien (Vitamin C, Glutathionperoxidase, NADPH, Ubichinone und Flavinoide) wirksam. Untersuchungen an Patienten haben gezeigt, dass regelmäßig der Spiegel des Vitamin E im Plasma, besonders aber in der Gelenkflüssigkeit (Synovia), erniedrigt ist (10). Aus diesen Befunden erscheint eine Supplementierung mit Vitamin E angezeigt, wobei andererseits die nachgewiesene immunstimulierende Wirkung des Vitamin E (Erhöhung der Aktivität der T-Lymphozyten, vermehrte Bildung von Immunglobulinen) den therapeutischen Nutzen einschränkt. Die vorliegenden Studien, bei denen eine alleinige Supplementierung mit RRR*-Tocopherol in unterschiedlichen Dosierungen verwendet wurde, zeigen ein uneinheitliches Bild. Somit kann die alleinige Supplementierung mit Vitamin E in hoher Dosierung nicht empfohlen werden (5). Alle durchgeführten Untersuchungen zeigen erniedrigte Konzentrationen des Selen im Plasma



und in Erythrozytenlipiden bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. Die Supplementierung mit Selen erhöht die Aktivität der Glutathionperoxidase und verbessert die Versorgung mit Selen. Die vorliegenden Studien zeigen mehrheitlich eine Besserung der klinischen Symptomatik durch eine Supplementierung mit Selen, die beste Wirkung wurde bei Patienten im Anfangsstadium der rheumatoiden Arthritis erzielt. In einer Studie wurde die gleichzeitige Supplementierung mit Selen (200 µg pro Tag) und Vitamin E (200 mg pro Tag) untersucht (13). Unter dieser Behandlung kam es zur statistisch signifikanten Abnahme der klinischen Entzündungszeichen und einiger laborchemischer Entzündungsparameter (BKS, CRP, Leukotrien B₄,

Prostaglandinmetabolite). Der Bedarf an Antioxidantien ist bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen höher als bei Gesunden. Die Anämie der chronischen Krankheiten ist durch einen peripheren Eisenmangel gekennzeichnet, der bei der rheumatoiden Arthritis durch die Entzündung bedingt ist. Das Ferritin, der Parameter des Körpereisens, ist dagegen meist erhöht. Wird in dieser Situation Eisen supplementiert, so beobachtet man eine Zunahme des Entzündungsprozesses.

Nahrungsmittel-unverträglichkeiten

Etwa 10% der Patienten mit rheumatoider Arthritis geben an, dass ein Nahrungsmittel die Arthritis verstärken oder sogar auslösen kann. Die am häufigsten als arthritogen bezeichneten Nahrungsmittel sind Fleisch, Milch, Eier, Getreideprodukte und Kaffee (7) (Tab. 2). Da beim wechselvollen Verlauf rheumatischer Erkrankungen die inkriminierten Nährstoffe nur schwer als arthritogen identifiziert werden können, bedarf eine derartige Aussage des Patienten der genauen ärztlichen Kontrolle. Der versuchsweise Ausschluss der inkriminierten Nährstoffe durch den Patienten kann leicht zu einer stark eingeschränkten Lebensmittelauswahl und damit zu einer Fehlernährung führen (9).

Osteoporose

Durch den Entzündungsprozess, durch Medikamente und die Bewegungseinschränkung sind Patienten mit rheumatischen Erkrankungen von Osteoporose bedroht. Besonders die Therapie mit Glukokortikoiden bewirkt in der Initialphase einen erheblichen Kalziumverlust. Deshalb sollte bei jeder Behandlung mit Glukokortikoiden eine Prävention der Osteoporose durchgeführt werden (21). Diese besteht in einer ausreichenden Kalziumzufuhr, einer Verminderung der Phosphatzu-

Tabelle 2: Nahrungsmittel, nach deren Genuss Patienten mit rheumatoider Arthritis eine Zunahme ihrer Gelenkbeschwerden angeben*

Nahrungsmittel	% der Patienten	Nahrungsmittel	% der Patienten
Fleisch	88	Weizen	54
Schwein	39	Hafer	37
Rind	32	Roggen	32
Lamm	17	Kaffee	32
Eier	32	Malz	27
Milch	37	Grapefruit	24
Erdnüsse	20	Tomaten	22
Käse	24	Rohrzucker	20
Butter	17	Zitrone	17
Mais	57	Soja	17

* Mehrfachnennungen möglich (nach Darlington 1993)

fuhr, der Vermeidung von gleichzeitiger Gabe des Kalziums mit Nährstoffen, die viel Phytat oder Oxalat enthalten. Patienten mit Bewegungseinschränkungen, die eine unzureichende Exposition zum UV-Licht haben, bedürfen eine Supplementierung mit Vitamin D₃.

Ernährung und Arzneimitteleinnahme

Obwohl eine Verminderung der Medikamentendosis durch eine Ernährungsintervention möglich ist, darf diese keinesfalls ohne Wissen des behandelnden Arztes durchgeführt werden. Da zahlreiche Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu unkonventionellen Therapieformen tendieren, ist es Aufgabe der Ernährungsmedizin, bei jedem Patienten die Vollwertigkeit der eingehaltenen Kost zu prüfen.

Zudem ist die Prophylaxe gastro-intestinaler Nebenwirkungen durch häufige kleine Mahlzeiten erforderlich und der Patient ist über Zusammenhänge zwischen Medikamenteneinnahme und Nahrungszufuhr zu beraten. Säurebindende Antacida sollen zwischen den Mahlzeiten und niemals zusammen mit anderen Arzneimitteln eingenommen werden. Kortikoide werden nach Angabe des Arztes zur Mahlzeit

genommen. Im Schub der Krankheit empfiehlt es sich, die Morgendosis des Kortison mit einem Glas Milch oder Joghurt ans Bett zu stellen und vor dem Aufstehen einzunehmen. Methotrexat sollte etwa eine halbe Stunde vor der Mahlzeit mit einem Glas Wasser genommen werden, um die vollständige Aufnahme aus dem Darm zu gewährleisten.

Die praktischen Richtlinien der Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen sind in der Literatur ausführlich beschrieben (2). Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Ernährung nicht nur symptomatisch eine Besserung bringt, sondern den Langzeitverlauf der rheumatoiden Arthritis günstig beeinflusst. Deshalb ist die Ernährung ein integraler Bestandteil des Krankheitsmanagements bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de

Verfasser:

Prof. Dr. med. Olaf Adam
c/o Walther-Straub-Institut
Ludwig-Maximilians-Universität
Goethestr. 33,
80336 München

Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wird in unserer Gesellschaft zunehmend als komplexes Problem erkannt. Um der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken, bedarf es eines multidisziplinären Ansatzes, in dem die Ernährung nur ein „Puzzlesteinchen“ neben vielen anderen darstellt. Veränderungen im Essverhalten (z.B. weniger gemeinsame Mahlzeiten), in der Nährstoffzusammensetzung (besonders bei den so genannten „Kinderlebensmitteln“ mit hohem Zucker- und Fettgehalt) und die Erhöhung der Portionsmengen führen zu einer überproportionalen Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen. Gleichzeitig ist ein durch Studien belegter Trend zu verringerter Alltagsaktivität und erhöhtem Fernseh- bzw. Computerkonsum bei den Betroffenen zu verzeichnen. Wichtig für Veränderungen ist der Weg der kleinen Schritte in den verschiedensten Bereichen und die Bereitschaft und Offenheit für Veränderung, die alle fordert – ein gesellschaftlicher Auftrag!

Von Elke Lipphardt

Die Zahl an übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen hat in den letzten 25 Jahren zugenommen, dies zeigen Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen aus ganz Deutschland (1). In Berlin ist ebenfalls eine besorgniserregende Zunahme an adipösen Einschülern zu verzeichnen. Daten aus der Gesundheitsberichterstattung Berlin 2003 zeigen, dass die Adipositas bei Einschülern im Jahr 1985 noch bei ca. 3 Prozent lag und bis 2001 auf 12,6 Prozent anstieg (2).

