

Studium

Erfolgreich promovieren
– aber wie?

Karriere

Kongress „Perspektiven
und Karriere“ in Berlin

Ausland

Südafrika: Kein Tag
ohne Gewalt

Subkutan

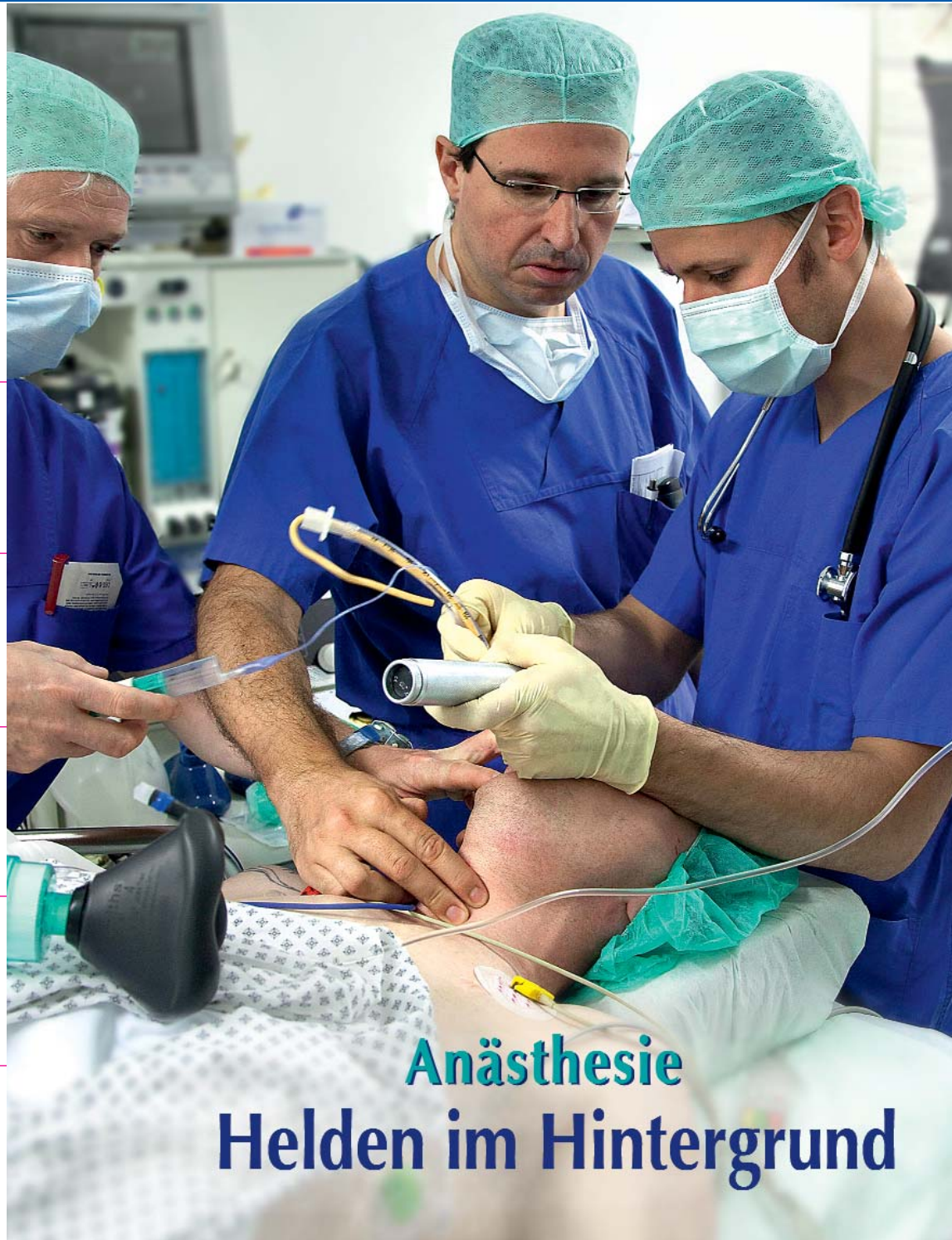
Arztromane:
Triumph der Liebe

Medizin

Rauschtrinken im
Kindes- und Jugendalter

In Kooperation mit

LEHMANN'S
FACHBUCHHANDLUNG



Anästhesie

Helden im Hintergrund

Fokussiert

Aktuelle Meldungen

2

Studium

Mein erster Präparierkurs

Prominente berichten

4

Zukunft Arzt?

Studieren.de-Umfrage 2009

6

Erfolgreich promovieren – aber wie?

„Erst informieren, dann entscheiden“

8

Karriere

Anästhesie

Helden im Hintergrund

12

3. Kongress „Perspektiven und Karriere“

Was Deutschland zu bieten hat

16

Ausland

Famulatur in Südafrika

Kein Tag ohne Gewalt

18

Forum

bvmd-Archiv; Gesund in der Schule;

Palliativmedizin; Standards für das praktische Jahr

20

Subkutan

Arztromane

„Triumph der Liebe“

28

Politik

Niedergelassene Ärzte

Kollektiv- versus Selektivvertrag

30

Medizin

Rauschtrinken

Epidemiologie, Auswirkungen, Intervention

32

Kasuistik

36

Impressum

37

Editorial



Was bringt die Zukunft? Die Frage beschäftigt Studierende und Berufsanfänger in besonderer Weise. Nach 2007 hat das Deutsche Ärzteblatt Studieren.de zum zweiten Mal Medizinstudenten nach ihrer Einschätzung der Berufsperspektiven und ihren Plänen gefragt. Die Ergebnisse der Umfrage „Zukunft Arzt“, von Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann auf Seite 6 erläutert, haben es in sich. Verraten sei hier nur so viel: Weit über 90 Prozent der Studierenden bestätigen, teilweise aus eigener Erfahrung, dass die Klagen über Stress, hierarchische Strukturen, ein Übermaß an Bürokratie im Krankenhaus und eine unzureichend strukturierte Weiterbildung keine Erfindung notorischer Nörgler sind. Das belegt auch eine ähnliche Umfrage der Fachhochschule Münster, die im Online-Archiv des Deutschen Ärzteblattes (Heft 37/2009) nachzulesen ist: Assistenzärzte sind vor allem aufgrund von Stress, fehlender Freizeit, wenig familienfreundlicher Arbeitszeiten und unbezahlter Überstunden unzufrieden. Allerdings fehlt in diesen Befragungen die „Vergleichsgruppe“. Sie müsste aus Hochschulabsolventen anderer Fächer bestehen. Die junge Anwältin, die heilfroh ist, von einer renommierten Kanzlei angenommen worden zu sein, kann von einer Bezahlung ihrer Überstunden oder einem Freizeitausgleich nur träumen. Nicht anders ergeht es dem jungen Betriebswirt in einem Industrie-konzern. Gerade große Unternehmen kalkulieren in ihrer Personalpolitik mit ein, dass ehrgeizige Nachwuchskräfte sich selbst ausbeuten. In Ordnung ist das nicht, aber man sollte wissen, dass es so ist. Den Anliegen der jungen Ärztegeneration nimmt das nichts von ihrer Berechtigung. Die Redaktion wird deshalb die Entscheidungsträger in Ärzteschaft und Politik mit den Ergebnissen unserer Umfrage konfrontieren. Es muss etwas geschehen. Ansonsten könnten die dringend gesuchten jungen Ärztinnen und Ärzte die Lust verlieren, ihren Beruf in Deutschland auszuüben.

Heinz Stüwe

Chefredakteur Deutsches Ärzteblatt



Foto: Vario Images (m)

Korruptionsverdacht

„Gekaufte“ Dokortitel?

Unter den Hochschullehrern, gegen die die Staatsanwaltschaft wegen Bestechlichkeit bei der Vergabe von Dokortiteln ermittelt, sind auch Humanmediziner. Das bestätigte der Kölner Oberstaatsanwalt Günther Feld auf Anfrage dem Deutschen Ärzteblatt. Wie viele der rund 100 verdächtigen Dozenten an medizinischen Fakultäten tätig seien, konnte er ebenso wenig sagen wie, an welchen Universitätsstandorten.

Die Hochschullehrer sollen promotionswilligen, aber ungeeigneten Akademikern zu einem Dokortitel verholfen haben. Ihnen wird vorgeworfen, Kandidaten als Doktoranden angenommen zu haben, die nicht ausreichend qualifiziert waren. Im Gegenzug erhielten sie offenbar Bestechungsgelder in Höhe von 4 000 bis 20 000 Euro.

Der Deutsche Hochschulverband (DHV) begrüßt die laufenden Ermittlungen. Eine umfassende Aufklärung liege im Interesse der Wissenschaft, sagte DHV-Präsident Prof. Dr. Bernhard Kempen. Promovenden, die sich auf unlautere Angebote einließen, müssten mit der Aberkennung ihres Titels rechnen. Um dem illegalen Titelhandel künftig einen Riegel vorzuschieben, fordert der DHV, in die Promotionsordnung der Fakultäten einen Passus aufzunehmen, in dem die Doktoranden das alleinige Erstellen der Doktorarbeit eidesstattlich versichern. **BH/ER**

Psychosoziale Kompetenz

Tests für Studienbewerber

Die Medizinische Fakultät des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) hat im August erstmals Studienbewerber anhand von multiplen Mini-Interviews ausgewählt. Das in Kanada seit 2001 erprobte Verfahren sei eigens für das UKE angepasst worden, erklärte die Fakultät. Es biete eine zuverlässigere Basis für die Bewertung der psychosozialen Kompetenzen eines Bewerbers als eine normale Interviewsituation.

„Die Medizinische Fakultät hat sich zum Ziel gesetzt, unter der Vielzahl der sehr guten Bewerber diejenigen auszuwählen, die sowohl psychosozial als auch naturwissenschaftlich sehr gute Voraussetzungen mitbringen. Ein guter Arzt braucht beides“, sagt Prof. Dr. med. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät des UKE. Bei den multiplen Mini-Interviews werden die Bewerber in zwölf standardisierten Situationen geprüft. In diesem Jahr werden voraussichtlich 25 der geladenen 75 Bewerber auf diese Weise einen Studienplatz erhalten. Im nächsten Jahr will Hamburg einen Großteil der Studierenden anhand der Kombination des im vergangenen Jahr eingeführten „Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge – Naturwissenschaftsteil“ und der multiplen Mini-Interviews auszuwählen. **ER**

Praxisleitfaden für familienfreundliche Krankenhäuser veröffentlicht

Zum Modellprojekt „Exemplarische Einführung von Gender Mainstreaming in zwei sächsischen Krankenhäusern“ hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales jetzt einen Praxisleitfaden herausgegeben. „Der Arbeitsort Krankenhaus: familienfreundlich und geschlechtergerecht“ soll dem drohenden Ärztemangel entgegenwirken und zeigt anhand praktischer Beispiele, welche Maßnahmen zu familienfreundlichen Strukturen im Krankenhaus führen. Download unter: www.publikationen.sachsen.de **ER**

► **Neues Weiterbildungsportal:** *Angehende Ärztinnen und Ärzte können sich jetzt unter: www.anaesthesist-werden.de über die Tätigkeitsbereiche des Facharztes für Anästhesiologie informieren. Die Datenbank enthält zudem Kontaktadressen zu Weiterbildungsstätten am Wohn- oder Wunschort, die häufig auch eine Teilzeittätigkeit während der Weiterbildung anbieten.*

► **Die medizinische Fachbuchhandlung Lehmanns** hat seit Oktober zwei neue Geschäftsführer: Frank Herzog und Detlev Büttner. Zu Semesterbeginn will Lehmanns allen Medizinstudenten und -studentinnen der klinischen Semester eine besonders preisgünstige dreibändige Sonderausgabe des Klassikers „Harrisons Innere Medizin“ anbieten; erhältlich ab 15. Oktober.

Infos zur Checkliste

Die Checkliste „Medizin studieren mit Kind“ enthält Anregungen von der Organisation des Studiums und der Kinderbetreuung über die Finanzierung des Studiums bis zu Serviceangeboten für familiäre Aufgaben und ist zu finden unter www.aerztinnenbund.de. Informationen zur Ulmer Studie gibt es unter <http://idw-online.de/pages/de/news327284>.

ER

Deutscher Ärztinnenbund

Medizin studieren mit Kind

Einer aktuellen Pilotstudie des Universitätsklinikums Ulm zufolge ist das Studium für angehende Medizinerinnen der beste Zeitpunkt für Nachwuchs. Es sei im Vergleich zum praktischen Jahr oder zur Facharztweiterbildung unter allen „ungünstigen“ Zeitpunkten noch der „günstigste“, heißt es in der Pilotstudie. Sie analysiert, mit welchen Schwierigkeiten Studierende mit Kindern zu kämpfen haben, und entwickelt Konzepte.

„Familienfreundlichkeit gehört in das Leitbild von Universitäten und sollte in den medizinischen Fakultäten zügig umgesetzt werden“, erklärte angesichts der Studie die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V., Dr. med. Astrid Bühren.

Eine Hilfe soll die im Mai veröffentlichte Checkliste „Medizin studieren mit Kind“ des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. bieten. „Wir sehen in dieser Checkliste eine gute Chance für Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen, sich als familienfreundlicher späterer Arbeitsplatz zu positionieren und sich in lokalen Bündnissen für die Gestaltung einer familienfreundlichen Studien-, Arbeits- und Lebenswelt einzusetzen“, sagte Bühren. Der Deutsche Ärztinnenbund bietet zudem Unterstützung für unverschuldet in finanzielle Not geratene Medizinstudentinnen und Ärztinnen an.

ER



Nicht immer ist die Mitarbeit von Kleinkindern hilfreich. Doch das Studium bietet noch Freiräume.

Foto: Photothek

Medizinstudium

Ärzttekammern für Abschaffung des Numerus clausus

Die Ärztekammern Westfalen-Lippe (ÄKWL) und Nordrhein (ÄKNo) sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) fordern einen erleichterten Zugang zum Medizinstudium. Der Numerus clausus als vorherrschendes Zulassungskriterium dürfe nicht mehr länger zahlreichen geeigneten Bewerbern den Weg in die Medizin erschweren oder gar versperren.

