

tation, sofern eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Krankheit festgestellt wird.

**Dr. med. Thomas Hillmann,**  
Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Hohenzollerndamm 46/47, 10704 Berlin

## ADHS



Die Selbsthilfeorganisation fordert eine Verbesserung der Versorgung (DÄ 40/2007: „Kinder mit ADHS: Bessere Versorgung gefordert“).

## Geschultes und liebevolles Umfeld notwendig

Die im oben genannten Artikel zitierte Äußerung von Frau Dr. Menter, der Vorsitzenden der Selbsthilfeorganisation ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom), nach der „Kinderärzte häufig wenig über ADHS wissen“, kann nicht unkomentiert bleiben. Kaum ein Thema beherrscht den pädiatrischen Fortbildungskalender der letzten Jahre so wie ADHS. Paednet Südbaden, das Netzwerk der regionalen Kinder- und Jugendärzte, in dem mittlerweile 130 Kollegen organisiert sind, führte vor Kurzem das 3. Interdisziplinäre Symposium zum Thema ADHS in Konstanz durch. Die Veranstaltung zog jedes Mal 300 bis 400 Interessierte aus verschiedenen Fachdisziplinen an. Von Mangel an Fortbildungen oder Fortbildungswillen kann bei den Kinder- und Jugendärzten sicher nicht die Rede sein. . . . Leider erfuhr der Begriff ADHS in der Öffentlichkeit während der letzten Jahre eine geradezu inflationäre Verwendung. Ich wage die Vermutung, dass der Eindruck der „wenig wissenden Kinderärzte“ aufseiten der Selbsthilfeorganisation durch Eltern entstanden sein könnte, die gerade auf sehr gut fortgebildete Kinderärzte trafen, welche sich weigerten, ohne entsprechende Diagnostik verhaltensgestörten Kindern den ADHS-Stempel aufzudrücken und damit vorgefertigte elterliche Therapiewünsche zunächst enttäuschen mussten. Lange Wartezeiten für die Erstdiagnose sind zum Teil Realität. Dass ADHS in den letz-

ten Jahren geradezu sprunghaft zum häufigsten Vorstellungsgrund in Sozialpädiatrischen Zentren und Kinder- und Jugendpsychiatrien wurde und selbige fast überschwemmt, lässt durchaus über die Ursachen grübeln. Die Forderung nach „Therapieplätzen“ bleibt etwas unklar, ist doch die Notwendigkeit einer stationären Unterbringung bei „reinem“ ADHS eher die Ausnahme und stellt kaum ein Problem dar. Im ambulanten Bereich existieren jedoch durchaus Engpässe bei der kontinuierlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Begleitung der Patienten und deren Eltern. Hier gibt es Verbesserungsbedarf, denn der beste „Therapieplatz“ für ein Kind mit ADHS ist ein gut informiertes, geschultes, dabei konsequentes und liebevolles Umfeld. Angesichts der hohen „Nachfrage“ hat der gut fortgebildete Kinder- und Jugendarzt als erste Anlaufstation die verantwortungsvolle Aufgabe, die „Spreu vom Weizen zu trennen“. Dem fühlen wir uns durchaus gewachsen.

**Dr. med. Andreas Mattheß,**  
Pressesprecher des Paednet Südbaden e.V.,  
Schillerstraße 11, 78532 Tuttlingen

## CONTERGAN



Erste Contergan-Folgen wurden in ihrer Bedeutung zunächst nicht erkannt (DÄ 41/2007: „Die Contergan-Katastrophe: Die trügerische Sicherheit der ‚harten‘ Daten“ von Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Thomann).

## Anmerkung

Zu dem höchst interessanten Artikel von Professor Thomann über die Contergan-Katastrophe erlaube ich mir, folgende Anmerkung zu machen: Der Entdecker des Zusammenhangs zwischen Contergan-Einnahme und dem Auftreten von kindlichen Missbildungen, Prof. Dr. Widukind Lenz, war nicht in erster Linie Kinderarzt, sondern Humangenetiker. Ab Mitte der Sechzigerjahre war Professor Lenz Direktor des Humangenetischen Instituts der Universität Münster.