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) gilt Adipositas als häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter (3). Ergebnisse von Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass bereits die Hälfte der adipösen Kinder und Jugendlichen mindestens eine Folgeerkrankung (Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus Typ 2, orthopädische Komplikationen) oder einen weiteren Risikofaktor (z.B. Hyperinsulinismus) aufweisen (4). Für Kinder und Jugendliche gelten aufgrund von alters-, geschlechts- und ent-

wicklungsabhängigen Veränderungen der Körpermasse nicht die starren Grenzwerte wie bei Erwachsenen (Übergewicht (BMI > 25 kg/m²) und Adipositas (> 30 kg/m²)). Es wurden altersabhängige Perzentilen aus verschiedenen BMI-Referenzpopulationen entwickelt. Zur deutschlandweiten Nutzung werden die Referenzwerte nach Kromeyer-Hausschild von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfohlen. Unabhängig von den Referenzwerten wird als Übergewicht bezeichnet, wenn der BMI-Wert oberhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile liegt. Von Adipositas wird gesprochen, wenn der BMI-Wert oberhalb der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile liegt (5).

Risikogruppen

Besonders Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien sind von Adipositas betroffen. Laut erstem Armuts- und Reichtumsbericht von 2001

bewegen sie sich weniger, ernähren sich ungesünder und haben somit ein zweifach höheres Gesundheitsrisiko als Kinder aus höheren sozialen Schichten (6,7). Zahlen aus dem Gesundheitsbericht 2003 Berlin zeigen, dass adipöse Kinder im Einschulalter deutscher Herkunft zu 15,7 % aus Familien der unteren sozialen Schicht und nur zu 8,8 % aus der oberen sozialen Schicht stammen. Zu beobachten ist jedoch eine besonders hohe Anzahl an stark übergewichtigen türkischen Kindern. Zum Einschulzeitpunkt waren 22,7 % von ihnen adipös (8). Kinder anderer Nationalitäten zeigten keine signifikanten Unterschiede der Adipositas in Bezug auf ihre Schichtzugehörigkeit.

Ursachen

Kinder von adipösen Eltern haben ein hohes Risiko auch übergewichtig zu werden bzw. als Erwachsener adipös zu sein. Erbanlagen (Gene) und Hormone steuern das Gewicht, trotzdem sind neben der Vererbung auch Veränderungen der Lebensbedingungen sowie eine ungünstige Lebensmittelauswahl und psychosoziale Probleme Haupteinflussfaktoren für die Adipositas (9). Aufgrund der vielfältigen Probleme bedarf es bei der Adipositas eines multidisziplinären Ansatzes. Dabei stellt die Ernährung nur einen Teilbereich der Betreuung dar.

Ernährung/ Lebensmittelauswahl

Bei adipösen Kindern und Jugendlichen gestaltet sich die Lebensmittelauswahl oftmals ungünstig. Sie bevorzugen Lebensmittel mit einer hohen Nährstoffdichte und geringem Sättigungsgrad. Dies sind zum einen Softdrinks, wie Eistee, Limonaden, Cola etc., sowie fettreiche Lebensmittel (Salami, Leberwurst etc.) oder Lebensmittel aus dem Fast-Food-Bereich (Pizza, Burger, Pommes etc.).

Zudem vermitteln so genannte „Kinderlebensmittel“ den Eindruck, dass sie be-

sonders gesund seien. Dabei enthalten gerade diese mehr Fett oder Zucker als andere Lebensmittel, wie neueste Untersuchungen der Stiftung Warentest aufzeigen (10). Frühstückscerealien, wie zum Beispiel Froot Loops enthalten 40 Prozent Zucker und wenig Ballaststoffe. Eine bessere Alternative dazu wäre wenig gezuckerte Cornflakes gemischt mit Haferflocken zu verwenden. Einen ebenso hohen Zuckergehalt haben Milchprodukte wie das Danone-Milchmisch-Getränk „FrumixX“. Die zugesetzte Menge an Zucker entspricht laut optimierter Mischkost des Forschungsinstitutes für Kinderernährung der empfohlenen Tageshöchstmenge an zugesetztem Zucker für Schulkinder. Ein weiteres Problem ist der Umgang mit Fast-Food-Produkten wie Döner, Pizza etc., wenn diese auf dem Weg von der Schule nach Hause oder zwischendurch verzehrt werden. Aufgrund ihrer hohen Energiedichte entsprechen sie einer kompletten Mahlzeit/Hauptmahlzeit, werden aber oftmals als Zwischenmahlzeit und nicht als Hauptmahlzeit wahrgenommen.

Mahlzeitenstruktur und Änderung im Essverhalten

Die Häufigkeit der Mahlzeiten und besonders das Frühstück hat Einfluss auf unsere Leistungsfähigkeit. Eine dänische

Studie bei 10-jährigen Schülern und Schülerinnen bestätigte den positiven Effekt eines adäquaten Frühstücks auf die Kreativität (11). Besonders am Vormittag, wenn die Energiespeicher durch die lange Schlafphase geleert sind, müssen diese wieder gefüllt werden. Die Erfahrungswerte aus unserem Klinikalltag besagen, dass adipöse Kinder und Jugendliche in der Regel nicht frühstücken und/oder in der Schule nichts essen und sich die Aufnahme der Nahrung in den Nachmittag verlagert. Dadurch ist Heißhunger vorprogrammiert und es folgt eine permanente Nahrungsaufnahme vom Nachmittag bis in den Abend. Zudem werden Mahlzeiten nicht mehr in der Familie eingenommen; jeder isst für sich allein, häufig vor dem Fernseher. Die so genannte „soziale Kontrolle“ entfällt, die Eltern haben keinen Überblick mehr, was und wieviel ihre Kinder essen und trinken.

Als außerordentlich problematisch ist die Abnahme an Geschmackempfinden zu beobachten. Je mehr süße Getränke bzw. zuckerreiche Lebensmittel adipöse Kinder und Jugendliche konsumieren, um so weniger werden Obst und Gemüse verzehrt. Nach dem Genuss von Limonaden oder Lightgetränken wird der Biss in den Apfel als sauer empfunden und gemieden. Zum anderen ist die Bereit-

schaft von Eltern, die Geschmacksvielfalt von Obst und Gemüse auszuprobieren und anzubieten, oft sehr gering. Besonders dann, wenn sie selber Obst und Gemüse eher meiden. Ein anderes Problem ist der Umgang mit naturbelassenen Lebensmitteln, da die häuslicheren Fähigkeiten eingeschränkt oder nicht vorhanden sind. Es bedarf einer Schulung auf allen Ebenen, sowohl der Erprobung der Geschmacksvielfalt, der Mahlzeitenzubereitung als auch der Bevorratung von energiearmen sättigenden Lebensmitteln.

In den letzten Jahren zeigen sich Veränderungen in den Packungsgrößen von Lebensmitteln. Die Lebensmittelindustrie stellt größere Portionen her, z.B. bei Schokoladenriegeln, wie „Kingsize Lion“ mit 69 g, früher noch 45 g schwer. Damit liefert der Schokoriegel 1/6 der Tagesenergie bzw. 1/3 der Tagesfettmenge eines 12-jährigen Kindes. In Amerika ist dieser Trend schon länger zu sehen, hier zeigen Studien, dass die Größe von Softdrinks in Fast Food Ketten von 1950 bis 1998 von 150 ml auf 550 ml zugenommen hat. Ebenso zeigen Studien, dass pro zusätzlicher Portion (von ca. 170 ml eines softhaltigen Getränkes) die Häufigkeit an Adipositas zunimmt bzw. der BMI um 0,24 kg/m² steigt (12).