Hintergrund für die Forderung sind die fast 1 000 unbesetzten Stellen in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen. „Der Numerus clausus ist in Zeiten des Ärztemangels – vor allem in der Allgemeinmedizin und in ländlichen Regionen – nicht mehr sinnvoll“, meint ÄKNo-Vizepräsident Dr. med. Bernd Zimmer. Zwar sei

das Interesse am Medizinstudium ungebrochen, es kämen aber zu wenig Nachwuchsmediziner in der Patientenversorgung an.

ÄKWL-Präsident Dr. med. Theodor Windhorst fordert deshalb ein neues Zulassungssystem zum Medizinstudium. „Wir brauchen einen Mix an Qualifikationen, die Einserabiturnote als einziges Auswahlkriterium ist das denkbar schlechteste Verfahren“, so Windhorst. Es müsste vielmehr ein neues Auswahlverfahren eingeführt werden, das Eignung, Leistung und auch die Begeisterung für den Arztberuf bewerte. Die Universitäten sollten nach Ansicht des ÄKWL-Präsidenten vermehrt Studienbewerber in Auswahlgesprächen auf ihre spätere fachliche Qualifikation hin überprüfen. hil

► **Internationales Fußballturnier:** Anlässlich des 600-jährigen Bestehens der Universität Leipzig kamen vom 30. Mai bis 1. Juni 2009 Studierende aus ganz Europa zu einem internationalen Fußballturnier zusammen. 22 Teams spielten drei Tage lang um den Sieg, den schließlich die SpVgg Pommers Schranke, Leipzig, erringen konnte.

► **Göttingen plant Modellstudiengang:** Im Rahmen des „Göttinger Modells“ werden ab WS 2009/10 zunächst in einem Pilotprojekt 14 Göttinger Studierende an den Helios-Kliniken in Berlin und Bad Saarow ausgebildet. Göttingen plant, künftig weitere klinische Semester dezentral auszubilden und das Studium bis 2011 umzustellen.

NEWS

Wie haben Sie Ihren Präparierkurs erlebt?

**Dr. med. Monika Hauser,
Geschäftsführerin von Medica mondiale**



Foto: ddp

„Die Geruchsbelästigung in unserem Kurs war sehr hoch, da die Leichen schlecht vorbereitet waren. Das war die einzige Zeit in meinem Leben, in der ich geraucht habe – und zwar Mentholzigaretten in den Pausen, um den Geruch wenigstens kurz aus der Nase zu bekommen.“

**Dr. med. Otmar Kloiber,
Generalsekretär des Weltärztebundes**



Foto: Lajos Járdai

„Den makroskopisch-anatomischen Kurs habe ich in Köln absolviert. Er erforderte ein hohes Maß an Konzentration und Mühe, weil ich mich gleichzeitig einer völlig ungewohnten Anforderung ausgesetzt sah und zudem einen massiven Lernstoff zu bewältigen hatte. Die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen menschlichen

Daseins (hier mit dem Tod) und ein scheinbar schier unendliches Arbeitspensum sind typisch für den Arztberuf. Der Präparierkurs war eine Massenveranstaltung, die kaum eine Lehrer-Schüler-Beziehung aufwies. Deshalb war die wichtigste Erfahrung die Zusammenarbeit mit den Kommilitonen. Auch wenn jeder sein eigenes Pensum und seine eigenen Testate und Klausuren zu bewältigen hatte, so war doch die gemeinsame Anstrengung für mich sehr wichtig. **Ich war und bin froh, dass ich exzellente Kommilitonen hatte, mit denen ich gelernt und von denen ich gelernt habe.** Ein gutes Team zu bilden, ist eine gesunde Voraussetzung für Erfolg und gibt Sicherheit, das Richtige zu tun. Patienten schätzen übrigens beides.“

**Jens Petersen,
Arzt und Schriftsteller**



Foto: ddp

„Im Präparierkurs war ich ziemlich verliebt in ein Mädchen, das sich die rechte Gesichtshälfte vorgenommen hatte. Letztlich kam ich dann mit einer vom linken Bein zusammen. Die Beziehung hielt gerade mal sechs Wochen. Aber ich weiß, dass in meinem Präparierkurs auch ein paar Ehen angebahnt worden sind. Ich glaube, das sollte man bei der Wahl seiner Präp-Gruppe bedenken.“

**Dr. med. Ulrich Oesingmann,
Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe**

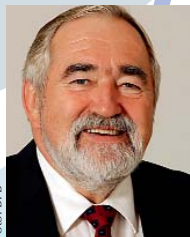


Foto: BFB

„Obwohl ich aus einer Arztfamilie stamme und vor Beginn meines Studiums bereits einiges Medizinisches gesehen hatte, hat mich der Präparierkurs tief beeindruckt. **Im Präparier-saal lagen unendlich viele Leichen!** So kam es mir zumindest damals vor. Ich habe 1960 an der Universität Münster angefangen zu studieren, an der damals einzigen Uni ohne Numerus clausus für die Medizin. Wir waren 800 Studierende im Semester und versuchten, gleichzeitig an den Leichen zu lernen. Das war eine immense Angelegenheit, die mir bis heute im Gedächtnis geblieben ist!“

**Dr. med. Peter Liese,
Sprecher der christdemokratischen Fraktion im
Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments**



Foto: Europäisches Parlament

„Der Präparierkurs an der Universität Marburg war für mich ein einschneidendes Erlebnis. Es war natürlich viel Arbeit (alle zwei Wochen hatten wir ein Testat), und es war ein sehr merkwürdiges Gefühl, an einer Leiche herumzuznippeln. Ich hatte mir vorgenommen, die Anatomie zunächst aus Büchern zu lernen, da das Lernen am verstorbenen Menschen nicht oberflächlich geschehen sollte. **Ich hatte einen großen Respekt vor den Menschen, die ihren Körper nach dem Tod der Ausbildung von Medizinstudenten zur Verfügung gestellt hatten.** Sehr unangenehm war mir, als ich einmal nach mehreren Stunden Präparierarbeit im kalten Präpariersaal merkte, wie meine eigene Hand immer mehr die Temperatur der zu präparierenden Leichenhand annahm.“

Mit mehr Zuversicht

Früher wollte Sarah K. Kinderärztin werden. Das stand einfach fest. Doch im Laufe des Medizinstudiums hat sich ihre Einstellung geändert: Jetzt will sie offen sein für verschiedene Fachrichtungen und für individuell gute Angebote. Wie Sarah K. geht es vielen Medizinstudentinnen und -studenten. Die meisten, und zwar 71 Prozent, ändern ihre Einstellungen zum Arztberuf sowie die persönlichen Lebensplanungen im Verlauf des Studiums. Dies ergab die jüngste Internetbefragung „Zukunft Arzt“ des Deutschen Ärzteblattes Studieren.de, unterstützt von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), an der mehr als 700 Studierende aller medizinischen Fakultäten in Deutschland zwischen März und Juni 2009 teilgenommen hatten.

Die Umfrage verdeutlicht einen Trend: Die Medizinstudentinnen und -studenten betrachten ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin in Deutschland sehr differenziert. Insgesamt sehen sie aufgrund des vorherrschenden Ärztemangels ihre Berufschancen zwar positiv, halten mit Kritik an den Bedingungen, unter denen sie später den Arztberuf ausüben werden, jedoch auch nicht zurück. Bei der Internetbefragung des Deutschen Ärzteblattes Studieren.de vor zwei Jahren gaben zwei Drittel der Befragten an, mit dem Gedanken zu spielen, Deutschland den Rücken zu kehren. **Jetzt erwägen zwar nur noch 44 Prozent, als Arzt oder Ärztin auszuwandern und nicht in Deutschland ärztlich tätig zu werden, doch auch diese Zahl sollte nachdenklich stimmen.** Zudem lassen sich durch das Studium auch einige Studierende den Arztberuf vollständig „vergraulen“: Fünf Prozent der Befragten möchten nach den ersten Einblicken in einen deutschen Medizineralltag nicht mehr ärztlich tätig werden. Und zwölf Prozent der Befragten würden das Studienfach „Humanmedizin“ nach dem Abitur erst gar nicht mehr wählen. Noch viel häufiger jedoch geben die Umfrageteilnehmer an, dass sich ihre Einstellung zum Arztberuf im Verlauf des Studiums geändert habe: So wollen sich zwei Drittel (67 Prozent) der Befragten nicht auf ihre eigentliche Wunschfachrichtung versteifen, sondern je nach Arbeitsmarktsituation flexibel für verschiedene Gebiete bleiben. 41 Prozent der Befragten haben auch zunächst ihren Wunsch, in naher Zukunft eine Familie zu gründen, zur Seite geschoben.

Zukunft Arzt? Der aktuellen Umfrage des Deutschen Ärzteblattes Studieren.de zufolge wollen die meisten Studierenden kurativ tätig werden – jedoch ohne sich frühzeitig auf das Fach oder den Arbeitgeber festzulegen.



Die Ergebnisse zeigen aber auch: Trotz der Änderung von Vorstellungen und Lebenszielen im Verlauf des Studiums verliert der klassische Arztberuf nicht an Attraktivität: 91 Prozent der Nachwuchsmediziner in Deutschland wollen kurativ tätig werden. Als bevorzugte Fachrichtungen für die stationäre Versorgung und den ambulanten Bereich nennen die Nachwuchsmediziner hauptsächlich die „klassischen“ kurativen Fächer: Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Pädiatrie, Gynäkologie sowie Allgemeinmedizin. Der Wunsch, in einem alternativen Berufsfeld zu arbeiten oder ausschließlich zu forschen, ist bei den befragten Studierenden, von denen sich 76 Prozent bereits im klinischen Abschnitt ihres Studiums befinden, eher gering ausgeprägt (neun Prozent).

Die Studierenden haben auch viele Vorschläge, wie der klassische Arztberuf attraktiver gestaltet werden kann.

An der Spitze steht der Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten (91 Prozent). Es folgen Wünsche nach Kinderbetreuung am Arbeitsplatz (84 Prozent), verbesserten Umgangsformen im Krankenhaus (83 Prozent) sowie einer höheren Vergütung (81 Prozent). Ferner fordern die Studierenden eine verbesserte Struktur der Weiterbildung (79 Prozent), mehr Fördermaßnahmen (75 Prozent), weniger restriktive politische Rahmenbedingungen für Ärzte (73 Prozent), mehr Unterstützung durch Kammern und Verbände (55 Prozent) sowie eine ausgelagerte Verwaltung (51 Prozent).

Wenngleich bei der diesjährigen Befragung ein etwas geringerer Prozentsatz der Studierenden angibt, aus Deutschland auswandern zu wollen – weltoffen und interessiert an fachlichem Austausch über Landesgrenzen hinweg sind die Medizinstudierenden jetzt ebenso wie vor zwei Jahren. 84 Prozent möchten die sich ihnen bietenden Möglichkeiten nutzen und gern auch im Ausland tätig werden. Vielen (71 Prozent) schwebt vor, einen Teil der

Facharztweiterbildung im Ausland zu absolvieren, 30 Prozent stellen sich zudem einen Forschungsaufenthalt im Ausland vor. Leben und arbeiten möchten sie vorzugsweise in der Schweiz, in Schweden, in den USA, in Großbritannien sowie Australien/Neuseeland. Ihren Wunsch nach einer Tätig-

keit im Ausland begründen die Studierenden mit einem besseren Arbeitsklima (89 Prozent), geregelten Arbeitszeiten (86 Prozent), dem Interesse an der Sprache und Kultur des anderen Landes (87 Prozent), einer besser strukturierten Aus- und Weiterbildung (80 Prozent), einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (59 Prozent) sowie guten Karrierechancen nach der Rückkehr (71 Prozent).

Der Vergleich der Umfrageergebnisse mit denen von 2007 zeigt trotz aller Kritik, dass die jetzigen Nachwuchsmediziner wieder etwas positiver in die Zukunft schauen.

Ein Grund dafür mag die große Nachfrage der Krankenhäuser nach Fachärztinnen und -ärzten sein, die sich in den letzten zwei Jahren verstärkt hat. Ihre beruflichen Chancen an einem deutschen Krankenhaus bewerten jetzt 65 Prozent der Befragten als sehr gut und gut. Unabhängig von der für den Nachwuchs guten Arbeitsmarktsituation ertet der Arbeitsplatz Krankenhaus nach wie vor jedoch noch reichlich Kritik. Obwohl viele Kliniken sich nach eigenen Angaben bemühen, die Arbeitsbedingungen für Ärzte und Ärztinnen zu verbessern, assoziieren die meisten an der Umfrage teilnehmenden Studierenden hauptsächlich negative Attribute mit dem Arbeitsplatz Krankenhaus. Für knapp 90 Prozent stehen Bürokratie, Stress sowie hierarchische Strukturen im Vordergrund. Lediglich zehn Prozent meinen, dass die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus angemessen bezahlt werde. Noch schlechter schneidet die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ab – ein Kriterium, das zunehmend eine wichtige Rolle bei der Wahl des Arbeitsplatzes spielt. Nur fünf Prozent der Umfrageteilnehmer sehen am Krankenhaus gute Möglichkeiten, ärztliche Tätigkeit und Elternschaft miteinander zu verbinden.

Ein anderes Bild bietet sich im ambulanten Bereich.

Hier meint immerhin fast die Hälfte der Studierenden (46 Prozent), Familie und Beruf gut miteinander vereinbaren zu können und flexiblere Arbeitszeiten vorzufinden (57 Prozent). Insgesamt schneidet der ambulante Bereich jedoch schlechter ab. Ihr berufliches Glück in einer eigenen Arztpraxis zu finden, glauben lediglich 38 Prozent der Studierenden. Und nur 27 Prozent der Nachwuchsmediziner können sich gute berufliche Chancen durch die Nutzung der neuen Möglichkeiten, als angestellte/r Ärztin/Arzt in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum zu arbeiten, vorstellen. Die meisten assoziieren mit einer ambulanten Tätigkeit eine hohe Verantwortung (95 Prozent), wirtschaftliches Risiko (87 Prozent), Bürokratie (88 Prozent) sowie Stress (55 Prozent), aber auch die Möglichkeit einer selbstbestimmten Tätigkeit (72 Prozent).

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann

Erfolgreich promovieren – aber wie?

„Erst informieren, dann entscheiden“

Fast alle Medizinstudierenden möchten gern zum Abschluss ihres Studiums ihr „*can. med.*“ in ein „*Dr. med.*“ verwandeln. Doch der Dokortitel ist gar nicht so einfach zu bekommen.

