

Courrier au BMS



Scoring

Eindringlich fragte mich der Zentrumsnotfallarzt nach dem GCS bei einer Patientin, die ich aufgrund meines Verdachts auf intrakranielle Blutung zwei Tage nach einem Schädelhirntrauma per Rega einweisen wollte: Die Bewusstseinstrübung undulierte, auch visuelle und taktile Phänomene gaben keinen Anhaltspunkt für die Lokalisation des Geschehens. Ganz sicher aber – und dies konnte ich aufgrund meiner Erfahrung und meiner Kenntnis der Person der Patientin ganz bestimmt sagen – war hier eine Notfallsituation, welche rasches Handeln erforderte, um Folgeschäden zu vermeiden.

Als ich auf die Frage des Assistenzarztes nicht gleich eine Antwort gab, begann er mich zu behandeln wie ein ungeduldiger Lehrer seine minder begabte und begriffsstutzige Schülerin, er zählte mir GCS-Zahlen auf: 15? 12? Ich wiederholte in einfachen Worten den klinischen Befund, woraus der GCS zwanglos hervorging. Weil die Situation ernst war, liess ich mich nicht auf weitere Diskussionen ein, übergab seine besserwissere Art und Belehrung und teilte ihm meine Verdachtsdiagnose mit. Doch er konnte nicht loslassen, er musste nachhaken und meine Verdachtsdiagnosen in Frage stellen. Wieder versuchte ich sachlich zu bleiben, gab noch Personalien und Ankunftszeit durch und fragte, ob er sich um die Patientin bei ihrer Ankunft kompetent kümmern würde. Ich erhielt keine Antwort, sondern wurde mit einem unfreundlichen schnellen Adieu abgehängt.

Nächsten Frühling kann ich auf 20 Jahre Landarztpraxis zurückblicken, dem vorausgegangen sind 10 Jahre Akutspitalausbildung. Auch wenn ich nicht alle Errungenschaften der Medizin als Segen ansehe, ziehe ich doch in bestimmten Situationen alle Register, um Schaden an Leib und Seele meiner Patienten und Patientinnen abzuwenden. Man entwickelt mit den Jahren ein Gespür, zusammengesetzt aus Wissen, Erfahrung und Intuition. Die Erhebung eines GCS – der notabene als Zahl nichts über den Zustand des Patienten aussagt, noch Überlegungen bezüglich

Ätiologie des Leidens zulässt –, das ist dieser Situation am Ort des Geschehens l'art pour l'art. Der GCS ist ein Score – wie andere auch –, welcher Subjektivität ausschliessen soll:

Da ist zum Beispiel der BDI: was nützt es einem depressiven Patienten, wenn seine Depression nach BDI klassiert ist, wenn ihm nicht ein Mensch gegenüber sitzt, welcher offen ist für die leidende Seele und bereit, sich zu engagieren?

Ich wehre mich dagegen, dass die Medizin verscort wird, Scoring ist eine eindimensionale Sichtweise, welche einen leichteren Umgang mit dem komplexen System Mensch ermöglichen soll. Scoring soll Sicherheit geben? Eine Illusion. Zur Erfassung eines medizinischen Problems ist der ganze Mensch im Arzt gefordert. Er darf sich nicht hinter Daten verstecken.

Wo wird unsere Medizin hinführen, wenn wir Ärzte nicht mehr in der Lage sind oder nicht mehr den Mut aufbringen, ohne Daten und Scores ärztlich zu handeln?

Dr. med. Annemarie Baumgartner, Lützelflüh



Die Struktur der Übergewichtsepidemie

In der Ausgabe Nr. 34 freute ich mich über einen sehr interessanten Artikel: «Die Struktur der Übergewichtsepidemie» von Herrn D. Fäh [1]. Einzig irritierte mich die Behauptung, die Zunahme von Ein-Eltern-Familien bzw. die Zunahme erwerbstätiger Mütter sei mit schuld an der (ohne Zweifel beängstigenden und mit allen Mitteln zu bekämpfenden) steigenden Prävalenz der Adipositas v.a. auch im Jugendalter. Als einzige Referenz ist hier eine Arbeit von Anderson et al. [2] erwähnt, eine Arbeit, die im PubMed mit dieser Aussage ziemlich alleine dasteht. Der in der Ausgabe Nr. 39 erschienene Leserbrief von Dr. O. Masner [3] hat mich dazu bewogen, nun doch selbst zur Feder zu greifen.

Ein Problem wird erkannt und unmittelbar eine Schuldige gefunden: In anachronistischer Weise wird die Mutter (bzw. die fehlende) für ein weiteres gesellschaftliches Problem verantwortlich

gemacht. Dies obschon es genügend Arbeiten gibt, die zeigen, dass in den Industrienationen die Prävalenz der Adipositas vor allem bei Kindern aus Schichten mit niedrigem Bildungsstatus (wo besonders *wenige* Mütter arbeitstätig sind [4]) erhöht ist [5, 6].

Die Annahme, die Ernährung von Kindern, deren Mütter zu Hause bleiben, sei gesünder, ist reine Spekulation. Genauso entbehrt die Annahme, die körperliche Aktivität von Kindern, deren Mütter nur für sie da sind, sei im Vergleich zu Kinderkrippenkindern erhöht, jeglicher Beweisgrundlage. Ich möchte behaupten, dass wahrscheinlich das Gegenteil der Fall ist. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass mit zunehmender Anzahl Geschwister das Risiko der Adipositas sinkt – was in Krippensystemen simuliert wird [6].

Die fehlenden Väter sind in der Argumentation – wie immer – gar nicht erwähnt.

Als beeinflussbare Faktoren bei der Entstehung der Adipositas sind die Eltern (!) und das soziale Umfeld sicher von grosser Bedeutung. Bewiesen ist die Ernährung und Stoffwechsellage der Frau während der Gravidität: «in utero programming» [7]. Die Vorbildfunktion *beider* Eltern

und zusätzlicher Erzieher sowie Gleichaltriger («peers») spielen zweifellos eine grosse Rolle.

*Dr. med. B. Wölnerhanssen,
Universitätsspital Basel*

- 1 Fäh D. Die Struktur der Übergewichtsepidemie. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(34):1453-8.
- 2 Anderson PM, et al. Maternal employment and overweight children. J Health Econ. 2004; 23(3):477-504.
- 3 Masner O. Hunger nach was? Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(39):1693.
- 4 Bühler E, Heye C. Fortschritte und Stagnation in der Gleichstellung der Geschlechter 1970–2000. Geographisches Institut der Universität Zürich. Eidg. Volkszählung 2000, Bundesamt für Statistik 2005.
- 5 Lamerz A. et al. Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. Int J Obes (Lond). 2005; 29(4):373-80.
- 6 Patterson ML, et al. Sociodemographic factors and obesity in preadolescent black and white girls: NHLBI's Growth and Health study. J Natl Med Assoc. 1997;89(9):594-600.
- 7 Barker DJP. In utero programming of chronic disease. Clin Sci (Lond). 1998;95:115-28.