Eine Möglichkeit der Veränderung im Ernährungsbereich ist es Lebensmittel mit geringerem Fettgehalt zu verwenden. Die Auswertung von Ernährungsprotokollen der Donald Studie des Forschungsinstitutes für Kinderernährung (FKE) zeigt, dass Kinder und Jugendliche im Allgemeinen zu viel Fett, vor allem gesättigte Fettsäuren zu sich nehmen. Daher empfiehlt das FKE Milch (3,5 % - Vollmilch) durch fettarme Milch mit 1,5 % Fettanteil auszutauschen. Die fettarme Milch enthält ebensoviel Calcium, Vitamin B2 und B12 wie Vollmilch, der geringere Anteil an Vitamin A und E kann gut durch eine ausgewogene Ernährung ausgeglichen werden. Weitere Möglichkeiten Fett einzusparen ist der Austausch, z.B. von Chips durch Salzstangen, Softeis durch Wassereis, Schokoladenmüsli durch Früchtemüsli usw.

Tabelle 1: Unterschätzter Zuckergehalt von Lebensmitteln

Lebensmittel	Kohlenhydratanteil (Zuckergehalt gesamt) ¹	Anteile in Würfelzuckerstücken (gesamt)
1 Glas Saft 200 ml (100 % Fruchtzucker)	18 g	7
1 Glas Eistee 200 ml	20 g	8
1 Glas Cola 200 ml	23 g	9
50 g Yoghurt-Gums® (1 Tagesportion Süßigkeit für 12-Jährige)	38 g	15
FrumixX	35 g	14
Joghurt Drink 250 ml		
Fruchtzwerge	15,6 g	6
Joghurt 100 g		

¹Quelle: Nährwertangaben auf den Verpackungen Kohlenhydrate, wie Milchzucker, Fruchtzucker und Haushaltszucker wurden beim Zuckergehalt gleich bewertet, da sie alle den gleichen Kaloriengehalt (4 kcal pro Gramm) liefern
¹ Würfelzucker entspricht circa 2,5 Gramm Zucker

Tabelle 2: Adipositas-begünstigende Faktoren

Begünstigende Faktoren	Entgegenwirkende Faktoren
kein Frühstück vor und in der Schule Mahlzeiteinnahme allein Portionsgrößen + Familienaktionen - Energiereiche Zwischenmahlzeiten Computer-/ Fernsehkonsum > 2 Stunden pro Tag Psychosoziale Probleme Auflösende Familienstrukturen	regelmäßiges Frühstück Gemeinsame Mahlzeiten Portionsgrößen - Familienaktionen + Energiearme Zwischenmahlzeiten Computer-/ Fernsehkonsum < 1,5 Stunden pro Tag Selbstvertrauen/ „stabile Persönlichkeit“ „intakte“ Familien

Kinderpyramide

Für die Schulung einer ausgewogenen Ernährung dient die Kinderpyramide. Sie kann als 4-farbige Graphik aus dem Internet heruntergeladen werden (www.aid.de/ernaehrung/aid-pyramide_kids_cfm). Die Pyramide basiert auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen der optimierten Mischkost (optimiX) des Forschungsinstituts für Kinderernährung und kann sowohl in der Prävention als auch in der Beratung von adipösen Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Die Pyramide ist in verschiedene Lebensmittelgruppen unterteilt und mit unterschiedlichen Farben gekennzeichnet, die das Ampelsystem widerspiegeln und Portionsmengen vorgeben.

Danach gibt es den grünen Bereich (reichlich) für energiearme Getränke (Tee, Wasser, Säfte – Menge ist begrenzt aufgrund des hohen Fruchtzuckergehaltes) sowie pflanzliche Lebensmittel wie Getreideprodukte, Kartoffeln, Obst und Gemüse.

Tierische Lebensmittel bilden den gelben Bereich und sind mäßig zu verzehren, wie Milch und Milchprodukte, Fleisch, Wurst, Fisch und Eier. Fettreiche Lebensmittel sind rot markiert und fordern einen sparsamen Umgang mit Speisefetten, Süßigkeiten, Limonaden und „Knabbersachen“.

Körperliche Aktivität

Ein weiterer wichtiger „Baustein“, der die Adipositas im Kindes- und Jugendalter fördert, ist die Abnahme der körperlichen Aktivität. Sowohl die Zunahme an Fernseh- und Computerkonsum, als auch die Abnahme an Alltagsbewegung (Fahrstuhl fahren statt Treppen laufen, mit dem Auto gefahren werden statt selbst mit dem Fahrrad zur Schule zu fahren) sowie weniger Sport wirken sich ungünstig auf das Körpergewicht aus.

Übergewichtige Kinder verbringen täglich oft mehr als 2 Stunden vor dem Fernseher bzw. Computer, bei nichtübergewichtigen

Kindern liegt der Fernseh- und Computerkonsum unter 1,5 Stunden pro Tag (13). Erfindungen wie das Handy oder die Rolltreppe verhindern kleine Schritte im Alltag und führen zu Inaktivität. Eltern, die sich selbst eher ungerne bewegen, leben ihren Kindern ihre Inaktivität vor. Aktive Eltern haben in der Regel auch aktive Kinder. Bei adipösen Kindern und Jugendlichen ist die Bewegung häufig an negative Erfahrungen gekoppelt. Beim Schulsport werden sie oftmals gehänselt oder überfordert. Schon bei alltäglicher Bewegung kommen sie schnell an ihre körperlichen Grenzen, wie zum Beispiel beim täglichen Treppen steigen. Eine Bewegungart zu finden, die diesen Kindern Spaß macht und nicht eine Überforderung darstellt, sowie „Spielregeln“ im Umgang mit Fernsehen oder Computer, sind Aufgaben, die sowohl mit den Eltern als auch mit den Kindern gemeinsam gelöst werden müssen.

Bereits eine 30-minütige tägliche Aktivität senkt das Risiko an einem metabolischen Syndrom oder einer Koronaren Herzkrankheit zu erkranken erheblich. Untersuchungen zeigen, dass für die Verhinderung einer überproportionalen Gewichtszunahme eine tägliche körperliche Aktivität von 60 bis 90 Minuten notwendig ist (14).

Prävention und Therapie

Eltern, Kindergartenmitarbeiter, Lehrer, Kinder- und Jugendärzte sowie die hausärztliche Versorgung müssen in die Prävention miteinbezogen werden. Wünschenswert ist eine verstärkte schulische Ernährungs-erziehung, bei der zum Beispiel das Erlernen haus-älterischer Fä-

higkeiten (wie das Kochen oder Backen) vermittelt wird. Aber auch gesundheitsfördernde Voraussetzungen müssen geschaffen werden. Ein Beitrag dazu wäre aus politischer Sicht die Schaffung von Ganztagschulen, die einen strukturierten Tagesablauf mit regelmäßigen Mahlzeiten und einer ausgewogenen Ernährung bieten. So könnten sich möglicherweise wieder die Strukturen bilden, die in vielen Familien aufgrund von unterschiedlichen Arbeitszeiten, Veränderungen in der Familiensituation etc. verloren gegangen sind. Ausgesuchte Beispiele für Faktoren, die eine Adipositas im Kindes- und Jugendalter begünstigen bzw. ihr entgegenwirken, werden in Tabelle 2 (Seite 21) dargestellt .

Die Konsensusgruppe Adipositasschulung (KgAS), eine Arbeitsgruppe der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) befasst sich mit der Therapie von adipösen Kindern und Jugendlichen. Sie gründete sich 1999 und besteht aus 28 verschiedenen Einrichtungen (stationäre, ambulante, etc.) aus ganz Deutschland. Die KgAS hat es sich zur Aufgabe gemacht, Qualitätsstandards in der Schulung von adipösen Kindern und Jugendlichen zu entwickeln. Dazu wurde ein Trainermanual entwickelt, welches die Komplexität der langfristigen Adipositastherapie widerspiegelt und für Adipositrainer gedacht ist. Das Schulungskonzept besteht aus fünf Bereichen: Medizin, Psychosoziales, körperliche Aktivität und Sport sowie der Elternschulung (www.kgas.de). Anhand dieses Schulungskonzeptes wird sichtbar, wie komplex die Therapie einerseits und wie wichtig der multidisziplinäre Ansatz andererseits im Betreuungskonzept adipöser Kinder und Jugendlicher ist.

Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de

Verfasserin:

Dipl. oec. troph. (FH) Elke Lipphardt
c/o Charité-Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum Kinderpoliklinik, BABELUGA, Ernährungsberatung
Adipositas
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Ernährungstherapie im Alter

Der Alterungsprozess ist durch eine Vielzahl von Veränderungen geprägt, die nicht nur die Mobilität betreffen, sondern auch die Sinne, die kardio-pulmonale Belastbarkeit und die geistige Leistungsfähigkeit. Eine wesentliche Folge des Alterns ist ein Rückgang der Selbstständigkeit, der bis zur Pflegebedürftigkeit führen kann. Bei diesen physiologischen Abläufen spielen die Ernährung und der Erhalt der Körpermasse eine zentrale Rolle.

Von Romana Lenzen-Großimlinghaus

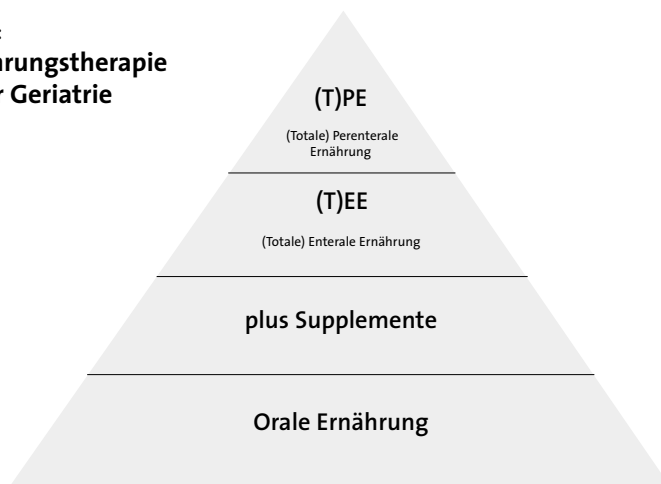
Zwischen alten und jungen Menschen bestehen eindeutige Unterschiede in den Kompensationsmechanismen auf Unter- und Überernährung, wie Roberts in einer groß angelegten Studie nachweisen konnte. Während einer dreiwöchigen Überernährung um täglich +1000 kcal bezogen auf den zuvor bestimmten normalen Bedarf kam es sowohl in der jungen Studiengruppe (Alter 27 Jahre) als auch in der alten Studiengruppe (Alter 70 Jahre) im Laufe des Untersuchungszeitraums zu einer signifikanten Gewichtszunahme. Nach Beendigung der Überernährung und anschließender freier Nahrungsaufnahme ad libitum reduzierten die jungen Probanden umgehend die Kalorienaufnahme und normalisierten ihr Gewicht, wogegen die alten Studienteilnehmer die erhöhte Kalorienzufuhr fortsetzten und es zu keiner wesentlichen Gewichtsveränderung kam.

Analoge Ergebnisse ergaben sich nach einer systematischen dreiwöchigen Unterernährung um täglich -800 kcal. Nach Beendigung dieser Untersuchungsphase, die in beiden Gruppen zu einer Gewichtsreduktion geführt hatte, konnten die jungen Probanden den Gewichtsverlust in kurzer Zeit durch vermehrte Kalorienaufnahme wieder kompensieren; die alten Studienteilnehmer steigerten dagegen nicht die Kalorienzufuhr und konnten so die entstandenen Defizite nicht wieder ausgleichen.

Diese Ergebnisse weisen auf die hohe Gefahr einer schon kurzfristigen (nur 3 Wochen!) Mangelernährung im Alter hin, die durch den alten Menschen nicht selbstständig aufgeholt werden kann. Die Ursachen liegen in altersabhängigen Veränderungen des Stoffwechsels und der Appetitregulation. Tritt manifeste Mangelernährung auf, so wird beim alten Menschen signifikant mehr fettfreie Masse – also Muskeln, Knochen und andere Eiweißkompartimente – abgebaut als beim jungen Menschen. Der Wiederaufbau von Körpermasse erfordert zudem bei eingetretener Malnutrition im Alter mehr Energie bezogen auf die fettfreie Masse und nimmt mit abnehmendem Body-Mass-Index noch zu. Daraus ergibt sich als eine wichtige Strategie der Ernährungstherapie im Alter die frühzeitige Diagnostik und nach Möglichkeit Prävention der Malnutrition.

Die Durchführung der Ernährungstherapie folgt einem allgemeingültigen Schema, das sich wie eine Pyramide aufbaut (Abb. 1 rechte Seite). Die Basis stellt immer die orale Ernährung dar, die bei alten Menschen zunächst durch die Sicherung der Lebensmittel-Zufuhr und ihrer Zubereitung sowie durch Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Griffverdickungen oder abgewinkelten Griffen, gesichert werden muss. Richtwerte für die Kalorien- und Flüssigkeitsaufnahme für

Abb. 1:
**Ernährungstherapie
in der Geriatrie**



Senioren liegen bei täglich 30 kcal/kg KG und 30 ml/kg KG. Reicht die normale Nahrungsaufnahme zur Deckung des Nährstoffbedarfs nicht aus, so sollten Supplemente zum Einsatz kommen. Hierbei handelt es sich um konzentrierte Trinklösungen, die zwischen den Mahlzeiten zusätzlich eingenommen werden, oder um geschmacksneutrale Pulver, die den Speisen beigemischt werden, um die Nährstoffdichte und Qualität zu erhöhen.

Durch diese Zusätze kann der Ernährungszustand älterer Menschen signifikant verbessert werden, wobei die Nebenwirkung der vermehrten Sättigung sowie das Auftreten von Diarrhöe und Blähungen berücksichtigt werden müssen. Treten gravierende Gründe auf, die auch diese schon optimierte Ernährungsform nicht zulassen, so muss die Ernährung enteral erfolgen, sei es über eine nasal eingelegte Sonde oder über eine meist endoskopisch platzierte perkutane Gastrostomie oder Jejunostomie. Nur in seltenen Fällen muss die Ernährung alter Menschen als ultima ratio pa-

renteral durchgeführt werden. Die Ziele der Ernährungstherapie im Alter umfassen

- Verbesserung der Nährstoffzufuhr (qualitativ, quantitativ)
- Erhalt/Verbesserung des Ernährungszustands
- Reduktion von Morbidität und Mortalität
- Erhalt/Verbesserung der Funktionalität/ Rehabilitationsfähigkeit
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität

Der gesunde alte Mensch

Was kann die Ernährungstherapie bei gesunden alten Menschen erreichen? Fiatarone wies die Effekte einer oralen Supplementierung mit und ohne gleichzeitige Krankengymnastik bei gesunden Pflegeheimbewohnern (Alter 87 Jahre) nach. Die Gabe von Supplementen führte zwar zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes, jedoch erst die gleichzeitige körperliche Aktivierung

konnte die Muskelkraft und damit die Selbstständigkeit der Studienteilnehmer verbessern. Hierbei ergab sich ein synergistischer Effekt von oralen Supplementen und Krankengymnastik.

Im Gegensatz zum körperlichen Zustand, der auch im Alter noch positiv beeinflussbar ist, kann die geistige Leistungsfähigkeit im Alter per se nicht verändert werden. Wichtig ist das Ausgangsniveau, welches in jungen Jahren erreicht worden ist. Intensive geistige Arbeit mit hohem Gedächtnistraining im jungen Erwachsenenalter mildert die Kapazitätsverluste im Alter. Zusätzlich sollte der alternde Mensch seinen Geist durch kreative Hobbys, regelmäßigen sozialen Kontakt und geistigen Austausch mit verschiedenen Generationen fördern. Eine „Gehirn-Diät“ gibt es nicht. Ausreichende Ruhephasen zwischen den kreativen Phasen bei ausgeglichener Ernährung mit ausreichender Flüssigkeit, reichlich Ballaststoffen und Mikronährstoffen stabilisieren das biologische und geistige Gleichgewicht im Alter.