Etwa 98 Prozent der Medizinstudierenden der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München beginnen mit ihrer Promotion bereits während des Studiums. „Doch trotz großer Motivation scheitern viele“, berichtet Saskia Hendrich, Studentin im zehnten Semester an der LMU. Sie selbst hat ihre Doktorarbeit am Institut für Humangenetik der LMU Ende 2007 begonnen und jetzt den experimentellen Teil fertiggestellt. Probleme hatte sie persönlich während ihrer Arbeit nicht, aber sie kennt die Sorgen und Nöte ihrer Kommilitonen, die dazu führen, dass schließlich nur etwa zwei Drittel aller Mediziner in Deutschland einen Dokortitel tragen.

„Selbst wer fleißig sucht, findet noch lange keine Erfolg versprechende Doktorandenstelle“, erzählt Hendrich. Viele Studierende wüssten zunächst gar nicht, an wen man sich wenden könne, geschweige denn, welcher Doktorvater seine Doktoranden gewissenhaft betreue. Philip von der Borch, Assistenzarzt der Medizinischen Klinik Innenstadt der LMU, hat diesen Eindruck im



vergangenen Jahr auch statistisch belegt. Er befragte mehr als 800 Studierende zum Thema Promotion und stieß dabei auf ein großes Wissensdefizit bezüglich der Auswahl eines individuell passenden Instituts, eines Betreuers und einer guten Planung. „Oft sind Studierende auf sich gestellt, und böse Überraschungen stehen auf der Tagesordnung“, erklärt er. Von der Borch promoviert in der Klinischen Pharmakologie und sagt von sich selbst, dass er mehr durch Glück als durch eine vernünftige Auswahl zu seiner Doktorarbeit gekommen ist.

Doch dies soll sich ändern. **Gemeinsam mit etwa 30 weiteren angehenden Medizinerinnen und Mediziner** entwickelten von der Borch und Hendrich ein Projekt, das jüngeren Kommilitonen den Weg durch den „*verwirrenden Dissertationsdschungel*“ erleichtern und Orientierungshilfen geben soll: die Doktorarbeitstage Medizin 2009 (DoktaMed 2009). Durch die Unterstützung des Dekanats der Fakultät konnten diese bereits am 24. und 25. Juni an der LMU



Fotos: Keystone

stattfinden. „An diesen Tagen standen nicht nur die Vertreter von Instituten mit Promotionsstellen Rede und Antwort, sondern auch fortgeschrittene Doktoranden gaben ehrlich und schonungslos Auskunft darüber, wie es ihnen bisher ergangen war“, berichtet Hendrich. Eröffnet wurde die DoktaMed 2009 vom Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. med. Maximilian Reiser, von Prof. Dr. med. Martin Reincke, Studiendekan für den klinischen Studienabschnitt sowie vom Forschungsdekan, Prof. Dr. med. Stefan Endres. Ihr Motto: „Erst informieren, dann entscheiden.“ Endres stellte zudem „**sechs goldene Regeln**“ für die Auswahl einer Arbeitsgruppe für die Doktorarbeit vor. Zu ihnen hier noch einige Erläuterungen und Tipps:

1. Deckt sich der Forschungsbereich mit meinen Interessen?

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Promotion ist die Wahl eines geeigneten Themas. Am günstigsten ist es, ein Fach zu wählen, das für die spätere Berufsplanung von Bedeutung ist. Auch die Art der Promotion sollte auf die persönlichen Interessen und das Berufsziel abgestimmt sein. Möglich ist es, eine experimentelle, klinische oder statistische Arbeit zu schreiben. Wer bereits im Studium eine künftige Unikarriere anstrebt und in der Forschung arbeiten möchte, sollte sich eine experimentelle Arbeit suchen. Wer dagegen eine kurative Tätigkeit am Krankenbett plant, hat möglicherweise an einer klinischen Promotion am meisten Freude. Sie erfordert zwar Zeit, da sie von Patienten abhängig ist, hat jedoch einen starken Bezug zur Klinik. Statistische oder theoretische Arbeiten sind dagegen thematisch „trockener“ und erfordern gute Mathematikkenntnisse. Dafür sind sie gut planbar und weder vom

Gelingen von Laborexperimenten noch von der Kooperation der Patienten abhängig.

2. Wie erreichbar ist der Chef? Wie erreichbar ist der unmittelbare Betreuer?

Ein guter Doktorvater hat Zeit für seine Doktoranden. Wenn ihm das Thema selbst wichtig ist, kann man ziemlich sicher sein, die Arbeit auch zügig abzuschließen. Muss man gleich zu Beginn nicht lange auf Termine warten, ist das eine gute Voraussetzung dafür, über die Jahre hinweg gut betreut zu werden. Auch die Gefahr, dass eine fertig geschriebene Doktorarbeit ewig ungelesen herumliegt, ist bei einem engagierten Doktorvater gering. Beachten muss man, dass oftmals der Professor nicht selbst die direkte Betreuung übernimmt. Dies ist nicht unbedingt von Nachteil. Zu beachten ist dann jedoch Regel 3:

3. Wie viele Doktorarbeiten hat der Betreuer in den letzten fünf Jahren abgeschlossen? Sind Doktoranden Koautoren?

Wichtig ist es abzuchecken, wie sehr der Betreuer beruflich belastet ist. Ein Betreuer, der in Vollzeit in der Krankenversorgung tätig ist und nur in der Freizeit forscht, hat in der Regel nur wenig Zeit für seine Doktoranden. Fragen kann man den potenziellen Betreuer daher nach der Liste seiner Publikationen, anhand derer sich erkennen lässt, wie viel Zeit ihm für die wissenschaftliche Tätigkeit bleibt. Setzt ein Betreuer seine Doktoranden als Koautoren ein, ist das ein Zeichen für eine kollegiale Arbeitsweise.

4. Wie geht es Doktoranden, die derzeit dabei sind?

Sehr effektiv ist es, persönlich mit Doktoranden zu sprechen, die bereits mit dem Betreuer zusammenarbeiten. So erfährt man aus erster Hand, wie sich die gemeinsame Arbeit gestaltet, wo es Probleme gibt und worauf man selbst achten sollte. Es ist übrigens durchaus legitim, den Betreuer direkt nach den Namen seiner anderen Doktoranden zu fragen.

5. Eine experimentelle Arbeit mit sinnvoller Fragestellung erfordert in der Regel ein Freisemester.

Wer später einmal in die Forschung gehen möchte und sich deshalb auch eine experimentelle Doktorarbeit aussucht, sollte nicht unter Zeitdruck stehen. Experimentelle Arbeiten sind anspruchsvoll, erfordern das Erlernen von Methoden sowie Durchhaltevermögen und eine hohe Frustrationstoleranz des Doktoranden. Günstig ist bei einer solchen Promotion, wenn man sich den Experimenten während eines Freisemesters voll und ganz widmen kann.

Klinische und statistische Arbeiten lassen sich dagegen gut während des Studiums durchziehen. Voraussetzung ist allerdings eine sorgfältige Planung, bei der beispielsweise Leerlaufzeiten für das Aneignen von Wissen in medizinischer Statistik und Biometrie sowie für die Literaturrecherche konsequent genutzt werden.

6. Vor einer Entscheidung sollte man mindestens mit fünf Labors/Instituten sprechen.

Das Angebot an Promotionsthemen ist groß. Es ist effektiver, vor Beginn einer Doktorarbeit Zeit in die Auswahl eines Themas/Betreuers zu investieren, als nach ein oder zwei Jahren festzustellen, dass man diese Arbeit nicht zu Ende führen möchte oder kann. Vor Beginn der Suche sollte man zunächst die eigenen Neigungen und Fähigkeiten genau analysieren.

Hilfe bot den Münchener Studierenden in diesem Jahr die DoktaMed 2009 – ein Angebot, das etwa 1 000 Studierende nutzten. 41 Institute und Kliniken stellten auf der Messe ihre wissenschaftlichen Arbeiten vor, ferner standen

wissenschaftliche Vorträge von renommierten Forschern und erfahrenen Doktoranden auf dem Programm. In zahlreichen Postersessions hatten Studierende zudem die Möglichkeit, die eigene Promotionserfahrung zu präsentieren; in Workshops konnten sie sich mit promotionsrelevanten Themen wie „Grundlagen einer erfolgreichen Promotion“, der statistischen Datenanalyse „SPSS“ und „Academical Writing“ vertraut machen. „Die Evaluation ergab, dass etwas mehr als die Hälfte der Besucher noch keine Doktorarbeit begonnen hatten, die andere Hälfte steckte noch mittendrin oder berichtete gar über eine bereits abgebrochene Arbeit“, erläutert Hendrich. Die Studierenden hätten die Messestände als elementarsten Bestandteil der DoktaMed empfunden, gefolgt von den Posterpräsentationen und den Workshops. Die Befragung zeigte auch: die Botschaft „Erst informieren, dann entscheiden“ hat Gehör gefunden. Knapp 90 Prozent der Teilnehmer entschieden sich nicht sofort auf den DoktaMed für eine Arbeit, sondern werden sich zunächst noch mehrere Institute genau anschauen.

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann



Immer konzentriert und gut vorbereitet: Assistenzarzt Daniel Lankers zieht im OP Medikamente auf.

Anästhesie

Helden im Hintergrund

Sie sorgen dafür, dass Operationen ohne Schmerzen ablaufen, überwachen Blutdruck, Puls und Atmung: Anästhesisten sind stets an der Seite ihrer Patienten. Die merken zwar nichts davon, doch ohne die Narkoseärzte wären OPs gar nicht möglich.

Laryngoskop, Beatmungsbeutel, Blutdruckmanschette, Pulsoxymeter und jede Menge Viggos: Das ist das typische Handwerkszeug des Anästhesisten. An Filzstifte denkt man wohl nicht, wenn man sich einen Narkosearzt im Einsatz vorstellt. Doch Daniel Lankers (30) steht mit einem schwarzen Edding im Vorraum von OP 1. Auf dem Programm steht ein Verfahren, das der Assistenzarzt im Knappschafts-Krankenhaus Bochum noch nicht häufig gemacht hat: Legen eines Femoraliskatheters. Eine 73-jährige Patientin bekommt ein künstliches Kniegelenk. Über den Katheter – einen kleinen Plastikschlauch –, den Lankers gleich zum Nerv schieben wird, kann man nach der Operation gezielt Schmerzmittel geben. Die Pati-

entin soll direkt mit der Krankengymnastik starten und schnell wieder auf die Beine kommen.

Aber wo genau liegt eigentlich noch einmal der Nervus femoralis? Kein Problem für den Assistenzarzt. Denn „Ivan“ hilft bei der Suche. Dabei ist Ivan kein russischer Gastarzt, sondern eine Eselsbrücke für die anatomischen Verhältnisse in der Leiste – zusammengesetzt aus den Anfangsbuchstaben der Wörter: Innen, Vene, Arterie und Nerv. „Ich fühle schon einmal kurz in der Leiste. Ich sage Ihnen aber Bescheid, wenn es losgeht.“ Lankers erklärt der Patientin jeden Schritt, damit sie immer weiß, was passiert. Mit dem Filzstift markiert er die Arterie, deren Pulsieren er getastet hat und die ihm zur Orientierung dient.

Zunächst wird die Haut betäubt, dann sticht Lankers eine Punktionskanüle in den Oberschenkel ein. „Du kannst ruhig noch ein bisschen tiefer“, sagt Oberarzt Priv.-Doz. Dr. med. André Gottschalk. Der Umgangston ist freundlich. Dass sich ein Assistent und ein Oberarzt duzen, ist nicht selbstverständlich. Die Kanüle ist mit einem Nervenstimulationsgerät verbunden, sodass man testen kann, ob sie an der gewünschten Position sitzt. „Wenn sie richtig liegt, tanzt die Patella“, erläutert der Assistenzarzt. Dann spritzt Lankers eine Mischung aus Lokalanästhetika direkt an den Nerv, sodass sich dort eine Höhle bildet. Nun schiebt er den Katheter durch die Nadel und zieht diese zurück. Schließlich wird der Katheter noch an der Haut festgenäht, damit er nicht verrutscht.

„Wer Spaß an Anatomie und Physiologie hat, der ist in der Anästhesie genau richtig“, meint Lankers. Und schon wieder sind seine Kenntnisse aus der Vorklinik gefragt. Die Patientin sitzt nun auf der Liege und soll für die Knie-OP eine rückenmarknahe Narkose bekommen. Der junge Arzt tastet am Rücken das obere Ende der Darmbeischaufeln – die Cristae iliacae. Sie liegen auf der Höhe, in der Lankers für die Spinalanästhesie einstechen will. Zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbelkörper platziert er die gelbe Führungskanüle, unterhalb des Conus medullaris, in dem das Rückenmark endet. In dieser Höhe kann man ein Lokalanästhetikum gut in den Liquorraum einbringen, ohne das Rückenmark zu verletzen. „Jetzt einmal das Kinn auf die Brust nehmen und den Rücken schön rund machen – wie einen Katzenbuckel.“ Der Assistenzarzt sticht die Führungskanüle ein – nach lokaler Betäubung und unter

sterilen Bedingungen, versteht sich. Damit durchdringt er die Bandstrukturen zwischen den Wirbelkörpern. Dann geht er mit einer weiteren, dünnen Nadel mit einem orangefarbenen Kopf durch die Führungskanüle, um den Subarachnoidalraum durch die harte Hirnhaut – die Dura mater – zu punktieren. Eine klare Flüssigkeit wird sichtbar. „Schön, es kommt Liquor.“ So weiß Lankers, dass die Nadel weit genug drin ist und er das Anästhetikum spritzen kann. „2,6 ml Bupivacain 0,5 Prozent isobar“, trägt er später ins OP-Protokoll ein. Das sind 13 Milligramm, denn in einem Milliliter der Lösung befinden sich fünf Milligramm des Wirkstoffs. „Ein bisschen Kopfrechnen gehört auch dazu.“



Hours of boredom, minutes of tension, seconds of terror.