**Dr. med. Joachim Bogdanski,**  
Schaberger Straße 91a, 42659 Solingen

## Wer hat hier geschlafen?

Experimentelle, präklinische Ergebnisse an Nagern, die auch in Höchstdosierungen nach i.p.-Gabe von Thalidomid nicht zur Induktion des Schlafs in den Tieren führten, hätten den Entwicklern bei der Firma Grünenthal und der Arzneimittelaufsicht in der BRD Anlass zur Sorge geben müssen. Wer hat hier geschlafen? Diese grobe Fehlinterpretation oder auch Missachtung von Ergebnissen aus Tierversuchen, die in der BRD nie beleuchtet worden ist, kann auch nicht mit nachträglicher „solider Statistik“ den gewünschten Effekt herbeizaubern. In den USA, wo Grünenthal massiven Druck auf die Zulassungsbehörde ausgeübt hatte wegen der Anmeldung von Thalidomid, hatte die US-Arzneimittelbehörde FDA eine ausgeschlafene, junge Ärztin mit der Beurteilung der Zulassungsunterlagen beauftragt, die mit einem gesunden Menschenverstand ausgestattet war. Ein als Schlafmittel deklariertes Mittel, das in Nagern keinen Schlaf erzeugt, sollte nach dem Willen der mutigen Ärztin nicht einfach der amerikanischen Bevölkerung angeboten werden. Damit ist den Patienten in den USA die deutsche Katastrophe erspart geblieben.

**Otto Zierer,** Sedanstraße 14, 81667 München

## Allein auf Umsatz und Gewinn ausgerichtet

Der oben genannte Artikel von Thomann stellt die Fakten zur Fehlbildungskatastrophe richtig dar, von der Deutschland und auch das Vereinigte Königreich betroffen waren; zu ergänzen ist, dass Contergan am 31. und 32. Tag einer Schwangerschaft post conceptionem zu den Fehlbildungen infolge einer Neuropathie an der aussprossenden Arm- und Beinknospe des Feten führen kann, nicht aber in jedem Fall muss. Unerwähnt in dem Artikel bleibt jedoch, dass Contergan auch bei älteren Menschen, die dieses etwa wegen Schlafstörungen einnahmen, zu schweren Polyneuropathien führte. Als damaliger Assistent der neurologischen Universitätsklinik Würzburg wurde ich mit der Tatsache konfrontiert, dass ein Vertreter der

Herstellerfirma bei älteren, bettlägerigen Patient(inn)en, die das Mittel einnahmen, herumging und ihnen zwischen 10 000 und 20 000 DM anbot für eine Verzichtserklärung auf jede Regressforderung durch eine Medikamentennebenwirkung. Auf meine Intervention hin beim Klinikdirektor, Herrn Prof. Dr. G. Schaltenbrand, erhielt dieser Firmenvertreter Hausverbot. Auch dieser Vorgang beweist, dass die Politik der Herstellerfirma, ohne jede Rücksicht auf die ihr bekannten Nebenwirkungen, allein auf Verkauf, also Umsatz und Gewinn, ausgerichtet war. Auf die berechnete, moralische Forderung an eine Firma, Nebenwirkungen ihres Produkts zu erkennen und zu vermeiden, wurde zu diesem Zeitpunkt keinerlei Rücksicht genommen. Im Strafverfahren gegen die Firma Grünenthal stellte der Frankfurter Neuropathologe, Prof. Dr. Werner Krücke, in Tierversuchen einwandfrei fest, dass Thalidomid zu einer Neuropathie der periphersten gemischten, also motorischen und sensiblen Nerven beim Kaninchenfeten führt und damit für die Nebenwirkungen, also die gesamte Contergan-Katastrophe, verantwortlich ist.

Prof. Dr. med. Gert Jacobi, Blücherstraße 9,  
63739 Aschaffenburg/Main

schaftskultur (welche Art von Forschung bringt Ansehen?) und wirtschaftliche Interessen Fakten schaffen, die wiederum das zugrunde liegende Menschen- und Krankheitsbild unterstützen und verstärken. Es wird kaum reflektiert, welche (krankmachenden) Wirkungen dieses Menschenbild hat. Der Autor beschreibt die Möglichkeiten, gesunden Menschen Informationen über ihre individuellen Krankheitsdispositionen zu geben, um sie unter Umständen zu erhöhter „Compliance in Bezug auf präventive Maßnahmen“ zu bewegen. Ein so informierter Patient wird Angst bekommen oder sogar erschüttert sein. Die Information über eine ihn bedrohende Krankheit (die ihn auch ohne das neue Wissen vielleicht nie befallen hätte), wird ihn zum Opfer seiner Gene machen. Er ist Objekt. Nun wirft ihm die Medizin im