Der geriatrische Patient

Geriatrische Patienten sind dagegen durch das gleichzeitige Auftreten verschiedener Erkrankungen und eine dadurch zusätzlich erheblich eingeschränkte Selbstständigkeit charakterisiert. Mangelernährung tritt bei diesen Menschen häufig als komplizierender Faktor hinzu. Damit kommt der Ernährungstherapie in der Geriatrie ein besonderer Stellenwert zu. Das oben beschriebene abgestufte Ernährungskonzept von oraler Ernährung mit und ohne Supplemente über die enterale Ernährung bis zur parenteralen Ernährung findet hier seine Anwendung. Die enterale Ernährung findet ihre Indikationen in erster Linie bei



Erkrankungen mit gestörter Schluckfunktion, sei es infolge einer neurologischen oder onkologischen Erkrankung oder bei Vigilanzstörungen, wie beim Apallischen Syndrom. Der Vorteil der enteralen Ernährung liegt in der kontinuierlichen Nutzung des Gastrointestinal-Traktes, so dass die Ernährungsphysiologie und die intestinalen immunologischen Prozesse nicht beeinträchtigt werden. Beim Patienten mit Apoplex und Dysphagie müssen einige Details berücksichtigt werden, die den Zeitpunkt des Beginns der enteralen Ernährung mit beeinflussen.

Drei Studien zum natürlichen Verlauf der Dysphagie bei Schlaganfall zeigen, dass die spontane Remissionsrate der Schluckstörung in den ersten 7-14 Tagen nach dem Akutereignis zwischen 73 % und 86 % liegt, wobei nach klinischer Beobachtung die Prognose der Dysphagie bei

Media-Infarkten besser scheint als bei Hirnstamm-Infarkten. Bleibt die schwerwiegende Schluckstörung länger als 14 Tage nach dem Akutereignis bestehen, so sollte umgehend die PEG-Anlage zur Sicherung der langfristigen Nährstoffzufuhr erfolgen. Auch der M. Parkinson weist in circa 50 % der Fälle eine Dysphagie auf. Videofluoroskopische Untersuchungen zeigen in mehr als 95 % rezidivierende Aspirationen, wobei die Schwere der Schluckstörung nicht mit der Schwere der Parkinson-Erkrankung korreliert. Zusätzliche Probleme beim Parkinson-Patienten bestehen in der vermehrten Salivation, einer gestörten Willkürmotorik und Koordination. Auch diese Patienten bedürfen in manchen Fällen der enteralen Ernährung über eine PEG.

Ernährung bei Demenz

Besondere Probleme ergeben sich bei der Frage der Ernährungstherapie bei Demenz-Patienten. Der Krankheitsprozess der Demenz ist durch einen schleichenen Beginn und eine unaufhaltsame Progredienz bis zum Tod gekennzeichnet, wobei im Verlauf der Antrieb zum Essen und Trinken, aber auch die Fähigkeit dazu verschwindet. Bei diesen Patienten muss sehr sorgfältig die Diskussion um den Nutzen einer eventuellen enteralen Ernährung geführt werden. Da die Demenz-Patienten in der Regel nicht mehr die Entscheidung für diese Therapie treffen können, muss sie gemeinsam mit den Angehörigen, dem gesetzlichen Betreuer und ggfs. dem Vormundschaftsgericht herbeigeführt werden. Folgende Aspekte sollten in dem Entscheidungsprozess berücksichtigt werden:

- früher festgelegter oder mutmaßlicher Wille des Patienten
- der aktuelle Zustand des Patienten und seine Prognose
- die Lebensqualität des Patienten
- ethische Richtlinien
- Vor- und Nachteile der geplanten Methode
- zu erwartende Risiken der Ernährungstherapie

Im Rahmen der „Leitlinie Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation“ der DGEM und der DGG wurden die bisher publizierten Ergebnisse zur Ernährungstherapie bei Demenz-Patienten wie folgt zusammengefasst: „Orale Supplemente oder Sondenernährung führen bei dementen Patienten zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes. Obwohl Auswirkungen einer Ernährungstherapie auf die Überlebenszeit und funktionelle Parameter bisher nicht adäquat untersucht sind, werden orale Supplemente bei Demenzkranken in frühen und mittleren Krankheitsstadien empfohlen. Die Entscheidung für Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz bleibt eine Einzelfallentscheidung. Für final demente Patienten wird Sondenernährung nicht empfohlen.“

Orale Ernährungstherapie ist aufgrund der Multimorbidität und der verlangsamten Abläufe beim geriatrischen Patienten häufig schwierig und damit anspruchsvoll und zeitintensiv. Im Zeitalter abnehmender finanzieller und damit auch personeller Ressourcen kann es trotzdem keine akzeptable Indikation darstellen, die Ernährung eines alternden Menschen zum Zweck der Pflegeerleichterung oder zur Zeitersparnis durch die enterale Applikation von Sondenkost sicherzustellen.

Der Einsatz von parenteraler Ernährung erfolgt auch in der Geriatrie nur nach strengen Therapie-Leitlinien der zugrunde liegenden Erkrankungen. Meistens handelt es sich um onkologische Diagnosen oder um schwere Malabsorptions-/Malassimilationssyndrome. Geriatrie-spezifische Indikationen für Parenterale Ernährung gibt es nicht.

Literatur in der Internet-Version dieses Beitrags unter www.aerztekammer-berlin.de

Verfasserin:

PD Dr. med. Romana Lenzen-Großimlinghaus
 Ärztliche Leiterin Ev. Krankenhaus für Geriatrie
 Weinbergstr. 18-19, 14469 Potsdam

Wechsel der Ärzteversorgung

Zum 1. Januar 2005 trat eine wichtige Neuregelung in Kraft, von der alle Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke, insbesondere auch die Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung, betroffen sind, wenn sie ihre ärztliche Tätigkeit in ein anderes Bundesland verlagern. Ab sofort muss in solchen Fällen auch das Versorgungswerk gewechselt werden.

Die Möglichkeit im bisher zuständigen Versorgungswerk die Mitgliedschaft freiwillig fortzuführen, entfällt ab sofort.

Der Systemwechsel ist in erster Linie auf die Einbeziehung der Versorgungswerke in den Geltungsbereich der EU-Koordinierungsrichtlinie VO 1408/71 zurückzuführen, die besagt, dass Versicherungspflicht im Sicherungssystem des Tätigkeitslandes besteht.

Wie war es bisher?

Zog ein Mitglied der Berliner Ärzteversorgung zum Beispiel nach Frankfurt/M., konnte die Ärztin/der Arzt zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:

1. Fortführung der Mitgliedschaft in der Berliner Ärzteversorgung und Befreiung von der einsetzenden Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk des neuen Tätigkeitsortes (im Beispiel: Hessen).
2. Überleitung aller bisher in die Berliner Ärzteversorgung eingezahlten Beiträge an das für den Tätigkeitsort zu zuständige Versorgungswerk.

Viele wegziehende Mitglieder blieben in der Vergangenheit ihrem Versorgungswerk treu. Im Jahr 2002 entschieden sich 89,5 % und im Jahr 2003 wieder 85,2 % der wegziehenden Mitglieder für einen Verbleib in der

Berliner Ärzteversorgung. Diese Zahlen sprachen für das hohe Rentenniveau und die kompetente Betreuung im Berliner Versorgungswerk.

Fast alle ärztlichen Versorgungswerke haben zum 1. Januar 2005 die bisher bestehenden Überleitungsabkommen gekündigt und per Satzungsänderung die Fortführung der Mitgliedschaft im bisher zuständigen Versorgungswerk für den Tatbestand des Kammerbereichswechsels eingeschränkt oder ausgeschlossen. Nur mit den Versorgungswerken Bremen, Koblenz und Saarland bleibt die Möglichkeit der Beitragsüberleitung auf Antrag erhalten.

Die neue Rechtslage

Grundsätzlich tritt künftig für alle Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke eine Pflichtmitgliedschaft in dem Versorgungswerk ein, das für den Ort der Berufsausübung zuständig ist. Die Pflichtmitgliedschaft in dem bisher zuständigen Versorgungswerk erlischt, es sei denn, sie wird (zusätzlich zur einsetzenden Pflichtmitgliedschaft im neu zuständigen Versorgungswerk), zum Beispiel durch Zahlung eines Mindestbeitrages aufrechterhalten. Verbindliche Auskünfte über die neuen Satzungsregelungen kann nur das jeweils zuständige Versorgungswerk erteilen.