Die Patientin wird nun in den OP gefahren. Der Anästhesist muss sie an den Monitor anschließen, damit er immer weiß, ob mit den Vitalfunktionen alles in Ordnung ist – das sieht er unter anderem an Blutdruck, Puls und Sauerstoffsättigung. Mit dem kalten Desinfektionsspray überprüft er, ob die Spinalanästhesie schon zu wirken beginnt. Da das Temperaturempfinden zuerst verschwindet, ist das ein einfacher und hilfreicher Test. „Wenn irgendwas ist, dann melden Sie sich. Ich bin hier die ganze Zeit in ihrer Nähe“, beruhigt Lankers die Patientin, bevor die OP gleich startet. Weil sie immer noch aufgeregt ist, bekommt sie noch ein Schlafmittel und einen MP3-Player mit Kopfhörer. „Wir haben hier alles von Pop bis Volksmusik.“ Gut so, denn die Geräusche der Unfallchirurgen, die in Kürze mit ihren Sägen und anderen Werkzeugen in Aktion treten, muss die Patientin ja nicht unbedingt hören. Der Assistenzarzt hat

nun etwas Zeit, sich dem OP-Protokoll zu widmen. Hier trägt er beispielsweise alle Medikamente und Infusionen ein. Aber auch die Tätigkeiten der Chirurgen dokumentiert er: das Anlegen der Blutsperre über dem rechten Knie und den ersten Schnitt – den OP-Beginn. Im Knappschafts-krankenhaus werden die Daten nicht auf einem Papierbogen notiert, sondern alles in den Computer eingegeben. Die Vitalzeichen wie Blutdruck und Puls werden automatisch eingefügt. Mit dem Protokoll ist nachvollziehbar, was genau sich zu welcher Uhrzeit ereignet hat und welche Maßnahmen ergriffen wurden. Das ist wichtig für die weitere medizinische Behandlung, aber auch für die rechtliche Absicherung. ▶

▶

Was macht ein Anästhesist?



Anästhesisten nennt man auch Narkoseärzte. Sie sorgen dafür, dass die Patienten bei Operationen keine Schmerzen haben, und überwachen die Vitalfunktionen wie Blutdruck und Puls. Das Wort Anästhesie bedeutet Empfindungslosigkeit.

Viele Operationen finden in Vollnarkose statt. Daneben gibt es aber auch eine Reihe von weiteren Betäubungsverfahren, bei denen der Patient nicht das Bewusstsein verliert. Dazu zählen rückenmarknahe Narkosen, wie die Spinal- und Periduralanästhesie. Außerdem gibt es Regionalanästhesien, bei denen gezielt Nerven betäubt werden, die für das Operationsgebiet zuständig sind, zum Beispiel eine Armplexusanästhesie. Weitere Bereiche, in denen Anästhesisten arbeiten: Intensiv-, Notfall-, Schmerz- und Palliativmedizin.



Straffes Programm: Frühbesprechung der anästhesiologischen Abteilung im Knappschaftskrankenhaus Bochum, Assistenzarzt Lankers beim Telefonieren, im Aufwachraum und mit Oberarzt André Gottschalk bei der Intubation.

Nun kann Lankers erst einmal durchatmen. Der Patientin geht es gut, die Spinalanästhesie hat er perfekt platziert. Die OP verläuft nach Plan. Doch der Assistent ist trotzdem konzentriert. „Es kann jederzeit etwas passieren, und dann muss man richtig reagieren.“ Aus seiner Sicht braucht ein Anästhesist gute Nerven. Schließlich nutzt es niemandem, wenn man in Panik verfällt. „Trotzdem gibt es Momente, da ist man schweißgebadet“, erklärt der junge Arzt. Sicherlich helfe aber die Erfahrung, die man sammelt, gelassen zu bleiben.

Hours of boredom, minutes of tension, seconds of terror – so hat mal jemand die Arbeit der Anästhesisten charakterisiert. Da sei zwar etwas Wahres dran, meint Lankers, allerdings habe er als Berufsanfänger sich bislang nie gelangweilt. Außerdem findet er es wichtig, immer schon den nächsten Schritt zu planen: Medikamente aufziehen, Infusionen vorbereiten et cetera. Im Rechner kann er die

Laborwerte des nächsten Patienten aufrufen, zudem hat er Zugriff auf das Fachzeitschriftenarchiv der Uni Bochum.

Vor dem Medizinstudium hat er eine Ausbildung zum Krankenpfleger gemacht. Schon damals interessierte er sich für Intensivmedizin, und so lag die Entscheidung für die Anästhesie nahe. Das Fach findet er sehr vielseitig. „Als Anästhesist hat man ja mit Patienten aus ganz verschiedenen Bereichen zu tun.“ Auch die Kombination aus relativ eigenständigem Arbeiten und Teamwork gefällt ihm. In seinem Arbeitsalltag hat er die richtige Balance zwischen praktischen Arbeiten und theoretischem Hintergrund. „Die Anästhesie liegt in der Mitte zwischen der Chirurgie und der Inneren.“ Die Arbeitszeiten sind im Vergleich zu anderen Fächern noch vergleichsweise berechenbar. Zwar arbeiten auch Anästhesisten viel, aber sie haben keine Station zu versorgen und müssen keine Arztbriefe schreiben. „Da sehe ich unseren Knirps wenigstens

abends noch“, gibt Lankers zu bedenken. Vor einem Jahr ist er Vater geworden.

Doch nun weiter im OP-Programm: Nachdem die Knie-TEP erfolgreich eingesetzt wurde und Lankers die Patientin in den Aufwachraum begleitet hat, steht nun eine Vollnarkose auf dem Programm. Der Patient bekommt dafür Medikamente, die zu einer tiefen Bewusstlosigkeit führen. Weil er dann nicht mehr selbstständig atmen kann, muss der Anästhesist ihn intubieren, sodass der Sauerstoff durch einen Schlauch (Tubus) in die Luftröhre gelangt. Der Narkosearzt gibt außerdem Schmerzmittel und Medikamente, die die Muskeln entspannen. Sonst könnte der Chirurg überhaupt nicht arbeiten.

Zur Einleitung der Narkose bekommt der Patient das Medikament Propofol, das zuletzt auch durch den Tod von Michael Jackson in die Schlagzeilen geriet. „Schlafen Sie gut“, sagt der Assistenzarzt noch. Und da ist der Patient auch schon weg – innerhalb von Sekunden. „Man kann den Leuten ruhig sagen, sie sollen bis 20 zählen. Ich habe noch nie erlebt, dass jemand so weit kommt“, berichtet er. Doch nun muss er sich wieder konzentrieren. Lankers überstreckt den Nacken des Patienten, setzt ihm eine Beatmungsmaske fest auf das Gesicht und bebeutelnd ihn zunächst. Schließlich öffnet er den Mund des Patienten, nimmt das Laryngoskop, mit dem er die Zunge anhebt, um die Stimmritze einzusehen. Allerdings ist die Intubation nicht so ganz einfach; Oberarzt Gottschalk drückt von außen auf den Hals und versucht den Kehlkopf so zu schieben, dass es für Lankers einfacher ist. Doch diesem gelingt es nicht, den Schlauch in die Luftröhre vorzuschieben, und der Oberarzt übernimmt. Schlimm findet das niemand – außer der Assistenzarzt selbst. „Dann weiß ich auch noch, wofür ich eigentlich da bin“, scherzt Gottschalk.

Lankers darf jetzt zum Mittagessen gehen, er hat heute noch Nachtdienst. Ein bisschen enttäuscht ist er schon, dass die Intubation danebenging. Aber das passiert halt schon mal. Vieles ist Übungssache und eine Frage der Routine. Und es passt eigentlich zu einem wichtigen Grundsatz, den er sich zu eigen gemacht hat: „Man muss immer Respekt haben vor dem, was man tut – damit man niemals nachlässig wird.“

Dr. med. Birgit Hübeler

Wie wird man Anästhesist?

Die Anästhesiologie ist ein eigenständiges Fachgebiet. Die Facharztweiterbildung dauert fünf Jahre. Vier Jahre davon müssen in der Anästhesiologie stattfinden, ein Jahr in der Intensivmedizin. **Wer sich zur Facharztprüfung anmelden will, muss nachweisen, dass er eine festgelegte Anzahl von Verfahren gemacht hat** – also zum Beispiel eine bestimmte Anzahl von Narkosen bei abdominalen Eingriffen oder rückenmarknahe Narkosen.



3. Kongress „Perspektiven und Karriere“

Was Deutschland zu bieten hat

Auf die Suche nach einer Weiterbildungsstelle muss sie sich nicht mehr begeben. Denn seit September ist Solweig Carmienke Weiterbildungsassistentin an der Universität Jena im Fach Allgemeinmedizin. Noch im vergangenen Herbst jedoch gehörte Carmienke als Medizinstudentin der Universität Leipzig zu den etwa 600 Teilnehmern des Kongresses „**Perspektiven und Karriere**“ des Deutschen Ärzte-Verlages und des Deutschen Ärzteblattes in Berlin. „Auf dem Kongress habe ich viele neue Ideen bekommen. Die Hinweise, wie ich meine Weiterbildung gut planen kann, haben mir sehr geholfen“, erklärt die frischgebackene Ärztin in Weiterbildung heute. Auch ganz konkrete Auswirkungen hatte der Kongress bei ihr: Mittlerweile ist Carmienke Mitglied im Deutschen Ärztinnenbund. „Besonders der Vortrag von Dr. med. Barbara Rothe, einer dreifachen Mutter, zum Thema ‚Kind kontra Karriere?‘ hat mich sehr beeindruckt“, berichtet sie.

Die Chancen, die die Feminisierung der Medizin bietet, werden auch diesmal ein Schwerpunkt des Kongresses „**Perspektiven und Karriere**“ sein, der in diesem Jahr **am 23. und 24. Oktober wieder im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin-Mitte** stattfindet. Erwartet wird als Referentin auch die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. med. Astrid Bühren. Sie setzt sich besonders dafür ein, Familienfreundlichkeit in das Leitbild von Universitäten und medizinischen Fakultäten zu bringen. „Das Studium beziehungsweise der Beruf musste bisher überwiegend von den Frauen ganz individuell mit Kindern und Familie vereinbart werden. Das ist Kompetenz- und Ressourcenverschwendung.“ Der Frauenanteil bei den Medizinstudierenden liegt inzwischen bei mehr als 60 Prozent. „Die Feminisierung der Medizin ist nicht mehr aufzuhalten: Und alle Medizinstudierenden werden später am Patienten- und Patientinnenbett gebraucht“, erklärt Bühren.

Perspektiven und Karriere – 3. Kongress für Medizinstudierende und Klinikärzte

Freitag, 23. 10. 2009

10.30 Uhr Begrüßung

Willkommen in Berlin

Rüdiger Sprunkel, Verlagsleiter
Deutsches Ärzteblatt, Köln

Arzt/Ärztin – immer noch ein Traumberuf

Dr. med. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin
der Bundesärztekammer, Berlin

Gute Perspektiven in der ambulanten Versorgung

Dr. med. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
Berlin

11.30 Uhr Arzt in Deutschland

Herzlich Willkommen – Sie werden gebraucht

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer
Berlin

Zukunft Arzt? – Ergebnisse der aktuellen Umfrage von Studieren.de

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann, Redaktion
Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Gute Chancen als Ärztin/Arzt in Deutschland

Dr. Thomas Kopetsch, Kassenärztliche
Bundesvereinigung, Berlin

Perspektive Pharmaindustrie

NN, Bayer-Schering, Berlin

12.30 Uhr Mittagspause, Lunch und Kommunikation

13.00–14.00 Uhr Workshop

Als Arzt in die Pharmaindustrie

(nur mit Voranmeldung) Bayer-Schering-
Pharma, Berlin

14.00 Uhr Beste Perspektiven durch gezielte Weiterbildung

Weiterbildung mit Struktur – was Deutschland jungen Ärztinnen/Ärzten zu bieten hat

Prof. Dr. med. Parwis Fotuhi, Leiter der Helios-
Akademie der Helios-Kliniken GmbH, Berlin

Kriterien für eine gute Weiterbildungsstätte – was müssen künftige Assistenzärztinnen und -ärzte wissen?

Dr. med. Werner Wyrwich, Oberarzt an der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Grundlagen für den künftigen Führungsnachwuchs in der Klinik

Michael Born, Leiter Geschäftsbereich für Personal,
Recht und Organisation, Medizinische
Hochschule Hannover

Mein erstes Vorstellungsgespräch – was kann ich fragen, was fordern?

Prof. Dr. med. Wolfgang Wagner, Ärztlicher
Direktor Paracelsus-Strahlenklinik, Osnabrück

15.30 Uhr Kaffee, Keks und Kommunikation

16.00–18.00 Uhr Workshop

Neu in der ärztlichen Rolle – die Fallstricke der ersten Jahre

(mit Voranmeldung) Dr. Ulrike Schlein,
Bad Wildungen

16.30 Uhr Arbeitsplatz Krankenhaus

Klinischer Arbeitsmarkt in Bewegung

Dr. Wolfgang Martin, Mainmedico GmbH
Consulting and Services, Frankfurt/M.

Die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen ändern sich grundlegend – Perspektiven für junge Ärztinnen und Ärzte werden immer besser

NN, Rhön-Klinikum, Bad Neustadt

Forschung und Lehre – Perspektiven an der Uniklinik

NN

Praxisnahe Ausbildung im Lehrkrankenhaus – Medizinstudierende am Krankenbett

Gunda Dittmer, Personalleiterin Klinikum Itzehoe

Rehaklinik – Arbeiten in der stationären medizinischen Rehabilitation

Dr. med. Wolfgang Scheerer, Leitender Arzt,
Rehazentrum Utersum auf Föhr

Abschlussdiskussion und Zusammenfassung des Tages

18.00 Uhr Ende des ersten Kongresstages



Fotos: Svea Pietschmann

Trotz des hohen Frauenanteils in der Medizin sind Teilzeitmodelle und Kinderbetreuungsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte immer noch schwer zu finden. Genau hier setzt der inzwischen zum dritten Mal stattfindende Bundeskongress „Perspektiven und Karriere“ an. „Berufseinsteiger sollten sich nicht allein auf ihre derzeit guten Berufschancen verlassen, rät Arbeitsmarktexperte Dr. Wolfgang Martin, Frankfurt am Main. „Die Karriere sollte systematisch geplant werden. Dazu müssen sich die Bewerber zunächst gezielt informieren.“

Doch dies ist auf dem häufig unübersichtlichen Arbeitsmarkt gar nicht so einfach. Helfen werden den Nachwuchsmedizinern dabei an beiden Kongresstagen etwa 30 Referenten aus unterschiedlichen Fachbereichen. Sie geben konkrete Informationen über ärztliche Berufsperspektiven und Karrieremöglichkeiten und stehen den Studierenden Rede und Antwort. Ein Schwerpunkt des Kongresses ist wie im Vorjahr die gezielte Weiter- und Fortbildung. Neben Berufseinsteigern werden Ober- und Chefärzte, niedergelassene Kollegen sowie Klinikmanager ihre Erfahrungen weitergeben. Es sei an der Zeit, dass Klinikarbeitgeber und Nachwuchsmediziner endlich über Verbesserungen der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen gemeinsam diskutierten,

erklärt Rüdiger Sprunkel, Verlagsleiter Deutsches Ärzteblatt, und fügt hinzu: „Wir leisten seit drei Jahren unseren Beitrag dazu und bieten mit dem Kongress ein Zukunftsforum.“

Abgerundet wird das Kongressprogramm von einer Job- und Karrierebörse sowie von Workshops. Zahlreiche Kliniken und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft stehen für Gespräche zur Verfügung. Im interaktiven Karriere-Center können die Teilnehmer auf Personalexperten treffen und individuelle Gespräche über ihre persönliche Berufs- und Karriereplanung führen. **Die Kongressteilnahme ist für Studierende der Medizin sowie Ärztinnen und Ärzte auch in diesem Jahr kostenfrei.** Der Kongress ist von der Ärztekammer Berlin als Fortbildungsveranstaltung anerkannt und wird mit acht Fortbildungspunkten zertifiziert. Aus Platzgründen können maximal 600 Interessierte teilnehmen. **Anmeldungen sind daher notwendig: www.perspektiven-und-karriere.de.**

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann



Veranstaltungsort:

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin (Mitte)
www.langenbeck-virchow-haus.de
www.perspektiven-und-karriere.de

Samstag, 24. 10. 2009

9.00 Uhr Seminar

Praktisches Notfalltraining – rund um die Reanimation
(Nur mit Voranmeldung) Helios-Kliniken, Bad Saarow

10.00 Uhr Begrüßung und Zusammenfassung Vortag

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann, Redaktion Deutsches Ärzteblatt, Berlin

Erfolgreich studieren

Freie PJ-Wahl in Deutschland – was das praktische Jahr leisten kann und soll!
Paul Schwanitz, Bundesvertretung der Medizinisierenden Deutschlands, Rostock

Gut vorbereitet in das zweite Staatsexamen – und in das Leben danach
NN

Selbstmotivation – Wege zum persönlichen Erfolg
NN

Kein Geld – und trotzdem erfolgreich studieren. Fördermöglichkeiten in Deutschland
Peter Karle, Stethosglobe-Chefredakteur, Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Berlin

11.00 Uhr Endlich Arzt – eine erste Berufsorientierung, Teil 1

Anästhesie – was denn sonst?!

Prof. Dr. med. Bernd Landauer, Präsident des Berufsverbandes deutscher Anästhesisten e.V., Nürnberg

„Aufschneider?“ – Nachwuchsförderung in der Chirurgie

PD Dr. med. Carsten J. Krones, Department of Surgery, RWTH Aachen, Verantwortlicher für Nachwuchsförderung beim Berufsverband Deutscher Chirurgen

Arbeitsmedizin – vielseitige Aufgaben im Gesundheitsmanagement

Prof. Dr. Gerhard Möschwitzer, Gebietsleiter Nord/Ost, BAD-Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH, Bonn

Der Pathologe – ein Universalist

Dr. med. Alexander Schütz, Institut für Pathologie am Elspark, Leipzig

Innere Medizin im Spannungsfeld interdisziplinärer Rehabilitation

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Klinik Bavaria, Kreischa

12.30 Uhr Mittagspause, Lunch und Kommunikation

13.00–14.00 Uhr Workshop

Als Arzt in die Pharmaindustrie
(nur mit Voranmeldung) Bayer-Schering-Pharma, Berlin

14.00 Uhr Endlich Arzt – eine erste Berufsorientierung, Teil 2

Zukunft Niederlassung – Chancen in der Praxis

Karin Rettkowski/Roland Kiesche, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Potsdam

Der Hausarzt – mehr als ein Beruf

Dr. med. Dorothea Osenberg, Ruhr-Universität Bochum

Verlockende Aussichten in der Pharmaindustrie – Mediziner in der klinischen Forschung und im Pharmamanagement
NN, Bayer-Schering-Pharma, Berlin

Einstiegsmöglichkeiten für Ärzte im Medizincontrolling

Dr. Ulf Dennler, Sana-Kliniken, München

Krankenhäuser brauchen auch Ärzte mit Managementwissen

Dr. Peter Windeck, Mummert Healthcare, Hannover

15.30 Uhr Persönliche Berufs- und Lebensplanung

Das ideale familienfreundliche Krankenhaus – Blick in die Zukunft
NN

Feminisierung der Medizin bietet Chancen für Veränderungen

Dr. med. Astrid Bühren, Präsidentin Deutscher Ärztinnenbund, Berlin

Kind kontra Karriere?

Dr. med. Barbara Rothe, Bad Münder

Abschlussdiskussion

16.30 Uhr Kongressende



Famulatur in Südafrika

Kein Tag ohne Gewalt

2010 findet die Fußballweltmeisterschaft statt: Doch noch gehören Opfer von gewaltsamen Streitereien, Vergewaltigungen und Aidskranke zum medizinischen Alltag in südafrikanischen Krankenhäusern.

Nur noch wenige Monate wird es dauern, bis die Fußballweltmeisterschaft 2010 in Südafrika startet. Doch öffentliche Verkehrsmittel, wie Busse und Taxis, sind in Südafrika längst noch nicht sicher, man kann nicht zu Fuß die Gegend erkunden oder von Bar zu Bar ziehen, ohne sich in Gefahr zu bringen. Südafrikas Regierung bemüht sich zwar nach Kräften, das Land für die Weltmeisterschaft so sicher wie möglich zu machen, doch ich bezweifle, dass dies bis zum nächsten Jahr gelingen wird. Denn die Eindrücke, die ich während meiner Famulatur in Südafrika gewonnen habe, waren stark von Gewalt geprägt.

Ich verbrachte vier Monate an zwei verschiedenen staatlichen Krankenhäusern in einer armen, ländlichen Gegend bei Durban, im Bundesland Kwazulu-Natal. Im Vorfeld der Reise wurde ich mit der Meinung einiger Kommilitonen konfrontiert, dass es unethisch sei, als Medizinstudentin dorthin zu fahren, um an den armen, unwissenden Patienten wie an „Versuchstieren“ Erfahrungen zu

sammeln. Doch so gestaltet sich eine Famulatur in Südafrika nicht. Erfahrene Ärzte und Ärztinnen standen mir in der Notaufnahme, der Chirurgie und der Gynäkologie stets geduldig zur Seite. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht konnte ich lernen, wie man Lumbalpunktionen macht, Bülau-Drainagen legt und Wunden näht. Erst nachdem ich drei Wochen lang erste Assistentin bei Kaiserschnitten gewesen war, durfte ich einen Kaiserschnitt unter Aufsicht selbst durchführen. Das war ein wirklich schönes Erlebnis, auch wenn ich hinterher vor lauter Aufregung nicht einmal mehr wusste, ob das Kind ein Junge oder ein Mädchen war.

Die Leitlinien und Verfahren sind in Südafrika ähnlich wie in Deutschland, aber die südafrikanischen Ärzte sind geduldiger und haben Spaß an der Lehre. Sie erklären den Studierenden vieles und zeigen ihnen bereitwillig Techniken, die diese noch nicht beherrschen. Und das, obwohl die Arbeitsbedingungen für Mediziner in der Region um Durban sehr schwierig sein können. Das Ausmaß an Krankheit und Armut in der Region ist schockierend. Die

Notaufnahme ist Tag und Nacht gefüllt mit Patienten, die an Aids sterben oder Opfer von Gewalttaten wurden. Kein Wunder: das Bundesland Kwazulu-Natal hat sowohl eine der höchsten Raten an HIV- Infizierten (mehr als 20 Prozent der Erwachsenen) als auch eine der höchsten Gewalt-raten Südafrikas und weltweit.

Das halbe Jahr, das ich in dieser Umgebung verbrachte, hat mich sehr nachdenklich gemacht. Und so kam ich – als ich wieder in Hamburg war und mir ein Thema für meine Dissertation aussuchen musste – auf die Idee, das Phänomen der Gewalt zu untersuchen. Unterstützung für dieses Projekt fand ich beim Leiter des Rechtsmedizinischen Instituts in Hamburg, und so ging es bereits drei Monate später wieder zurück nach Südafrika, im Gepäck einen dreiseitigen Fragebogen, mit dem ich Opfer von Gewalttaten interviewen und untersuchen wollte.

Die folgenden sechs Monate der Datenerhebung waren sehr anstrengend. Mit vielen Patienten konnte ich mich nicht auf Englisch verständigen und musste deshalb zwei Zulu-Übersetzerinnen einstellen. An Patienten mangelte es allerdings nicht. Es war sehr belastend, sich Tag für Tag die schweren Verletzungen anzusehen und die Schicksale der Patienten anzuhören. Das Ausmaß an Brutalität und die Sinnlosigkeit der Gewalt, die besonders häufig unter befreundeten jungen Männern auftritt, waren schockierend für mich. Auch die Lebensbedingungen der Patienten, die ich für die Dissertation ebenfalls untersuchte, waren denkbar schlecht: Ein Großteil der Patienten lebt zusammen mit mehreren Familienmitgliedern von weniger als umgerechnet 80 Euro im Monat.

Am häufigsten beobachtete ich schwere Messerstichverletzungen, aber auch einige Schussverletzungen und Suizidversuche. Zudem ist die Zahl der Vergewaltigungen in Südafrika sehr hoch. Das in den letzten Jahren entstandene Gerücht, dass der Geschlechtsverkehr mit einer Jungfrau eine HIV-Infektion heilen kann, hat die Zahl der Vergewaltigungen noch erhöht. Auch der Glaube an traditionelle Heiler und Hexen ist in Südafrika sehr verbreitet, sodass viele Patienten erst nach jahrelangen fruchtlosen Bemühungen der traditionellen Heiler das Krankenhaus

aufsuchen. Doch dann kommt oft jede Hilfe zu spät. Die Angst vor Hexen führt auch zu Hexenverfolgungen. Solche verfolgten Frauen fand ich ebenfalls unter meinen befragten Opfern von Gewalttaten.

Auch privat erlebte ich die unmittelbaren Auswirkungen der Gewalt und der Kriminalität, die in Südafrika überall herrscht: Ein befreundeter Arzt wurde auf dem Heimweg überfallen, sein Auto wurde gestohlen, und er selbst wurde mit einer Pistole bedroht und mit einer Bierflasche geschlagen. Auch ein anderer Arzt des Krankenhauses wurde in seinem Auto überfallen und mit einer Schusswaffe bedroht. Mir selbst wurden Computer, Kamera und Handy gestohlen. Dennoch war ich erleichtert, weil nicht mehr passiert war. Die Angst vor Gewalttaten und die Unsicherheit bestimmen stark das Leben aller Südafrikaner. Die Menschen leben hinter hohen, meist elektrischen Gitterzäunen, die Häuser sind durch Alarmanlagen und Gitter vor den Fenstern gesichert, die Autos haben verstärktes Fensterglas, und bestimmte Gegenden von Durban und die Townships kann man einfach nicht betreten.

Zur Fußballweltmeisterschaft werden viele europäische Touristen und Fans ganz unvorbereitet auf die örtlichen Gegebenheiten in Südafrika treffen. Momentan rüstet die Polizei in großem Maß auf, und überall sind Umbauten im Gang. Wenn es tatsächlich gelingt, sichere Shuttlebuslinien zu den Stadien einzurichten und auch das Umfeld sicher zu gestalten, ist die Weltmeisterschaft eine Chance für das Land. Es kann zeigen, wie sehr es an sich arbeiten kann und wie sehr es sich seit Ende der Apartheid verändert hat.

Friederike Schlingloff, Hamburg



In einer ländlichen Gegend um Durban arbeitete Friederike Schlingloff vier Monate an staatlichen Krankenhäusern.

Gegensätze: Südafrika trifft Sicherheitsvorkehrungen für die Fußballweltmeisterschaft, doch in den Slums sind Gewalttaten und Hexenverfolgungen noch immer an der Tagesordnung.



bvmd-Archiv

„Das Vergangene ist nie tot, es ist nicht einmal vergangen“

Das neue bvmd-Archiv in Aachen zeigt die Themen und das Engagement der Medizinstudierenden in den vergangenen 50 Jahren.

Verstaubte Kisten, viele Aktenordner, viel Papier – eher bräunlich als weiß. Das war die Entdeckung, die wir im letzten Jahr in der Fachschaft Medizin in Aachen machten. Scheinbar wurden die Ordner jahrzehntlang vor dem Wegwerfen gerettet – ein Hoch auf die studentische Unordnung, denn in den Ordnern befanden sich wahre Schätze. Einige Mitglieder der Fachschaft beschlossen daher, diese Dokumente zu sichern und auf ihrer Grundlage das „Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft“ zu gründen. Es befindet sich im Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen.

Auf den ersten Blick scheinen die vielen Unterlagen belanglos: Einladungen zu Treffen und Versammlungen, alte Fachschaftszeitungen, private Briefwechsel, Anfahrtskizzen zu Tagungen – zahlreiche handgeschriebene oder kopierte Zettel, wahllos zusammengewürfelt. Bei genauerer Betrachtung entdeckt man jedoch den roten Faden. Zum Beispiel gibt es nicht nur einzelne Briefe, sondern komplette Briefwechsel zwischen dem Gesundheitsministerium und den Studierendenvertretern. Oder man findet Material über die Organisation von Großdemonstrationen, an denen Hunderte Medizinstudierende aus Deutschland teilnahmen.