besten Fall einen zweifelhaften Rettungsanker zu: Er kann auf der Basis vorläufigen und unvollständigen Medizinwissens ein Risiko vermindern. Das Risikofaktorenmodell von Krankheit wird als Wahrheit übermittelt. Das Modell gibt dem Betroffenen nur eine beschränkte Freiheit und Autonomie und impliziert oft ein nicht zu beseitigendes Grundunsicherheitsgefühl (Risikofaktoren sind oft nur vermindert und nicht lösbar) . . . Ist er psychisch stabil und stark, wird er sich nach einer Zeit (zumindest vornehmlich) wieder als Subjekt und Schöpfer seines Lebens begreifen – trotz der medizinischen Intervention in Form der „wissenschaftlichen Information“. Das wird nicht allen so Informierten gelingen. Es ist bekannt, dass die Menschen gesünder sind, die ihr Leben „selbst in die Hand nehmen“. Das entspricht auch meiner kli-

## PUBLIC HEALTH GENETICS



In Deutschland scheut man sich, Public Health und Genetik zusammenzubringen (DÄ 41/2007: „In Deutschland noch umstritten“ von Prof. Dr. med. Jörg Schmidtke).

### Suggestiv

Der Titel ist suggestiv. „Noch umstritten“ könnte bedeuten, dass der Autor für die Zukunft erwartet (oder erhofft?), es werde keinen Diskurs mehr über „Public Health Genetics“ geben. Eine erschreckende Vorstellung. Die genetische Forschung ist ein Beispiel dafür, wie ein bestimmtes Menschen- und Krankheitsbild (der Mensch als Objekt biochemischer Prozesse), technische Machbarkeiten, eine bestimmte Wissen-

nischen Erfahrung. Im Prozess hin zu mehr Freiheit und Gesundheit bedarf es einer Stärkung des Subjekts . . .

Dr. med. Klaus Niehoff, Marbodstraße 14,  
65719 Hofheim am Taunus

## PRAKTIKA



Bei originär ärztlichen Aufgaben besteht die Aufsichtspflicht (DÄ 40/2007: „Praktika im Medizinstudium: Rechtliche Grenzen des Delegierens“ von Dr. med. Andreas Klement et al.).

## Rückzug aus der Verantwortung

So richtig die Ausführungen in der Sache auch sein mögen, so wenig hilfreich sind sie für die lehrenden Ärzte und noch viel weniger für die Studierenden im praktischen Jahr. Einerseits sollen die PJler den Autoren zufolge „an keiner Stelle eine ärztliche Tätigkeit selbstständig durchführen“, selbst Infusionen sollen „prinzipiell vom Arzt durchgeführt werden“. Andererseits ist es tagtägliche Realität in Kliniken, dass junge Assistenten schon ab dem ersten Tag selbstständig Stationen führen, Aufnahmen und Untersuchungen vornehmen, Therapieschemata entwickeln und auch auf Untersuchungsergebnisse reagieren können. Ich hoffe, dass nicht nur mir die massive Diskrepanz zwischen den von Ihnen gezogenen „Grenzen des Delegierens“ und den Anforderungen an Jungassistenten auffällt. Mit dem in meinen Augen ziemlich feigen Rückzug aus der Verantwortung für die praktische Ausbildung des Nachwuchses verschieben sich Lernprozesse in die ersten Assistentenjahre, wo sie keinen rechten Platz haben und dann die Jungärzte zutiefst frustrieren – und das, wo Medizin ohnehin zu den Fächern zählt, in denen sich die meisten Studienabgänger unzureichend auf das Berufsleben vorbereitet fühlen. Insofern möchte ich einen in einem vorausgegangenem DÄ gemachten Vorschlag wieder aufgreifen und PJler eher als Unterassistenten begreifen, die, unter enger Aufsicht und Evaluation, durchaus ei-

genständig Untersuchungen, Befundungen und Therapieentscheidungen durchführen. Deshalb heißt es „praktisches Jahr“. Auszubildende Ärzte müssen in der Lage sein, aus dem Hintergrund zu überprüfen, ohne alles selbst machen zu müssen, und brauchen dabei auch die Courage, eher Fehler abzufangen als sie durch Nichtdelegieren zu vermeiden . . .