Anwartschaften, die in der Berliner Ärzteversorgung erworben wurden, bleiben als so genannte beitragsfreie Anwartschaften bestehen und führen später zu einem (Teil-) Rentenanspruch. Von allen weiteren zuständigen Versorgungswerken erhält der Betreffende im Leistungsfall ebenfalls eine (Teil-) Rente. Der summierte Anspruch aus mehreren Versorgungswerken wird in den meisten Fällen niedriger sein, als der bisher von der Berliner Ärzteversorgung zu erwartende Rentenanspruch. In Ausnahmefällen kann dieses Verfahren aber auch zu einem höheren Anspruch als bisher führen.

Einzelheiten müssen noch zwischen den Versorgungswerken festgelegt werden, da derzeit noch nicht alle Satzungsänderungen bekannt oder genehmigt sind und noch einige Fallgestaltungen zu klären sind. Bitte informieren Sie sich zu gegebener Zeit über den Internet-Auftritt der Berliner Ärzteversorgung (www.vw-baev.de) oder direkt bei der Verwaltung.

Die Neuregelung, insbesondere die kurze Frist der Umsetzung, wurde zwischen den ärztlichen berufsständischen Versorgungswerken gegen das Votum Berlins beschlossen. Verwaltungsausschuss und Kammervorstand bedauern diesen Verlust der Wahlfreiheit und werden alles in ihrer Verantwortung liegende tun, um die negativen Auswirkungen zeitlich hintereinander liegender Mehrfachmitgliedschaften auf ein Minimum zu begrenzen.

Martin Reiss
Geschäftsführer der Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke

Dr. med. Elmar Wille
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung

Der Lotse geht von Bord

Mit Manfred Richter-Reichhelm, der Ende 2004 sein Amt als Vorsitzender der KV Berlin abgab, geht in der ärztlichen Berufspolitik Berlins eine Ära zu Ende.

Wie begann 1979. Da sah nicht nur Berlin ganz anders aus, auch die sogenannten Kassenärzte hatten seit einigen Jahren mit einer echten Einzelleistungsvergütung eine ökonomische Arbeitsgrundlage, die uns Späteren geradezu wie das Paradies anmutet. Richter-Reichhelms über 25-jährige Tätigkeit als Delegierter in der Ärztekammer Berlin – eine Ausnahme an Dauer und Konsequenz – wird vor dem Hintergrund seiner anderen zahlreichen Aktivitäten vielleicht kaum wahrgenommen. Aber auch in den letzten Jahren, als die Fülle der Termine eines 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung dazu kam, war es ihm selbstverständlich, wann immer es möglich war, dabei zu sein. Dies verdient hervorgehoben zu werden. Im Übrigen war er 1983 und '84 auch Mitglied des Ärztekammer-Vorstandes, bevor er ausschied, um in den KV-Vorstand zu wechseln. Bekanntlich ist Mitgliedschaft in beiden Vorständen in Berlin durch Kammergesetz untersagt.

Die Fülle der Ämter und Betätigungsfelder von Manfred Richter-Reichhelm soll hier kurz angerissen werden: Über viele Jahre hat er, der seine urologische Facharztweiterbildung im Klinikum Steglitz absolvierte und sich 1974 in Reinickendorf niederließ, den Berufsverband der Urologen Berlins geführt. Auch auf Bundesebene war er über Jahre als 1. Vize-Präsident der Urologen aktiv. Seit 1985 war er Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Am 15. März 1997 wurde er in den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt und am 15. Januar 2000 zu deren 1. Vorsitzendem. In diesem Amt wurde er ein Jahr später für eine weitere Wahlperiode bestätigt.

Doch für uns Berliner verbindet sich mit Richter-Reichhelm natürlich in erster Linie das Bild des souveränen Vorsitzenden der Landes-KV. In dieses Amt wurde er erstmals 1989 gewählt, nachdem er zuvor Beisitzer im Raudszus-KV-Vorstand gewesen war. Er wurde also bald mit den gewaltigen Problemen der dann am 3. Oktober 1990 vollzogenen

Wiedervereinigung der Stadt konfrontiert. Dass sie im Bereich der Kassenärzte gelang – anders als im Bereich der GOÄ oder des BAT etc. – ist ihm und seinen Mitstreitern, hier vor allem Dr. Rita Kielhorn, zu danken. Bei dem zur Umverteilung anstehenden Finanzvolumen war dies wahrlich eine Herkulesaufgabe, konkret ein Transfer von den „West-“ zu den „Ost-Ärzten“. Der EBM '96 mit seinen Subbudgets (4.1, 4.2 und 4.3) war für Richter-Reichhelm und den damaligen Vorstand eine nächteraubende und naturgemäß unmögliche Quadratur des Kreises. Der Autor hat noch gut die vielen Vorstandssitzungen in Erinnerung, die mittwochs um 15 Uhr angingen, gegen Mitternacht unterbrochen wurden, weil der Pizzaservice zur Kräftigung Essen anliefern musste, um danach erneut weiterzugehen. Aber hier kamen auch die Stärken des 1. Vorsitzenden zur Geltung. Trotz massiv gegensätzlicher Interessen von Fachärzten und Hausärzten – auch zwischen einzelnen Fachgruppen – und persönlicher Betroffenheit der Vorstandsmitglieder bei den im Raume strittigen Honorarverteilungen, blieben die Sitzungen immer freundlich kollegial. Auch nach zähen, langwierigen Streitgesprächen kam es fast immer zu einem Konsens, niemand ging verletzt oder beleidigt nach Hause. Wo gelingt so etwas, wenn – wie damals – circa 2 Milliarden DM auf circa 6000 KV-Mitglieder zu verteilen sind und alle Verhandelnden auch ganz persönlich betroffen sind.

Dieser Fähigkeit zum Ausgleich ist es sicher auch zu danken, dass die primär unbeliebte Integration der Psychologen in die KV so friedlich gelungen ist. Die Strategie von Manfred Richter-Reichhelm, ein Gegeneinander von Hausärzten, Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten um fast jeden Preis zu vermeiden, wird zwar von vielen Kollegen an der Basis nicht verstanden, ist aber wohl ohne Alternative. Der inzwischen fast wieder vergessene Fremdkassenzahlungsausgleich und andere Erfolge wären ohne diese Konsenspolitik für Berlin sicher nicht erreicht worden (Fremdkassenzahlungsausgleich meint die jahrelang zum



Foto: KV-Blatt Archiv

Nachteil Berlins gepflegte Absurdität des GKV-Systems, dass die so genannte Kopfpauschale dort gezahlt wurde, wo der Arbeitgeber seinen Sitz hat und nicht dort, wo der Kranke wohnt).

Aber nach zwölf Jahren Berliner KV-Vorsitz gibt es natürlich nicht nur Erfolge. Die Rückgabe des Morbiditätsrisikos an die Krankenkassen ist leider misslungen oder zumindest bisher noch offen. Die über viele Jahre nun schon verfolgte Strategie, die Leistungen der Ärzteschaft über ein System von Regelleistungsvolumina und die Entwicklung eines Morbiditätsindex fair zu honorieren, ging bisher nicht auf. Dies ist bitter. Aber die ärztliche Basis sollte sich auch nicht täuschen, wer auf der anderen Seite des Tisches sitzt, wenn mit Politik und Krankenkassen verhandelt wird. Da herrscht als Grundhaltung bei vielen vor, was der Verwaltungsleiter eines großen Klinikums und Vertrauter der derzeitigen Bundesgesundheitsministerin so auf den Punkt gebracht haben soll: „Sehen Sie, ich habe ein Problem damit, Ärzte überhaupt zu bezahlen, denn die sind doch schon moralisch dazu verpflichtet, die Patienten zu versorgen.“

Wer von uns will es da einem 1942 geborenen Richter-Reichhelm verübeln, dass er sagt, jetzt sollen mal andere ran in der KV Berlin? Es gibt auch ein Leben jenseits der Berufspolitik, vor allem auch eine Familie, die lange hat zurückstecken müssen. Trotzdem hoffen mit dem Autor noch viele in der Stadt auf noch ein paar Jahre Engagement – wenn auch gebremst – zum Beispiel in der Ärztekammer-Delegiertenversammlung.

Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Mein Jahr als Mörder

Friedrich Christian Delius – Mein Jahr als Mörder. Roman. Rowohlt Berlin 2004; 303 S., geb., 19,90 €.

Es war bewegend: Im selben Hörsaal des einst hochberühmten Krankenhauses Moabit, in dem der forschende und lehrende internistische Oberarzt Georg Groscurth in den 30er Jahren Vorlesungen hielt, las Friedrich Christian Delius Passagen aus seinem Buch über den Widerstandskämpfer Groscurth und seine Frau Anneliese, gleichfalls Ärztin. Der Saal war voller gespannt lauschender und dann engagiert diskutierender Hörer, die der Einladung von Kammer und KV, Behandlungszentrum für Folteropfer und Dorotheenstädtischer Buchhandlung Moabit gefolgt waren.

Der Plot des wie eine spannende Reportage geschriebenen, aber die Zeitebenen kunstvoll verschränken- den Romans: Der Ich-Erzähler, ein Berliner Literaturstudent, hört 1968 im RIAS, der Nazi-Richter Rehse sei endgültig freigesprochen, trotz hunderter politischer Morde an Freislers Volksgerichtshof. Die galten den Gerichten mit ihrer damals noch alten Besetzung als rechtens. Unter dem Fallbeil im Zuchthaus Brandenburg starb, mit 39, auch Groscurth, Vater eines Freundes des halb autobiographischen Ich-Erzählers. Den jungen Achtundsechsziger empört das so, dass er beschließt, ein Zeichen zu setzen: Den „furchtbaren Juristen“ (einen von vielen) zu töten – was aber ein Infarkt erledigt – und vorher ein

Buch über Groscurth zu schreiben. Was ihn außerdem empört: Im verhärteten Klima des Kalten Krieges spielt man Groscurths Witwe unfassbar übel mit: 21 Richter von sechs Gerichten billigen, dass sie als Amtsärztin von Charlottenburg fristlos entlassen wird, keinen Pass für eine Fortbildungstagung in Davos bekommt, dass ihr und ihren Kindern die Verfolgtenrente entzogen wird. Sie habe die „FDGO“ – die freiheitlich demokratische Grundordnung – bekämpft, weil sie sich beim Einsatz gegen die Wiederaufrüstung nicht deutlich von den Friedensdeklarationen der DDR distanziert habe.

Wesentliches Material für seinen Facts und Fiction verflechtenden Roman konnte Delius in „Nicht misshandeln“ finden. Ein Kapitel des 1984 von Christian Pross und Rolf Winau herausgegebenen Buchs über das Krankenhaus Moabit zwischen 1920 und 1945 befasst sich mit dem Widerstand in der nazifizierten Klinik, dessen Kern Groscurth und sein Freund Robert Havemann mit ihrer „Europäischen Union“ bildeten. Ein 1982 wieder entdecktes Groscurth-Portrait in der Krankenhaus-Bibliothek hatte den Anstoß für das Moabit-Buch gegeben. Nun also ein Roman. Lesen und weiterverschenken – auch wegen des präzise gezeichneten Bildes von Berlin in der „Steinzeit der Demokratie“.

Rosemarie Stein

Arzneiverordnungs-Report 2004

Ulrich Schwabe; Dieter Paffrath (Hrsg.) – Arzneiverordnungs-Report 2004; Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare; Springer, Berlin/Heidelberg; 2005, 1290 S., 60 Abb., 250 Tab., broschiert, ISBN 3-540-21359-7, 29,95 €.

Dieses Buch entwickelte sich immer mehr zum Tippgeber für Ärzte, die rational und zugleich rationell verordnen wollen. Immer mehr von ihnen tun dies bereits. Die Allgemeinmediziner zum Beispiel bekommen ein dickes Lob: Unter den fünfzig führenden von ihnen verordneten Medikamenten sind fünf Generika, 14 Präparate mit verbesserten therapeutischen Eigenschaften und kein einziges Mittel, dessen Wirksam-

keit ungewiss ist, wie eine Tabelle zeigt. Teilweise werden aber noch immer – von Ärzten aller Fachrichtungen – zu teure Original- und Analogpräparate verschrieben.

Aus dem Report erfährt man klipp und klar, gegen welche gleich wirksamen und unbedenklichen Mittel man die zu teuren Kosten sparend austauschen kann. Das Sparpotenzial ist noch lange nicht ausgeschöpft.

Viele Informationen sind höchst erhellend. So begreift man den Aufwand des Herstellers von Sortis für die ganzseitigen Zeitungsanzeigen zur Rettung seines Statins vor dem Festbetrag: Es ist das umsatzstärkste aller Arzneimittel! Der Report empfiehlt, die Hälfte

der Kosten durch die Wahl eines Simvastatin-Generikums einzusparen.

In dieser Ausgabe des Reports – der zwanzigsten – wird der Hauptteil (Indikationsgruppen von ACE-Hemmern und Analgetika bis zu Venenmitteln und Vitaminen) zum ersten Mal sehr sinnvoll ergänzt; durch eine Analyse der Arzneiverordnungen nach Arzt- und Patientengruppen. Jedes Fachgebiet bekommt hier sein Ordnungsprofil. Erwähnen wir, neben den viel verschreibenden Hausärzten, exemplarisch die wenig verordnenden Orthopäden. Deren Hitliste der fünfzig Spitzenreiter enthält vernünftigerweise 22 Generika, aber immerhin noch drei umstrittene Präparate.

Rosemarie Stein

Krankenhaus-Report 2004

Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra, Henner Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Schwerpunkt: Qualitätstransparenz, incl. CD-Rom mit allen Tabellen und Abbildungen sowie ergänzenden Daten für eigene Auswertungen; Springer-Verlag; Stuttgart/New York 2005; 448 S., 47 Abb.; 35 Tabellen; kart.; ISBN 3-7945-2350-4, 49,95 €

„Qualitätstransparenz“ – eine Kombination zweier problembeladener Begriffe. Qualität: Mit fortschreitender Ökonomisierung der Medizin bliebe das Patientenwohl auf der Strecke, würde allein die Rentabilität siegen. Qualitätssicherung, laut Sozialgesetzbuch V seit 1989 Pflicht, aber fast nirgends entschlossen verwirklicht, wird deshalb nun unerlässlich. Denn – darin sind sich die Autoren dieses Sammelbandes einig – der Preiswettbewerb muss durch den Qualitätswettbewerb ergänzt werden. Der aber funktioniert nur durch Transparenz: Wichtige Informationen über die Quali-

tät eines Krankenhauses müssen in verständlicher Form allgemein zugänglich sein, damit Patienten, einweisende Ärzte und Kassen, die gute Vertragspartner suchen, ihre Wahl treffen können.

Im Hauptteil (zu dem noch Diskussionsbeiträge, die krankenhauspolitische Chronik, statistische Daten und Analysen sowie das Krankenhaus-Directory kommen) werden Ziele, Wege und Hindernisse von ausgewiesenen Experten detailliert dargelegt. Struktur- und Prozessqualität sind relativ gut zu erheben, aber mit dem Wichtigsten, der Ergebnisqualität, tut man sich schwer. (Sie wird denn auch bei den Qualitätsberichten vorerst ausgespart, die alle Krankenhäuser vom September 2005 an zu publizieren haben.) Beispielsweise müssen repräsentative Tracer-Diagnosen ausgewählt sowie Komplikations- und Mortalitätsraten risikoadjustiert werden. Andere Länder, so kann man hier ausführlich nachlesen, sind uns da voraus, auch in der Offenlegung.