„Bloßer Aktionismus – man kann doch eh nichts ändern!“ Von diesem Vorwurf haben sich die Medizinstudierenden selten einschüchtern lassen. Sie haben über viele Jahre immer wieder versucht, etwas zu verändern. Sei es an ihrer eigenen Ausbildung, der Situation an den einzelnen

Fakultäten oder an der weltpolitischen Lage. Viele ehemalige Projekte gegen Krieg und für den Frieden, gegen Atomwaffen und für Menschenrechte, gegen Tierversuche und für eine praktisch-orientierte Ausbildung wurden initiiert und dokumentiert. So lassen sich Abläufe rekonstruieren: Wer war aktiv? Welche aktuellen Themen gab es? Was hat die Medizinstudierenden neben ihrem Studium noch bewegt oder interessiert? Wie politisch waren die Studierenden? Welche politische Richtung schlugen sie ein? Viele studentische Aktionen wären heute, in einer Zeit, in der mancherorts schon infrage gestellt wird, ob sich eine Fachschaft überhaupt allgemeinpoltisch äußern darf, undenkbar. Es ist auch aus diesem Grund interessant nachzuvollziehen, wie die Studierenden politisch Stellung bezogen, diskutiert und gestritten haben.

Dank der engen Zusammenarbeit zwischen der Fachschaft Medizin Aachen und der bvmd konnte das „Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft“ als Vereinsarchiv der bvmd etabliert werden. Aber es sollen nicht nur alte Unterlagen aufgearbeitet werden, sondern auch neue Dokumente ins Archiv kommen. Wir freuen uns über Zuschriften, die zur Erweiterung beitragen können. Und fast noch wichtiger: Es sind alle Medizinstudierenden eingeladen, in den Unterlagen zu stöbern und sich ein eigenes Bild von der Geschichte der Medizinstudierendenbewegung zu machen.

Katharina Kulike,
Meret Wünnemann, RWTH Aachen, PJ,
Archiv Deutsche Medizinstudierendenschaft,
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin,
RWTH Aachen, 52074 Aachen,
adm@ukaachen.de

Foto: Stockphoto



Prävention

Gesund in der Schule

Macht mit! – Medizinstudierende entwickeln Ernährungs- und Sportkurse für Schüler.

An den meisten deutschen Schulen ist das Thema gesunde Ernährung unterrepräsentiert. Auch das Sportangebot verliert wegen der sinkenden Zahl an Wochenstunden an Bedeutung. Gleichzeitig gibt es immer mehr Kinder mit Übergewicht. Medizinstudierende wollen hier ansetzen und einen Beitrag zur Gesundheitsprävention im Kindes- und Jugendalter an Schulen leisten.

An der Universität Witten/Herdecke haben Studierende als Teil des Students Health Dialogue, eines Vereins zur Gesundheitsprävention, die Initiative „Add Action“ gegründet. Seit Februar 2009 arbeiten sie an einem Wittener Gymnasi-

Deutschland durchgeführten Studie (KIGGS): 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren sind danach übergewichtig, das heißt, ihr Body-Mass-Index (BMI) liegt oberhalb der 90. Perzentile. Mehr als ein Drittel dieser Kinder, das heißt rund sechs Prozent aller Kinder, sind sogar adipös (BMI > 97. Perzentile). In absoluten Zahlen ausgedrückt heißt das, rund 1,9 Millionen Kinder und Jugendliche sind übergewichtig, 800 000 von ihnen adipös. Verglichen mit den Jahren 1985 bis 1999 gibt es heute 50 Prozent mehr Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und doppelt so viele mit Adipositas.

Da mit der Ausweitung des Kurses auch Kosten verbunden sind, wollen die Medizinstudierenden langfristige Sponsoren und andere externe Kooperationspartner gewinnen. Bislang besteht bereits eine Zusammenarbeit mit der Vestischen Kinder- und Jugendklinik



„Add Action“ – eine Initiative zieht Kreise: Ähnliche Projekte können auch in anderen Städten gestartet werden.

um. Als Gesundheits-AG richtet sich „Add Action“ an die Schüler der fünften Jahrgangsstufe. Ziel ist es, ein Bewusstsein für Körper und Ernährung zu schaffen und die Kinder zur aktiven Freizeitgestaltung anzuregen. Hierzu bieten die Medizinstudierenden schulunabhängige Sportspiele, Bastelstunden und unterschiedliche Exkursionen an. Dabei gilt die Maxime der „peer-to-peer education“, das bedeutet, Kursleiter und -teilnehmer begegnen einander auf gleicher Augenhöhe. Keine Teilnahmepflicht, kein Leistungsdruck und jede Menge Möglichkeiten, die eigene Kreativität umzusetzen – ein Konzept, das anzukommen scheint: Das Interesse der Kinder ist groß. Seit dem 27. August läuft das Projekt auch an einer Hauptschule in Bochum-Langendreer.

Hauptschulen sind die wichtigste Zielgruppe, denn der Anteil fettleibiger Kinder ist vergleichsweise höher als an anderen Schulformen. Die Ausmaße des Problems zeigen sich in einer vom Robert-Koch-Institut 2003 bis 2006 in

in Datteln. Hier absolvieren die Betreuer ein Adipositas-Trainer-Seminar als Grundlage für ihre Arbeit. Im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft für Public Health und Entwicklungszusammenarbeit der bvmd entwickelten sich ebenfalls in einigen anderen Städten Ansätze der Gesundheitsprävention in Schulen. So wird in Würzburg in Kürze an einer Hauptschule ein Projekttag zu Ernährung, Bewegung und einem gesunden Selbstbild stattfinden.

Falls ihr in eurer Stadt ein ähnliches Projekt starten möchtet, findet ihr mehr Informationen und eine Kontaktadresse auf der Website www.Addaction.de. Fragen zu Public-Health-Themen könnt ihr gerne an npo@bvmd.de mailen.

Albrecht Brunner (1. Semester, Uni Witten/Herdecke), „Add Action“, Witten/Herdecke,

René Schunk (9. Semester, Uni Würzburg), Koordinator der AG für Public Health und Entwicklungszusammenarbeit der bvmd

Neues Lehr- und Prüfungsfach

Palliativmedizin im Aufwind

Auf die Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin in der bvmd kommen neue Aufgaben zu: Jetzt geht es darum, die Fakultäten beim Aufbau ihres Lehrangebots zu unterstützen.

Seit Ende Juli 2009 hat die Palliativmedizin einen neuen Status an den medizinischen Fakultäten in Deutschland: Gemäß dem neu gefassten § 27 in der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) müssen die Universitäten spätestens ab Sommersemester 2013 Scheine für dieses Fach ausstellen. Damit sind die medizinischen Fakultäten verpflichtet, palliativmedizinische Lehre für alle Medizinstudierenden an-

und forderten eine bessere Ausbildung der Ärzte. Dies spiegelte sich in einer verstärkten Berichterstattung zum Thema Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen wider. Die bvmd reagierte auf dieses Thema und nahm die Athener Resolution zur Betreuung Sterbender und terminal Erkrankter als Positionspapier an. Die Studierenden fordern darin Verbesserungen bei der Versorgung Sterbender und die

umfassende Integration der Palliativmedizin in die studentische Ausbildung.

Seither hat sich das Fach überaus positiv entwickelt: Inzwischen bestehen an allen 36 medizinischen Fakultäten palliativmedizinische Angebote, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Vier Lehrstühle für Palliativmedizin und zwei Lehrstühle für Kinderpalliativmedizin sind besetzt, weitere fünf Lehrstühle sind in Planung (siehe Karte).

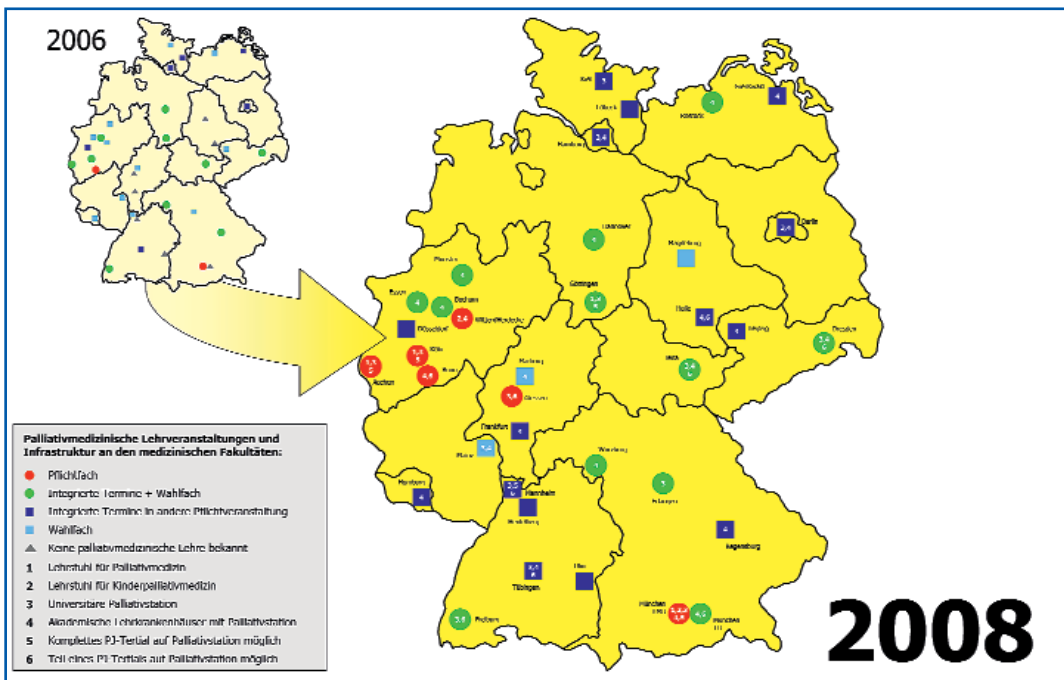
Die AG Palliativmedizin sieht ihre Aufgabe jetzt darin, die Fakultäten bei einer sinnvollen Integration der palliativmedizinischen Lehre in die Curricula im Rahmen der geänderten ÄAppO zu unterstützen. Wir freuen uns auf die Zukunft, in der junge Ärzte

die Hochschulen verlassen, welche auf den Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden besser vorbereitet sind, und danken allen, die uns auf diesem Weg unterstützt haben und weiter unterstützen werden.

AG Palliativmedizin der bvmd

Alexander Laske (12. Semester, Greifswald),

Isabel Dietz (12. Semester, München), **Benjamin Ilse** (8. Semester, Jena)
 (web www.pallmed.de, mail info@pallmed.de)



Viel hat sich in den vergangenen zwei Jahren verändert: Alle medizinischen Fakultäten in Deutschland lehren inzwischen die Palliativmedizin.

zubieten und auch zu prüfen. Diese Entwicklung ist neu: Noch 2006 hatte die bvmd es abgelehnt, die Palliativmedizin zum Pflichtlehr- und -prüfungsfach zu machen. Grund dafür war, dass es noch nicht genug Dozenten gab, und die Infrastruktur für eine flächendeckende Lehre noch nicht bestand.

Politik und Öffentlichkeit nahmen in den letzten Jahren zunehmend Defizite bei der Versorgung Todkranker wahr

Praktisches Jahr

Vergleichbare Ausbildungsstandards

Die bvmd hat Qualitätsstandards für die Ausbildung im PJ erarbeitet.

Das praktische Jahr (PJ) bleibt ein wichtiges Thema an den medizinischen Fakultäten. Von schlechter Ausbildung und Betreuung ist die Rede, von ständigem Blutabnehmen und Hakenhalten, von schlecht vorbereiteten Studierenden und billigen Arbeitskräften. Alle Beteiligten – Studierende, Professoren und Fakultäten – sind mit der Situation unzufrieden. Das muss doch auch anders gehen! Die bvmd hat daher eigene Qualitätsstandards für die Ausbildung im PJ erarbeitet.

In den PJ-Standards fordert die Medizinstudierendenorganisation deutschlandweit für alle Studierenden gleiche Voraussetzungen für eine gute PJ-Ausbildung und damit für die Vorbereitung auf das Staatsexamen und den Beruf. Das be-

trifft Mindeststandards wie die kostenlose Bereitstellung von Arbeitskleidung, einen einfachen Zugang zum Computerarbeitsplatz genauso wie einen adäquaten Freizeitausgleich.

Die bvmd setzt sich außerdem dafür ein, dass PJ-Anwärter sich bei dem Lehrkrankenhaus ihrer Wahl bewerben können und nicht, wie vielerorts üblich, erst die Uniklinik bedient wird, bevor Lehrkrankenhäuser PJler zugeordnet kommen. Die PJ-Standards fordern ferner strukturierte, wöchentliche Fortbildungen und die Definition von Ausbildungszielen, die mithilfe eines Logbuchs nachgehalten werden können. Studierende müssen im Rahmen ihrer Ausbildung natürlich auch innerhalb eines angemessenen zeitlichen Rahmens ärztliche Routinearbeiten verrichten. Genauso selbstverständlich sollte aber auch die durch Supervision unterstützte Betreuung eigener Patienten ein Teil der Ausbildung sein, um die künftigen Ärzte bestmöglich auf den Beruf vorzubereiten.

Eine Bezahlung für PJler ist vielerorts in der Diskussion. Ein Argument dagegen ist, dass die Studierenden als „Auszubildende“ vorwiegend Leistungen in Anspruch nehmen. Eine Bezahlung scheint somit widersprüchlich. Die Realität sieht aber leider häufig anders aus: Die PJler werden als Arbeitskräfte eingesetzt, wobei die Ausbildung zu kurz kommt. Nach Auffassung der bvmd ist eine Aufwandsentschädigung gerechtfertigt, wenn sie nicht als Bezahlung und damit als Legitimation von Ausbildungsdefiziten missverstanden wird. Auch wenn gerade während des PJs, in dem kaum ein Nebenverdienst möglich ist und vielen Studierenden kein Kindergeld mehr zusteht, eine finanzielle Unterstützung zur Deckung der Lebenskosten wünschenswert wäre: Der Verbesserung der Ausbildungsqualität muss die höchste Priorität zukommen.



1/4 AZ
 medi-learn

Daniela Kampmeyer,
 AG Medizinische Ausbildung, bvmd, 8. Semester, Köln
 ausbildung@bvmd.de

„Die Landärztin“

Triumph der Liebe

Herz, Schmerz und ein bisschen Medizin – Autorin Marion Schmid berichtet, wie sie ihren Lesern die heile Welt vermittelt.

Nach einer Umfrage der Berliner Charité unter Studierenden im praktischen Jahr wollen nur noch sieben Prozent von ihnen Hausärztinnen oder Hausärzte werden. Hauptgründe dafür: zu viel Arbeit, zu wenig Geld, zu viel Bürokratie. Dabei kann die Tätigkeit eines Landarztes durchaus erfüllend sein. Landärztin Dr. med. Christina Schwarz jedenfalls kann sich nicht beklagen. Sie wohnt in den österreichischen Alpen in einem schönen Haus, wird rund um die Uhr von ihrer Haushälterin, „einer begnadeten Köchin“, betreut und in der Praxis ist ihr „Sprechstundenhilfe“ Maria Huber eine unentbehrliche Unterstützung.

So hat Schwarz auch immer genügend Zeit, sich mit den großen und kleinen Problemen ihrer Patienten zu befassen, zum Beispiel mit denen der „blonden Madonna von der Alm“, der die Menschen im Dorf das Leben zur Hölle machen. Ihr wird zum Beispiel vorgeworfen, Kinder, die bei ihr eingekehrt waren, durch verunreinigtes Essen mit Salmonellen infiziert zu haben. Glücklicherweise lässt sich dieser Vorwurf mit tatkräftiger Unterstützung der Ärztin entkräften. Schließlich findet die „blonde Madonna“ dann auch noch ihr Glück. Roman Strößenreuther, der Besitzer „eines kleinen, aber feinen Restaurants in Kitzbühel“ verliebt sich in sie. Sie stößt ihn zwar zunächst zurück, weil sie mit den Männern schlechte

Erfahrungen gemacht hat. Mithilfe von Christina Schwarz, die zunächst Romans verstauchten Knöchel behandelt und dann bei ihm auch noch eine Weizenunverträglichkeit diagnostiziert, finden die beiden Liebenden schließlich doch zusammen. Und so sieht die Ärztin, wie Roman und Marion das Restaurant verlassen „und sich im Schein einer Straßenlaterne leidenschaftlich küssen“.

Doch leider gibt es Dr. Christina Schwarz nur in der Fantasie ihrer Autorin. Sie ist nämlich die Titelheldin der Romanreihe „Die Landärztin“. Dr. Christina Schwarz – ihre Patienten, ihr Leben“. Die Geschichten um die beliebte Medizinerin werden von Marion Schmid unter anderem unter dem Pseudonym Jenny Kayser regelmäßig als Hefroman im Bastei-Verlag veröffentlicht. Schmid schreibt seit zwölf Jahren Arzt-, aber auch Liebes-, Fürsten- und Heimatromane und gelegentlich sogar mal einen „Jerry Cotton“.

Vom Verlag erhält die Autorin gewisse Vorgaben, die sich auf die Handlung und den Umfang beziehen. So hat – drucktechnisch bedingt – jedes Heft 64 Seiten und einen Schutzumschlag. Inzwischen gibt es allerdings auch neuere Veröffentlichungen und Auflagen mit einem kleineren Format und einer entsprechend größeren Seitenzahl (128 In-





nenseiten). Sie sind wie Taschenbücher am Buchrücken verleimt. Inhaltlich ist entscheidend, „dass die Romane gut ausgehen und immer dasselbe Stammpersonal auftritt. Es schreiben verschiedene Autoren an den Romanen, und wenn sich einer aus dem Stammpersonal verlobt, müssen die anderen das wissen, um in Zukunft darauf Rücksicht nehmen zu können“, erläuterte Schmid gegenüber Studieren.de. Die eigentlichen Hauptpersonen neben dem Stammpersonal seien jedoch meist Patientinnen und Patienten der Landärztin.

Aus akademischer Sicht erfreuen sich die Trivialromane, zu denen die Arztromane im Heftformat gehören, keines guten Rufs. Sie gelten als Literatur, die keine Aufnahme in einen Kanon findet und über die keine Rezensionen geschrieben werden. „Trivialliteratur verläuft immer nach einem Schema. In der Regel beginnt sie nicht mit einer Milieuschilderung, sondern mit einem Dialog, die Handlung soll gleich von Beginn an fesseln. Gut und Böse sind von Anfang an zu erkennen, und die Verlaufserwartung des Publikums wird erfüllt, es wird nie – wie in einem sogenannten hochstehenden Roman – in die Irre geführt. Zudem gibt es keine langen Beschreibungen, die Sätze sind kurz“, erklärte Prof. Rosmarie Zeller, Universität Basel, die Gattung Trivialliteratur. Schmid ist sich dieser gattungsspezifischen Vorgaben durchaus bewusst. „Wenn es gut läuft, schreibe ich einen Roman in drei Tagen. Es muss schnell gehen, denn es ist ja auch eine Massenproduktion. Da feilt man nicht an jedem Satz. Aus allem, was da ist, lässt sich eine Geschichte machen.“ Die Texte seien schließlich dazu da, schnell konsumiert zu werden. Doch das heißt nicht, dass die Arztroman-Autorin keinen Wert auf Qualität legt. „Ohne Anspruch zu schreiben, wäre ja langweilig. Auch Trivialromane können besser und schlechter geschrieben sein.“ So bereite es durchaus Freude, einmal etwas auszuprobieren, „ohne dass es je-

Das Medizinische bleibt im Hintergrund. Vorrangig sind nun mal die Liebesgeschichten der Protagonisten.

Marion Schmid alias Jenny Kayser, Arztroman-Autorin

mand merkt“. Es gelinge ihr immer wieder mal, bestimmte Klischees aufzubrechen. „Bei den Heimatromanen ist dann beispielsweise nicht der Wilderer der Böse, sondern der Förster“, sagte Schmid.

Mit der Aufbereitung der Romane gebe man sich im Verlag dann ebenfalls viel Mühe. „Die Romane werden relativ aufwendig hergestellt und lektoriert. Das ist schon allein deshalb erforderlich, weil unterschiedliche Autoren an den Romanen arbeiten. Da muss der Lektor dann darauf achten, dass keine Unstimmigkeiten entstehen.“ Jeder Autor dürfe allerdings schon seinen eigenen Stil beibehalten. Mit den medizinischen Informationen in den Romanen nimmt Schmid es ebenfalls genau. „Dafür ist das Internet ja unglaublich hilfreich. Da kann man sich sogar die kompliziertesten Operationen zeigen und beschreiben lassen.“ Das Medizinische bleibe allerdings immer im Hinter-

grund. Vorrangig seien nun mal die Liebesgeschichten der Protagonisten. „Aber es kommen zum Beispiel Hochdruckprobleme vor, oder eine Figur hatte auch mal Borreliose. Manchmal wird natürlich auch Krebs diagnostiziert. Leukämie ist ganz gut, weil man die inzwischen oft heilen kann. Es endet also nicht allzu traurig.“ Todesfälle gibt es dennoch. „Es ist eben ein sehr rührendes Ende, wenn eine Mutter ihr Kind zurücklassen muss.“ Der Normalfall sei jedoch ein traditionelles Happy End, bei dem „wenigstens zwei sehr glücklich sind“.

Schmid ist nicht nur Arztroman-Autorin. Sie hatte ursprünglich Religionswissenschaften und Philosophie studiert und ist „durch einen Zufall da reingerutscht. Ich habe gemerkt, dass ich relativ schnell und gut schreiben kann und dass es eine Möglichkeit ist, meinen Mindestunterhalt zu sichern“. Ansonsten arbeitet sie zurzeit an verschiedenen Buchprojekten. Ihre Protagonistin Dr. Christina Schwarz finde übrigens selbst auch ihr privates Glück, verriet Schmid abschließend. „Sie ist jetzt mit dem Tierarzt verlobt. Die beiden passen ja auch gut zusammen.“

Gisela Klinkhammer

Niedergelassene Ärzte

Kollektiv gut, systematisch gut

Für die ambulante Versorgung steht eine Richtungsentscheidung mit enormer Tragweite an: Soll es beim Kollektivvertrag bleiben oder treten Einzelverträge zwischen Ärzteverbänden und Krankenkassen an seine Stelle? Beides nebeneinander kann nicht mehr lange funktionieren.

Andreas Köhler, der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) will jetzt endlich Klarheit: Wer soll die ambulante Versorgung in Zukunft organisieren? Und wie soll das geschehen? Die Antworten muss die neue Bundesregierung geben. Von ihr wird abhängen, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die seit vielen Jahrzehnten die ambulante medizinische Versorgung von rund 72 Millionen Menschen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sicherstellen, dafür auch weiterhin zuständig sind oder ob ärztliche Verbände und andere Anbieter an ihre Stelle treten werden. Darauf läuft letztlich der Streit um den Kollektiv- oder Selektivvertrag hinaus, der zunehmend die innerärztliche Diskussion bestimmt. Doch was sind Kollektiv- und Selektivverträge? Was verbirgt sich hinter diesen eher sperrigen Begriffen?

Beim Kollektivvertrag vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen Art und Umfang der ambulanten Versorgung sowie die Vergütung der niedergelassenen Ärzte. Weil das für alle Kassen und alle niedergelassenen Ärzte in der jeweiligen Region gilt, können alle Versicherten – unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sie Mitglied sind – jeden zugelassenen Vertragsarzt in Anspruch nehmen. Es herrscht freie Arztwahl, und alle Niedergelassenen dürfen alle GKV-Patienten behandeln. Patienten können auch unabhängig von ihrem Wohnort – etwa im Urlaub in Bayern oder an der Ostsee – einen Arzt ihrer Wahl aufsuchen. Die Vorlage der Krankenversichertenkarte genügt, die Vergütung des Arztes regeln die KVen untereinander.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sorgen gemeinsam mithilfe des Kollektivvertrags dafür, dass die GKV-Versicherten jederzeit freien Zugang zur ambulanten Versorgung haben und dass diese Versorgung einheitlich, flächendeckend und wohnortnah ist. Die Kassenärzte wiederum haben aufgrund des Kollektivvertrages die Garantie,

alle Patienten unabhängig von deren Kassenzugehörigkeit behandeln zu dürfen und dafür auch garantiert über ihre KV honoriert zu werden.

Dieses System funktioniert seit fast 80 Jahren so gut, dass uns viele andere Länder darum beneiden. Dennoch steht es jetzt infrage. Der Herausforderer ist der Selektivvertrag – eine Vereinbarung, die nach dem Willen des Gesetzgebers ohne Beteiligung der KVen zwischen ärztlichen Verbänden und den Krankenkassen geschlossen wird. Beispiel dafür sind die Hausarztverträge. Sie gelten jeweils für Versicherte derjenigen Kassen, die regional mit dem dortigen Hausärzterverband geschlossen werden, sofern der Versicherte sich bei einem Hausarzt einschreibt. Große Hausarztverträge gibt es derzeit beispielsweise in Bayern und in Baden-Württemberg. Vertragspartner in beiden Fällen ist die AOK.

Kommen nun mehr derartige Verträge zustande, wird die bislang einheitliche Versorgungslandschaft sehr rasch zu einem Flickenteppich. Die Patienten müssten künftig beim Arzt erst nachfragen, ob er mit ihrer Kasse auch einen Vertrag hat. Die Vergütung, die die Krankenkassen den ärztlichen Verbänden zahlen, wird den KVen abgezogen, denen am Ende nur noch die Restverwaltung bleibt. Auf die Ärzte käme eine Vielzahl von Verträgen zu und damit ein gewaltiger Aufwand für das Vertragsmanagement.

Ein Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertrag kann es auf Dauer nicht geben. Die KVen würden das nicht überleben. Bleibt die Frage, welche Art der Versorgung für alle Beteiligten die bessere ist. Die Antwort von KBV-Chef Köhler kann nicht überraschen: „Der Kollektivvertrag, modifiziert mit Ergänzungsverträgen, mit denen innovative Versorgungsformen ausprobiert und bei Erfolg in die Regelversorgung übernommen werden können.“ Ob das die Politik genauso sieht, wird sich bald zeigen. Denn die nächste Gesundheitsreform kommt garantiert – und damit auch Regelungen, die erkennen lassen, wem denn nun die Zukunft gehören soll: dem Kollektivvertrag oder den Einzelverträgen.

Josef Maus

Den Kassenärztlichen Vereinigungen bliebe am Ende der Entwicklung nur noch die Restverwaltung.

Martin Stolle*

Peter-Michael Sack*

Rainer Thomasius*

Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter

Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention

Zusammenfassung

Episodischer exzessiver Alkoholkonsum im Kindes- und Jugendalter (Rauschtrinken; „binge drinking“) stellt in Deutschland ein relevantes gesundheitliches Problem dar. Neben den möglichen somatischen Komplikationen sind mit dem episodischen exzessiven Alkoholkonsum Verkehrsunfälle und andere Unfälle, Gewalthandlungen sowie Suizide assoziiert. Je häufiger exzessiv konsumiert wird und je jünger die Kinder und Jugendlichen sind, umso größer ist das Risiko für die Entwicklung einer alkoholbezogenen Störung. Motivierende Kurzinterventionen haben sich als wirksam erwiesen, weiterem Rauschtrinken vorzubeugen. In Deutschland wird in einigen Regionen die Intervention „Hart am Limit“ angeboten. Darüber hinaus sollten weitere motivierende Kurzinterventionen entwickelt und evaluiert werden.

Schlüsselwörter: Alkoholkonsum, Jugendgesundheit, Alkoholabhängigkeit, Kurzzeittherapie

Summary

Episodic excessive alcohol consumption ("binge drinking") among children and adolescents has become a serious public health problem in Germany and is associated with a variety of risks. It is associated not only with somatic complications, but also with traffic accidents and other types of accident, violent behavior, and suicide. The more frequently a child or adolescent drinks to excess, and the younger he or she is, the greater is the risk of developing an alcohol-related disorder. Brief motivational interventions have been shown to have a beneficial effect in reducing further binge drinking and its complications. The intervention HaLT (Hart am Limit) is performed in a number of regions in Germany. Further types of brief motivating intervention should be developed and evaluated.

Key words: alcohol consumption, adolescent health, alcohol dependence, short-term treatment

Nach aktuellen Berichten der Bundesdrogenbeauftragten hat sich die Zahl der Jugendlichen bis 20 Jahre, die aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär in einem Krankenhaus behandelt wurden, von 9 500 im Jahre 2000 auf 23 165 im Jahre 2007 mehr als verdoppelt. Ihr Trinkstil des „Rauschtrinkens“ wird medienwirksam als „Koma-saufen“ oder „Kampftrinken“ auf „Flat-rate-Partys“ beschrieben. Etwa 3 800 dieser Patienten waren zwischen zehn und 15 Jahre alt, besonders zugenommen hat die Gruppe junger intoxikierter Mädchen.

Die Lebenszeitprävalenz für jeglichen Alkoholkonsum lag im Jahr 2007 bei den 15- bis 16-Jährigen bei 95 Prozent, die Zwölfmonatsprävalenz bei 93 Prozent (keine signifikanten Geschlechtsdifferenzen). Pro Woche konsumierte ein durchschnittlicher männlicher 16- bis 17-jähriger Jugendlicher im Jahr 2007 etwa 154 Gramm Alkohol. Das entspricht etwa elf Gläsern Bier à 0,3 l oder 2,5 Flaschen Wein und liegt damit deutlich über dem Konsum weiblicher Jugendlicher.

Im Jahr 2007 hatte den Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zufolge etwa die Hälfte der befragten Jungen und Mädchen bereits im Alter von zwölf Jahren erste Erfahrungen mit Alkohol gesammelt (keine signifikanten Geschlechtsdifferenzen). Die Hälfte der Jugendlichen berichtete von ersten Trunkenheitserleb-

nissen im Alter von 14 Jahren. Im europäischen Vergleich liegen deutsche Jugendliche im „binge drinking“ zusammen mit niederländischen und dänischen Jugendlichen an der Spitze. Deutlich niedrigere Prävalenzraten zeigen sich in einigen südeuropäischen Ländern.

In westlich orientierten Gesellschaften zählt das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit Alkohol zu den obligatorischen Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. Alkoholkonsum demonstriert Autonomie, ein „Schon-Erwachsenesein“, und scheint damit die Ablösung von den Eltern zu unterstützen. Weiterhin kann er Jugendlichen bei der vermeintlichen Lösung interpersonaler Entwicklungsaufgaben, wie der Sicherung eines hohen Status in der Peergroup und der Anbahnung erster auch erotischer Kontakte zu Gleichaltrigen dienen. Üblicherweise werden im weiteren Entwicklungsverlauf funktionale soziale Erwachsenenrollen übernommen und exzessive Konsummuster eingestellt („maturing out“).

Ein systematisches Review über die Forschungslage in europäischen Ländern unterscheidet zwei divergierende Motivationsstränge zum „binge drinking“:

- Gruppe 1 konsumiert in Erwartung von Spaß, aufregenden Erlebnissen, Vergnügung und vereinfachter Sozialkontakte. Soziale Hemmungen sollen überwunden werden, wobei die Erwartung gesteigerter sexueller Aktivitäten eine große Rolle spielt (beide Geschlechter).

- Gruppe 2 trinkt zur Spannungsreduktion, Stressbewältigung und im Sinne einer Selbstmedikation zur Regulierung

*Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Dr. med. Stolle, Dr. phil. Sack, Prof. Dr. med. Tomasius



Foto: Photohick

Rauschtrinken – klinische Kernaussagen

- Die Prävalenz des jugendlichen Rauschtrinkens bewegt sich auf gleichbleibend hohem Niveau mit einer Tendenz zu häufigeren Trinkereignissen. Knapp Prozent der 15- bis 16-Jährigen haben sich im letzten Monat ein- oder mehrmals betrunken.
- Typische alkoholassoziierte Erkrankungen des Herz-, Kreislauf- oder Verdauungssystems sind bei diesen Jugendlichen weniger bedeutsam als unmittelbare somatische Komplikationen der Intoxikation (zum Beispiel durch Aspiration von Erbrochenem oder Unterkühlung).

- Besonders relevant sind die Gefährdungen durch alkoholassoziierte Verkehrsunfälle, Gewalttaten (Täter und Opfer, auch sexualisierte Gewalt) oder Suizidhandlungen.
- Mit der Häufigkeit des Rauschtrinkens und frühem Einstieg in exzessive Konsummuster steigt das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit.
- Motivierende Kurzinterventionen noch in den Kliniken der somatischen Notfallversorgung haben sich nach US-Studien als wirksam erwiesen, weiteren Rauschtrinkereignissen und den damit verbundenen negativen Konsequenzen vorzubeugen. Es besteht Forschungsbedarf, inwieweit sich diese Ergebnisse auf Deutschland übertragen lassen.

negativer Affekte. Nur eine Minderheit setzt einen exzessiven Alkoholkonsum in spätere Altersstufen fort. Bei diesen Jugendlichen treffen lebensgeschichtlich frühe Risikofaktoren mit problematischen Folgen dieser Konsummuster zusammen. Jugendliche, die über „binge drinking“ berichten, konsumieren zudem zu einem hohen Prozentsatz weitere psychotrope Substanzen.

Verkehrsunfälle stellen bei Jugendlichen die Haupttodesursache dar, bei den 15- bis 20 Jährigen ist ein Drittel aller tödlichen Verkehrsunfälle mit Alkoholkonsum assoziiert. Nach Verkehrsunfällen und anderen Unfällen stehen Suizide sowie Folgen von Gewalthandlungen an dritter Stelle der Todesursachen im Jugendalter. Im Zusammenhang mit komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Phobien sowie belastenden Lebensereignissen erhöht „binge drinking“ das Risiko für

Suizidversuche und vollendete Suizide. „Binge drinking“ ist ferner mit früher sexueller Aktivität und häufig wechselnden Sexualpartnern assoziiert. Darüber hinaus ist es mit einer höheren Rate ungewollter (Teenage-)Schwangerschaften, Geschlechtskrankheiten, Unfruchtbarkeit und durch Alkoholkonsum belastete Schwangerschaften mit dem Risiko fetaler alkoholbezogener Schädigungen verknüpft. Das Risiko für weibliche Jugendliche, Opfer ungewollter sexueller Aktivitäten zu werden, steigt mit eigenem „binge drinking“ um das etwa Dreifache an.

Durch wiederholte exzessive Trinkereignisse wird das Risiko, eine alkoholbezogene Störung nach ICD-10 (schädlicher Gebrauch/Abhängigkeitssyndrom) zu entwickeln, deutlich erhöht. Als besondere Risikokonstellationen sind neben sozialen und genetischen Faktoren unter anderem ein frühes Einstiegsalter und häufige Trink-

ereignisse zu nennen. Jugendliche, die vor dem Alter von 15 Jahren beginnen, regelmäßig Alkohol zu konsumieren, haben ein vierfach höheres Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, als Jugendliche, die dies erst mit 20 Jahren tun. Wenn es gelingt, den Einstieg in den Alkoholkonsum um fünf Jahre aufzuschieben, reduziert sich das Risiko relevanter alkoholbezogener Probleme um die Hälfte.

Neurobiologische Aspekte

Über eine Wirkungssteigerung des hemmenden Neurotransmitters GABA (Gamma-Aminobuttersäure) und eine gleichzeitige Aktivitätsabsenkung des stimulierenden Neurotransmitters Glutamat vermittelt Alkoholkonsum eine Sedierung, die mit dämpfenden Effekten auf kognitive und motorische Fähigkeiten einhergeht. Gleichzeitig ist der Konsum mit einer Steigerung der ZNS-Aktivität in bestimmten Hirnregionen, wie zum Beispiel dem limbischen System, verbunden. Die Ausschüttung von Endorphinen und Dopamin, beide in dem sogenannten Belohnungssystem wirksame Neurotransmitter, wird erhöht. Gedächtnis- und Lernfunktionen werden über die alkoholinduzierte Aktivitätsabsenkung von Glutamat beziehungsweise der verminderten Stimulation eines spezifischen Glutamatrezeptors (N-Methyl-D-Aspartat, NMDA), der mit verbesserter Lern- und Merkfähigkeit in Verbindung steht, beeinträchtigt. Die wiederholte Dämpfung des Glutamat-NMDA-Systems kann zu einer kompensatorischen Übererregbarkeit der NMDA-Rezeptoren in abstinenter Phasen führen. Das ohnehin durch die NMDA-Übererregbarkeit beeinträchtigte System wird durch eine vermehrte Glucocorticoideausschüttung, die durch den jeweiligen Kurzentzug vermittelt wird, zusätzlich unter potenziell toxischen Stress gesetzt. Über diesen Mechanismus kann episodisches „binge drinking“ eine neurotoxische Wirksamkeit entfalten. Kognitive Einschränkungen im verbalen und nonverbalen Bereich sowie Beeinträchtigungen des räumlichen Vorstellungsvermögens, die den Rausch und den Entzug („Kater“) überdauern, können die Folge sein.

Jugendliche zeigen noch über das 21. Lebensjahr hinaus andauernde Hirnreifungsprozesse. Vor allem der präfrontale Kortex und das limbische System (insbesondere Hippocampus und Amygdala) sind von einer verstärkten Myelinisierung und einer Umstrukturierung der Synapsen betroffen. Man nimmt an, dass diese Reifungsprozesse das jugendliche Gehirn anfällig für „neurotoxischen Stress“ machen. Bei Jugendlichen ist der frühe Erstkonsum und mehrjährige Alkoholmissbrauch mit einer konsekutiven Abnahme des Hippocampusvolumens assoziiert. Tier-

experimentelle Studien an Nagern haben gezeigt, dass das adoleszente Gehirn im Vergleich zum adulten Gehirn eine besondere Empfindlichkeit gegenüber der Wirkung von Alkohol aufweist und nicht reversible neurodegenerative Schädigungen induziert werden können.

Motivierende Kurzinterventionen

Jugendliche neigen dazu, ihren Trunkenheitsgrad zu unterschätzen und wiederholten exzessiven Alkoholkonsum als harmlos einzustufen. Selbst wenn aus ärztlicher Sicht eindeutig riskante Konsummuster vorliegen, beschreiben sie sich selbst häufig als allenfalls „gelegentliche Partytrinker“. Meist ist die medizinische Behandlung einer Alkoholintoxikation in einer pädiatrischen oder internistischen Notfallambulanz der erste Kontakt zum Hilfesystem. Die Grenzerfahrung der eigenen Verwundbarkeit im Setting der Notaufnahme fördert die Bereitschaft zur Veränderung der riskanten Alkoholkonsummuster, wenn fachgerecht interveniert wird. Klassische Interventionen wie individuelle Beratung in Verbindung mit psychoedukativen Elementen und Selbsthilfegruppen-Angeboten können das Trinkverhalten nicht sicher effektiv modifizieren; sie sind zudem zeitaufwendig und personalintensiv. Als wirksamer erwiesen sich manualisierte Kurzinterventionen mit ein bis vier Sitzungen über jeweils 30 bis 60 Minuten, die durch geschulte Mitarbeiter der Klinik geleitet wurden. Die Interventionen werden nach einem semistrukturierten Leitfaden und mithilfe von Arbeitsblätter durchgeführt. Ein Schwerpunkt wird auf Techniken der motivierenden Gesprächsführung gelegt. Solche Techniken wurden für hoch ambivalente erwachsene Klienten des Suchthilfesystems entwickelt. Motivation ist demnach kein stabiler Zustand, sondern ein veränderbarer und interaktionaler Prozess, der stark durch den Stil des Beraters/Therapeuten beeinflusst wird. Verschiedene kontrollierte Studien konnten die Effektivität von motivierenden Kurzinterventionen („brief motivational interventions“) für Jugendliche und junge Erwachsene belegen, die aufgrund exzessiven Alkoholkonsums in Notaufnahmen behandelt wurden.

Dr. med. Martin Stolle

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
E-Mail: M.Stolle@uke.de



Langfassung des Beitrags und Literaturverzeichnis unter: www.aerzteblatt.de/09m595

Kasuistik



Uneröffnetes Resektat: Links und rechts geht es in den normalen Dünndarm weiter, unten die tumorös aufgetriebene und entzündete Struktur.



Eröffnetes Resektat: schwere Schleimhautschädigung links, Kotstein rechts, Peritonitis rechts

Ein 40-jähriger Mann, der bisher nie ernsthaft krank gewesen ist, klagt bei einer Feier über Magenschmerzen. Schon gegen 22.30 Uhr verlässt er das Fest, um sich hinzulegen. Die Schmerzen halten in der Nacht an, Übelkeit und Brechreiz kommen hinzu. Als am nächsten Morgen auch noch Fieber auftritt, sucht der Mann die Ambulanz einer Klinik auf. Dem Arzt gegenüber lokalisiert er die Schmerzen jetzt im rechten Unterbauch. Dieser diagnostiziert eine akute Appendizitis und veranlasst eine sofortige Operation. Intraoperativ zeigt sich aber ein völlig unveränderter Wurmfortsatz des Blinddarms. Nach Erweiterung der Laparotomie entdecken die Operateure eine Aussackung am Dünndarm, die sie zur Diagnostik in die Pathologie schicken.

Auflösung

Die Operateure fanden ein entzündetes Meckel-Divertikel. Dieses war tumorös aufgetrieben, die Wand ausgedünnt und die Serosa wegen der Entzündung mit Fibrin belegt. Der „Tumor“ war ein Kotstein, der die Wand schon fast perforiert hatte.

Zum Krankheitsbild

Das Meckel-Divertikel entspricht dem nicht vollständig zurückgebildeten Rest des Ductus omphaloentericus und liegt etwa 60 bis 90 cm oral der Bauhin-Klappe im Ileum. Da die Aussackung alle Wandschichten betrifft, handelt es sich um ein echtes Divertikel. Bei einem Pseudodivertikel tritt nur

die Schleimhaut durch Lücken der Muskularis. In der Regel machen Meckel-Divertikel keine Beschwerden. Bei einer Entzündung unterscheiden sich die Symptome aber kaum von der akuten Appendizitis.

Beschwerden können auch durch die häufig nachweisbaren Gewebheterotopien (normales Gewebe, aber am falschen Ort) bedingt sein. Am häufigsten lässt sich funktionell aktives Magen- oder Pankreasgewebe nachweisen. Im Kindesalter ist dies etwa in der Hälfte der Fälle die Ursache einer Blutung aus dem unteren Verdauungstrakt. Das Meckel-Divertikel findet man bei rund zwei Prozent aller Menschen. Oft ist es mit einer weiteren Fehlbildung kombiniert. Bei diesem Patienten fand man eine Verschmelzung des vierten und fünften Lendenwirbels und eine Halsrippe. **Helene Geddert,**

Institut für Pathologie an den St.-Vincentius-Kliniken Karlsruhe



Online-Kurse zum Thema EKG und weitere Tests im Internet: www.aerzteblatt-studieren.de/elearning