Markus Wedemeyer, Bahnhofstraße 32,  
26180 Rastede

## Lösungsvorschlag erwartet

Die in dem Artikel beschriebenen Umstände, unter denen ein Medizinstudent ärztliche Tätigkeiten ausüben darf und sollte, haben mit der alltäglichen Praxis eines Studenten in der Famulatur, im Blockpraktikum und im praktischen Jahr nichts zu tun. Allenfalls stellen sie eine Idealvorstellung dar, abgeleitet aus der Approbationsordnung für Ärzte und anderen rechtlichen Bestimmungen. Studenten im praktischen Jahr, die in den Betrieb einer Krankenstation eines Universitätsklinikums eingebunden sind, führen alltäglich ärztliche Aufgaben durch, ohne dass eine Überprüfung ihrer Fähigkeiten erfolgt wäre oder ein Arzt anwesend ist. Selbst nicht delegationsfähige Aufgaben, wie das Aufklärungsgespräch, werden, auf Geheiß der klinisch tätigen Ärzte vor Ort, routinemäßig von Studenten durchgeführt, ohne dass im Anschluss eine Kontrolle dieses rechtlich ohnehin schon unzulässigen Vorgangs erfolgt. Eine Weigerung des PJ-Studenten, diese Tätigkeiten auszuführen, entspräche einer Arbeitsverweigerung. Somit sind große Teile der praktischen Ausbildung von Medizinstudenten systematisiert illegal. Die Gründe für diesen Missstand liegen sowohl in den Vorschriften des geltenden Rechts als auch in den Bedingungen, unter denen die praktische Ausbildung der Studenten im Krankenhaus umgesetzt wird. Von den Autoren hätte man also zumindest erwarten können, dass diese Zustände benannt und eine Lösung vorgeschlagen werden.

Jakob Triebel, Hermann-Rein-Straße 8/154,  
37075 Göttingen

## KINDERORTHOPÄDIE

### Schwieriges Gebiet umfassend dargestellt

Das Buch widmet sich ausführlich und reich bebildert einem klinisch sehr relevanten Bereich der Erkrankungen des musculoskeletalen Systems. In anschaulicher Weise werden die typischen Erkrankungen des Bewegungsapparats bei Kindern dargestellt.

Das Buch gliedert sich in einen kürzeren allgemeinen Teil, der die Prinzipien der konservativen und operativen Therapie und sozialmedizinische Aspekte berücksichtigt. Ausführlich werden die verschiedenen Stadien des Wachstums und der Entwicklung des Skelettsystems dargestellt. Anhand übersichtlicher Tabellen ist es möglich, die aktuelle Entwicklung eines kindlichen Patienten einzuordnen. Im speziellen Teil werden die verschiedensten Erkrankungen strukturiert und gut bebildert dargestellt. Erfreulich ist, dass auch das Gebiet der Traumatologie kompetent dargestellt wird. Die wichtigsten knöchernen Verletzungen werden radiologisch und schematisch mit den dazugehörigen Therapieprinzipien und Komplikationsmöglichkeiten erläutert. Am Ende gehen die Autoren noch auf die

Differenzialdiagnostik von Beschwerden des musculoskeletalen Systems bei Kindern ein. Die zusätzliche Darstellung der einschlägigen klassischen und aktuellen Literatur ermöglicht zudem ein vertiefendes Studium.

Das Buch wendet sich an Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowohl in der Ausbildung

als auch in der Praxis, an Kinderärzte und alle ärztlichen Kollegen, die kindliche Erkrankungen behandeln. Das schwierige Gebiet der Kinderorthopädie ist umfassend und übersichtlich dargestellt.

Peer Eysel

Peter Matzen (Hrsg.): **Kinderorthopädie**.  
Urban & Fischer, Elsevier GmbH, München, 2007,  
675 Seiten, gebunden, 136 Euro Subskriptionspreis, ab 24.1.2008: 170 Euro

