

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Leodolter S

Entwicklung der Frauenheilkunde in den nächsten 20 Jahren

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2003; 21 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 15-15*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2003; 21 (4)
(Ausgabe für Österreich), 15-17*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Entwicklung der Frauenheilkunde in den nächsten 20 Jahren

S. Leodolter

„In der Wissenschaft gleichen wir Kindern, die am Rande des Wassers hie und da einen Kiesel aufheben, während sich der tiefe Ozean des Unbekannten vor ihren Augen erstreckt.“

(Nach Isaac Newton)

Nun, das Interesse der wissenschaftlichen Forschung wird in den nächsten Jahren insbesondere der Erforschung der Tiefen des „molekulargenetischen Ozeans“ gelten. Da heute (2003) das Erbgut schon weitgehend identifiziert ist, werden in unmittelbarer Zukunft die Funktionen der Gene und die Zusammenhänge zwischen individueller, genetischer Variabilität einerseits und Krankheiten andererseits im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Forschung stehen.

Für diese Vorhaben werden in Biotheken „gestorte“ Blut- und Gewebeproben Verwendung finden, wobei sich die Britische Biobank-Studie, für die 2004 der Startschuß fällt, als modellhaft erweisen wird: eine halbe Million Freiwillige zwischen dem 45. und 69. Lebensjahr werden Blut und Gene spenden sowie Forschern 10 Jahre lang Einblick in ihre individuellen Lebensgewohnheiten und Krankengeschichten geben. Ziel dieses komplexen Forschungsvorhabens wird einerseits die Akkumulation epidemiologischer Daten sein, andererseits wird ver-

sucht werden, mittels Chip-Technik und Barcodes detaillierte polygenetische Prozesse zu identifizieren, um für genetisch definierte Personengruppen das jeweilige Krankheitsrisiko zu ermitteln; als Konsequenz werden sich völlig neue Möglichkeiten der Prävention, Früherkennung und Therapie maligner Erkrankungen aufzeigen lassen. Ein substanzielles Problem wird in der Kommerzialisierung der Forschungsergebnisse dieser Studie liegen, also in dem Umstand, daß mit Hilfe von Patientenmaterial Gewinne zu erzielen sein werden. Dieses Problem wird sich durch „Benefit-Sharing“ bzw. „Access-Sharing“ (u. a. kostenlose medizinische Betreuung der Spender) lösen lassen.

Projekte der angewandten Genforschung bergen allerdings auch eine Reihe von Gefahren: Die Auswertung genanalytischer Daten ist komplex und setzt ein hohes assoziatives Wissen voraus. Eine spezielle Herausforderung wird insbesondere in der Erforschung von Gen-Gen-Interaktionen zu sehen sein. Es werden weiters Zusammenhänge zwischen Genen und Erkrankungen hergestellt werden, die real nur von untergeordneter Bedeutung sind, und es werden genetische Merkmale identifiziert werden, die sich nicht ändern lassen; mit all den sich daraus ergebenden Konsequenzen.

Fest steht allerdings, daß die molekulargenetisch geprägte Grundlagenforschung die gynäkologische Onkologie nachhaltig verändern wird, wobei die gewonnenen Erkenntnisse und Entdeckungen Chance, aber auch Risiko darstellen – sind sie doch eng mit der Schaffung einer neuen Welt verbunden. Die „empirische“ Onkologie wird

durch die „molekulare“ Onkologie ersetzt werden, diese wird nicht nur Prävention und Diagnostik entscheidend beeinflussen – wie schon jetzt das Beispiel HPV-Infektion und Zervixkarzinom zeigt –, sondern die Ermittlung von genetischen Profilen wird auch helfen, für den individuellen Fall maßgeschneiderte, therapeutische Konzepte („tailored chemotherapy“) zu erarbeiten.