In Deutschland aber werde das Thema zwar mit Energie angegangen, „Qualitätstransparenz aber – von hoffnungsvollen Ansätzen abgesehen – lässt noch auf sich warten“, schreibt der Klinikmanagementberater Rolf Hildebrand; „das Wichtigste, die (Ergebnis-)Qualität des deutschen Krankenhauses, bleibt bis auf Weiteres im Dunkeln“. Kammerpräsident Günther Jonitz hatte sich beim letzten Symposium des Berliner Herzinfarktregisters entschieden für Transparenz ausgesprochen und an die Kollegen appelliert: „Sie müssen den Mut haben, zu dem zu stehen, was Sie machen!“ Die Teilnahme am Infarktregister nennt der Berliner Gesundheitsstaatssekretär Hermann Schulte-Sasse unter den Qualitätsmerkmalen einer kardiologischen Abteilung. Mit seinen Mitarbeitern skizziert er im Diskussionsteil des Bandes ein kardiologisches Versorgungskonzept, das sich auf andere Teilgebiete übertragen ließe. Anstelle staatlicher Detailplanung soll Qualität das Angebot steuern. – Survival of the fittest!

Rosemarie Stein



Rahel Ruch lebt nur für ihren Körper. Bodybuilding ist ihre Leidenschaft. Schon frühmorgens strampelt sie auf dem Hometrainer und nach des Tages Arbeit verbringt sie neun bis zehn Stunden wöchentlich im Fitnesscenter, vor Wettbewerben auch achtzehn. Dafür war die 28-Jährige auch schon „Miss-Fitness-Schweizer-Meisterin“. Was bei all dem herauskommt, zeigt ihr Foto. Man erinnert sich an Klaus Dörners Feststellung, dass allzu viel Gesundheitsbewusstsein ungesund sei.

Die Fitness-Fanatikerin wird im Berliner medizinhistorischen Museum vorgestellt: in einer Ausstellung zur Geschichte und Gegenwart von Fitnessbewegung und Körperkult mit dem ironischen Titel „Fitness - Schönheit kommt von außen“. Die beiden jungen Historiker Andreas Schwab und Ronny Trachsel, die sie samt Begleitbändchen erarbeitet haben, wollen aber nicht nur Kritik an den Übertreibungen üben. Dass Leute sich freiwillig bewegen, sehen sie natürlich im Prinzip positiv – genau wie die Ärzte, die an den Stränden der Horror packt, wenn die Männer den Bauch über der Badehose tragen und die Frauen oben und unten aus dem Badeanzug quellen.

Trainieren wirklich fünf Millionen Deutsche regelmäßig in Fitness-Studios? Die gibt es schon seit hundert Jahren, nur hießen sie anders, zum Beispiel „Athletenschulen“. Sie waren meist städtisch, aber auch privat, und in der Regel von früh bis spät geöffnet, selbst sonntags. Neben Trainern und Masseuren gab es dort manchmal auch Ärzte. Die Trainingsgeräte, von der

„Punchingball-Boxmaschine“ bis zum „Zimmerruderapparat“, ähnelten den heutigen, mal abgesehen von den rosegemusterten Polstern eines der vom Sportmuseum entliehenen Hometrainer, Jahrgang 1915.

Moderne Fitnessgeräte dürfen die Museumsbesucher in einem Raum ausprobieren, von dessen Wänden große Ganzkörperfotos von erfreulich normal aussehenden und dreinschauenden, sportlich entkleideten Leuten blicken.

Schon anno dunnemals gab es jede Menge gedruckter Ratgeber, auch fürs häusliche Training; sogar Periodika wie die Monatsschrift des Vereins für Körperkultur „Kraft und Schönheit“. (Unser Titelkopf gehört zum Jahrgang 1906.) Wer hätte gedacht, dass auch Franz Kafka und seine Verlobte Felice „langsam, systematisch, vorsichtig, gründlich, täglich zu müllern“ anfangen? Das war ein Gymnastikprogramm – nur ein Viertelstündchen – nach dem System von Jens P. Müller, einem dänischen Spitzensportler, der außer diversen Meister-Titeln auch den als eine Art nationaler Schönheitskönig trug. Ein früher Vorfahr Schwarzeneggers also, des mehrfachen „Mister Uni-

versum“, der jetzt nur noch über Kalifornien gebietet.

Der Bogen dieser Ausstellung spannt sich von den frühen Lebensreformern samt Freikörperkultur in „Licht- und Sonnenbädern“ über die wehrertüchtigende und rassistische „Leibeserziehung“ nach 1933 und die Hippiezeit mit ihren BH-Verbrennungen bis zur modernen Fitnessbewegung seit den siebziger Jahren und ihrem Wandel vom Bodybuilding zur „Wellness“. Was hinter all dem steckt, wird im Begleitbuch deutlicher. Die vielfältigen Versuche, mit einem kräftigen, schönen Körper auch eine edle Seele zu formen, scheiterten früh. Das erlebte der Maler und Bildhauer Sascha Schneider mit seinem Dresdner Institut „Kraft und Kunst“, wo die Turner sich zwischen antiken Statuen bewegten. Die Vorbilder nützten nichts. 1921 schrieb Schneider: „Es will kein Culture-Institut werden. Es bleibt eine Trainerbande.“



Die weitere Entwicklung von der Körperkultur zum geistlosen Körperkult wird angedeutet: Der perfekte Körper, einst von der Mode vorge-täuscht und malträtiert, jetzt vom Training (und Doping?) geformt, lässt sich nach

Wunsch chirurgisch maßschneidern – und künftig per PID von vornherein auswählen. Brave New World!

Rosemarie Stein

*Fitness – Schönheit kommt von außen.
Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité,
Tel. 450 536 122, bis 6.3.05,
Di-So 10-17 Uhr, Mi bis 19 Uhr.*

Zum Sozialstrukturatlas Berlin 2003

Bemerkungen eines ehemaligen Arztes

Bei einer Publikation „Sozialstrukturatlas der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz“ erwartet der Zeitgenosse zunächst kaum wichtige Bemerkungen über das Gesundheitswesen der Stadt. Erst bei einer etwas genaueren Betrachtung dieser sich auf soziologische Theorien und mathematische Analysen stützenden Ausführungen, die, wie der dafür hauptverantwortliche Mitarbeiter der Senatsverwaltung, Prof. Dr. G. Meinschmidt, in der Einführung bemerkt, keine „Hofberichterstattung“ sein sollen, stellt der Leser fest, dass im Sozialstrukturatlas sowohl für

das Gesundheitswesen wichtige Daten mitgeteilt werden, als auch über gesundheitspolitische Planungen berichtet wird. Der gesundheits- und standespolitisch interessierte Arzt sollte sich daher mit dem Inhalt dieses Werkes, das viele statistisch-methodische Fragen anspricht, vertraut machen. Hervorzuheben ist, dass offensichtlich eine Zusammenarbeit zwischen der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und dem Statistischen Landesamt bei dieser Darstellung erfolgte. Wir leben in einem Zeitalter des Umbruchs auf allen Gebieten. Die alte Medizinalstatistik lebte

insbesondere vom zeitlichen Vergleich, der nach den Reformen auf den meisten Sektoren des öffentlichen Lebens in Berlin heute nicht mehr sinnvoll ist. Da wird jetzt ein Schwergewicht auf den räumlichen Vergleich von Verwaltungs- und statistischen Gebieten gelegt. Hinsichtlich der Einzelmaßnahmen der „Gesundheitsförderung“ und Public Health wird leider viel philosophiert, während über die geleistete Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst der Bezirke nur wenig berichtet wird. Offensichtlich wird über Anleitung von Theoretikern nachgedacht und viele Dinge neu erfunden, die vor Jahrzehnten unter anderen praktischen, technischen und rechtlichen Gegebenheiten selbstverständlich waren, als Beispiel seien die Ermittlung und Erhebung von Daten der Seuchenbekämpfung und im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst aufgeführt.

Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

BERLINER ÄRZTE

1 / 2005 42. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl. pol. Sybille Golkowski (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert
Daniel Sagebiel

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin.

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff, Silke El Gendy
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784