Faszinierende Perspektiven werden sich aus den Forschungsergebnissen bezüglich des Einflusses von Umwelt und „Lifestyle“ auf die Malignomentstehung ableiten lassen, womit umgekehrt die theoretische Möglichkeit gegeben sein wird, bestimmte genetische Konstellationen durch Änderung von Umweltbedingungen bzw. Lebensweisen zumindest zu neutralisieren. In diesem Kontext wird es notwendig sein, durch Schaffung eines „Interface“ ein bislang weitgehend ungelöstes Problem zu lösen: Man wird sich bemühen müssen, in Zukunft in wesentlich stärkerem Maße als es heute der Fall ist, die Ergebnisse der Grundlagenforschung im klinischen Alltag umzusetzen. Ein wichtiger Stellenwert wird in diesem Zusammenhang auch der bioethischen Relevanz der Forschungsergebnisse zukommen, die gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung zu diesem Thema ist vorprogrammiert; als Beispiel sei die Präimplantationsdiagnostik genannt, die auch in der gynäkologischen Onkologie, vor allem im Rahmen der Prävention von familiären Karzinomen, eine wichtige Rolle spielen wird.

Die Decodierung des menschlichen Genoms stellt zweifellos die entscheidende medizinische Revolution unseres jungen Jahrtausends dar, allerdings wird die Menschheit erst lernen müssen, mit dieser Revolution umzugehen. Als Konsequenz werden sich in den nächsten 20 Jahren für die tägliche medizinische Praxis vor allem 2 Probleme ergeben, die einer Lösung zugeführt werden müssen:

- Einerseits werden Kosten- bzw. Finanzierungsaspekte die Gesundheitsdiskussionen dominieren und
- andererseits werden die enormen Fortschritte in der Molekulargenetik zu einem immer größeren Detailwissen auf immer kleineren Wissensgebieten führen, womit die Gefahr besteht, daß der Mensch auf genomische, epigenetische und proteomische Aspekte reduziert wird und der Blick auf das Gesamtheitliche verloren geht.

In bezug auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt der Aufwand für die Gesundheitsversorgung in Österreich derzeit (im Jahre 2003) mit 7,7 % im europäischen Durchschnitt. Prognostiziert wird – sollte sich am Gesundheits- und Finanzierungssystem nichts ändern –, daß für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in 20

Jahren etwa 25 % des Bruttoinlandsproduktes anzusetzen sein werden. Auf Metaebene wird demnach entschieden werden müssen, wohin der Weg geht. Die GesundheitsökonomInnen werden aufzeigen – abstrakte Begriffe wie Input, Throughput, Output und Outcome werden die Diskussion dominieren –, die Politiker haben zu entscheiden. Mehrere Einsparungspotentiale könnten gesetzt werden: So ist das derzeitige duale Finanzierungsmodell (einerseits Steuermittel / andererseits Beiträge aus der Sozialversicherung) zweifellos ein „Auslaufmodell“; ein weiteres signifikantes Einsparungspotential wird sich durch Vernetzung der verschiedenen Versorgungsebenen des Gesundheitssystems (ambulanter, stationärer und rehabilitativer Bereich, sowie Palliation) ergeben. Und nicht zuletzt wird ein riesiger privater Markt entstehen; ein Aufbrechen der Risikogemeinschaft ist vorauszusehen, die Entsolidarisierung ist vorprogrammiert – wir sind am Weg zur 2-Klassen-Medizin.

In bezug auf die ärztliche Versorgung wird in Zukunft von einem Zweisäulenmodell auszugehen sein:

So werden Änderungen von Versorgungsprozessen und Versorgungsstrukturen dazu führen, daß Medizin vor allem in spezialisierten Zentren, unter Zugrundelegung von Evidenz-basierter Medizin, von Leitlinien-gestützter Versorgung, Qualitätsmanagement und unter Anwendung von Disease-Management-Programmen bzw. entsprechendem Krisenmanagement praktiziert wird. Ein wichtiger Faktor wird auch der zunehmenden Verrechtlichung der Medizin zukommen, sie wird den Alltag mitbestimmen. Vorrangiges Ziel der Zentralisierung wird sein, eine Verbesserung der Versorgungsqualität („Effektivität“) bei gleichzeitiger Kostenreduktion („Effizienz“) zu erreichen.

Andererseits wird es als Reaktion auf die hochgradige (Sub-) Spezialisierung in der Medizin zu einer ganz wesentlichen Aufwertung von ÄrztInnen der Basisversorgung kommen; diese werden nicht nur für die „Primary Care“ zuständig sein, sondern gleichzeitig als „Gate-Keeper“ fungieren: Sie werden dafür sorgen, daß neben dem Hightech nicht der Hightouch verloren geht – daß also der Blick auf das Ganzheitliche gewahrt bleibt. Es wird sich der Gedanke durchsetzen, daß der Mensch eben mehr ist als nur die Summe seiner mole-

kulargenetisch determinierten Teile; er besteht zwar einerseits aus einem logischen und mit modernen Untersuchungstechniken nachvollziehbaren Teil, er besteht aber auch aus Irrationalität („Akausalität“), und dieser Teil läßt sich nicht in Zahlen gießen und kann höchstens bruchstückhaft erforscht werden.

Die Hightech-Medizin wird durch die traditionelle Medizin, die „Naturmedizin“, ergänzt werden, womit vor allem sehr basale Lebensregeln, die der Erhaltung der Gesundheit dienlich sind, von zunehmender Bedeutung sein werden. Konsekutiv wird es zu wesentlichen Lebensstil-Modifikationen kommen, mit hoher Akzeptanz für präventive Maßnahmen. Die Kombination von Hightech und Hightouch wird weiters dazu führen, daß eine neue Philosophie im Zentrum unseres Lebens stehen wird; statt wie bisher die Pathogenese wird die „Salutogenese“ das tägliche medizinische Handeln bestimmen. In diesem Kontext kommt auch einem anderen Umstand Bedeutung zu: Der ärztliche Paternalismus wird bei Interaktion mit den PatientInnen durch ein „Shared Decision Making“ ersetzt werden; Wissen und Wertvorstellung

unserer Patientinnen werden in das medizinische Procedere sehr substantiell einzubeziehen sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß der Versuch der wissenschaftlichen Forschung durch Erarbeitung immer größeren Detailwissens, um den Menschen in seiner Gesamtheit zu charakterisieren (also ausreichend „Kieselsteine“ als Baumaterial zu sammeln), scheitern wird. Nicht zuletzt ist der Grund dafür, daß die Vermehrung von Detailwissen exponentiell die Kombinationsmöglichkeiten dieser Details vermehrt, so daß die Fähigkeit, Prozesse in ihrer Gesamtheit zu verstehen, mehr und mehr asymptotisch die Null-Linie erreicht. Der „Turmbau zu Babel“ wird einmal mehr mißlingen. Zwar wird der Mensch in Zukunft besser funktionieren, er wird aber, und das ist vielleicht die wichtigste Prophezeiung, auch lernen müssen, innere Zufriedenheit zu finden.

*„Man muß den Menschen
die Wunder zeigen,
die sie selbst vollbringen können.“
(Prof. Willi Dungal)*

Sepp Leodolter

Geboren 1943 in Wien. Von 1961–1967 Medizinstudium an der Universität Wien. 1967 Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde. Von 1967–1970 Assistenzarzt am Pharmakologischen Institut/Universität Wien; weiters Absolvierung der Gegenfächer. 1970 Co-Autor einer Arbeit, die mit dem „Anton von Eiselsberg-Preis 1970“ ausgezeichnet wurde. 1970–1981 Universitätsassistent an der I. Universitäts-Frauenklinik/Wien. 1972 Co-Autor einer Arbeit, die mit dem „Anton von Eiselsberg-Preis 1972“ ausgezeichnet wurde. 1975 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 1979 Lehrbefugnis als Universitätsdozent (venia docendi) für Gynäkologie und Geburtshilfe. 1981–1996 Vorstand der Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses der Stadt Wien/Lainz. 1983 Ernennung zum Leiter eines Ludwig Boltzmann-Institutes. 1985 Verleihung des Titels eines a.o. Universitätsprofessors. 1985 Ernennung zum Stellvertreter des Ärztlichen Leiters des Krankenhauses der Stadt Wien/Lainz. 1996 Ernennung zum o. Univ.Prof., seit 1996 Leiter der Klinischen Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde/Wien. 1999 Wahl zum Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG). 1999 Wahl zum Stellvertreter des Vorstandes der Universitätsklinik für Frauenheilkunde/Wien. 2001 Wahl zum Präsidenten der Gesellschaft der Ärzte in Wien. 2003 Wahl zum Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG).

Korrespondenzadresse:

o. Univ.-Prof. Dr. Sepp Leodolter
Klinische Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail: Sepp.Leodolter@akh-wien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung