

A Database of Patients' Experiences (DIPEX): Patienten berichten von ihren Krankheitserfahrungen

Über den Aufbau einer Datenbank im Internet

Andrew Herxheimer, Ann McPherson, Rachel Miller, Alison Chapple, Sasha Shepperd, Michael M. Kochen*, Sue Ziebland

Zusammenfassung

DIPEX (Database of Individual Patients' Experience of illness) ist eine neue Multimedia-Website (www.dipex.org), die Patientenerfahrungen mit evidenz-basierten Informationen über Krankheit und Behandlungsoptionen verbindet. Hyperlinks zu anderen Internetseiten oder zu Selbsthilfegruppen ergänzen die Informationen. DIPEX hat sich zum Ziel gesetzt, nicht nur den vielfältigen Informationsbedürfnissen von Patienten und deren Betreuern zu entsprechen, sondern auch Ärzte, Krankenpflegepersonal, Wissenschaftler sowie Manager und Verwalter im Gesundheitswesen mit der Perspektive von Patienten vertraut zu machen.

Summary

DIPEX (Database of Individual Patients' Experience of illness) is a new multimedia website (www.dipex.org) which links a database of patients' experiences of their illnesses with evidence-based information on disease and treatment options, including support groups and hyperlinks to other websites. DIPEX aims to identify and respond to the information needs of sick people and their carers and is a means of providing a patient-centred perspective to doctors, nurses, researchers, managers and those who commission health services.

Key words

DIPEX, evidence based treatment, patient-centred perspective.

Einleitung

Viele Menschen, die mit einer schweren Krankheit konfrontiert werden, haben Angst. Sie wissen zunächst wenig oder gar nichts über ihre Erkrankung und benötigen von einem Tag auf den anderen Informationen u.a. über Behandlungsoptionen und Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme. Erfahrungen aus erster Hand von Menschen, die in einer ähnlichen Situation waren, sind dabei eine wertvolle Hilfe.

DIPEX (Database of Individual Patients' Experience of illness) ist eine neue Multimedia-Website (www.dipex.org), die im Juli 2000 ins weltweite Netz gestellt

wurde und Patientenerfahrungen (bislang zur essenziellen Hypertonie und zum Prostatakarzinom) mit evidenzbasierten Informationen über Krankheit und Behandlungsoptionen verbindet (1). Hyperlinks zu anderen Internetseiten oder zu Selbsthilfegruppen ergänzen die Informationen. DIPEX hat sich zum Ziel gesetzt, den vielfältigen Informationsbedürfnissen der nachfolgend aufgelisteten Zielgruppen umfassend zu entsprechen:

- Fragen und Probleme zu identifizieren, mit denen Menschen im Verlaufe einer bestimmten Krankheit konfrontiert werden,
- Patienten und Betreuer zu informieren,
- Ärzte, Krankenschwestern und anderes Gesundheitspersonal fortzubilden sowie Wissenschaftler, Manager und Verwalter im Gesundheitswesen mit der Perspektive von Patienten vertraut zu machen.

Hintergrund

Die Revolution in der Kommunikations- und Informationstechnologie bietet neue Möglichkeiten, gesundheitsbezogene Informationen zu erhalten und kann so die Arzt-Patient-Konsultation radikal verändern. Einige Kranke erscheinen schon heute mit Informationen aus dem Internet über ihre Krankheit in den Arztpraxen. Patienten mit seltenen Erkrankungen sind in der Regel mindestens so gut informiert wie ihr Hausarzt (2).

DIPEX Project, Dr. Sue Ziebland

ICRF General Practice Research Group, Department of Primary Health Care, Institute of Health Sciences, University of Oxford, GB-Oxford OX3 7LF, Tel.: 00 44-18 65-22 67 58, Fax: 00 44-18 65-22 71 37, e-mail: sue.ziebland@dphpc.ox.ac.uk

* Abteilung Allgemeinmedizin

Georg-August-Universität Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, e-mail: mkocher@gwdg.de

Patientenerfahrungen

Gut informierte Patienten sind psychisch ausgeglichener, weniger ängstlich (3) und besser auf die Konsultation vorbereitet als Kranke, die weniger gut Bescheid wissen (4). Zudem sind die Behandlungsergebnisse bei Patienten besser, die sich aktiv an Entscheidungen beteiligen (5-7). Aber auch diejenigen, die keine aktive Rolle bei der Entscheidungsfindung wünschen, können von qualitativ hochwertiger Information profitieren (8).

Da Patienten nur selten an krankheitsspezifische Erfahrungen aus der Vergangenheit anknüpfen können, versuchen sie oft, diesen Informationsbedarf über formale und informelle Quellen, Selbsthilfegruppen, das Internet, verfügbare Literatur sowie Unterhaltungen mit Freunden oder ähnlich betroffenen Menschen zu decken. »Elektronische Erzählungen« im Internet gestatten es den Betroffenen, ihre persönliche Krankheitsinterpretation in oft großer Detailgenauigkeit zu beschreiben, die von anderen Besuchern der Seite gelesen und ergänzt werden kann. Da die Erfahrungen der Teilnehmer nicht immer repräsentativ und die Qualität der Informationen gelegentlich zweifelhaft sind (9), stehen Ärzte diesen anekdotischen Erzählungen im Internet oft skeptisch gegenüber.

In den letzten Jahren wurden mehrere autobiografische Erfahrungsberichte Bestseller (10-12). Bewegend sind auch die Veröffentlichungen der Partner erkrankter Menschen, z.B. John Bayleys erschütternde Beschreibung einer Alzheimer Demenz (13) oder Brian Aldiss (14) minutiöse Schilderung einer terminalen Krebserkrankung. Viele Ärzte berichten, dass sich ihr Verständnis einer Krankheit erst dann »aufhellte«, als sie selbst zum Patienten wurden (15). Leser der »personal view«-Kolumne des *British Medical Journal* kennen solche Essays, die wichtige Einblicke in das Wesen von Krankheit und Betreuung offenbaren. Obwohl diese Informationsquellen (16-18) den Leser fesseln, kann eine einzelne Erzählung doch nicht die Vielfalt und Bandbreite von Patientenerfahrungen widerspiegeln. Auch lassen sich dort detaillierte und überprüfte Informationen über die Krankheit, die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsverfahren oder die Fülle von verfügbarem Unterstützungsmaterial nicht darstellen.

Das DIPEX-Projekt vereint eine systematische Sammlung und Analyse von Interviews, in denen Menschen über ihre Krankheitserfahrung berichten, mit wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Behandlungsverfahren und Informationen über Selbsthilfegruppen. Die Module für jede dargestellte Erkrankung beginnen mit einer Zusammenfassung der auf Video aufgenommenen Interviews und illustrierenden Gesprächsausschnitten. Letztere werden akustisch und visuell dargeboten, Teile der aktuellen Interviews können auch gelesen werden. Schlüsselwörter und Hyper-

links leiten durch die entsprechenden Seiten, z.B. zu Forschungserkenntnissen über die Wirksamkeit einer spezifischen Behandlung.

Welche Erkrankungen wird DIPEX in die Datenbasis aufnehmen?

DIPEX wird Erkrankungen aufnehmen, die

- bereits zahlreiche wissenschaftlichen Daten und Informationen für Patienten aufweisen (z.B. Brustkrebs);
- verhältnismäßig schlecht erforscht sind (z.B. Beckenschmerzen) oder bei denen nur marginale Informationen über Patientenerfahrungen vorliegen (z.B. Darmkrebs-Screening);
- selten professionelle Pflegekräfte involvieren (z.B. Alzheimer Demenz);
- eine komplexe Entscheidungsfindung erfordern (z.B. Prostatakarzinom, genetisches Screening).

Mehr als 3000 medizinische Krankheiten sind bislang als *Medical Subject Headings (MeSH)* in der *US National Library of Medicine* kategorisiert und wir hoffen, dass DIPEX sich im Laufe der Zeit mit den meisten von ihnen befassen wird. Die anfänglichen Projekte wurden ausgewählt, weil Prävalenz, medizinische und soziale Bedeutung variieren und unterschiedliche Informations- und Kommunikationsbedürfnisse deutlich werden. Wir arbeiten auch mit Wissenschaftlern zusammen, die vergleichbare Methoden bei anderen Forschungsprojekten anwenden (z.B. Erfahrungen von Frauen bei der diagnostischen Laparoskopie; Alzheimer Demenz).

Als erste DIPEX-Module wurden – mit Unterstützung des *britischen National Health Service (NHS)* und verschiedener Forschungsstiftungen – Hochdruck, Zervixkarzinomscreening und Prostatakrebs bearbeitet (inzwischen auch Brust- und Darmkrebs).

Viele Menschen, bei denen Hochdruck diagnostiziert wird, wissen wenig über diese Erkrankung (19), sodass sie die Medikamenteneinnahme unter Umständen schon aus diesem Grunde ablehnen. Die Hypertonieseiten von DIPEX sollen diese Patienten und ihre Familien im Verständnis diagnostischer Untersuchungen, der Prognose, des Zusammenhangs zum eigenen Lebensstil oder der Behandlungsoptionen unterstützen und ihre Diskussion mit dem Arzt erleichtern. Zudem soll die Integration von DIPEX in Aus-, Weiter- und Fortbildung Angehörigen der Gesundheitsberufe helfen, die Perspektiven von Laien kennen zu lernen, sich darauf einzustellen und betroffenen Patienten verständliche und annehmbare Erklärungen über ihre Krankheit zu geben (20). Diese Art von Konvergenz unterstützt die Behand-

lung (16), da sowohl Patienten als auch Ärzte oder Krankenschwestern Zugang zu ein- und denselben evidenzbasierten Informationsquellen haben. Gegenwärtig wird ein Handbuch vorbereitet, das potenziellen Mitarbeitern helfen soll, alle DIPEX-Daten konsistent und sorgfältig zu sammeln.

Neben der Sammlung von Interviews über bestimmte Krankheitserfahrungen sieht DIPEX ein künftiges Aufgabengebiet auch beim Thema »Teilnahme an medizinischen Studien«. Durch die Befragung einer Gruppe von Patienten zum Zeitpunkt der Teilnahmezustimmung und bei Ausscheiden aus der Studie soll unserem Verständnis von solchen Untersuchungen eine neue wichtige Dimension hinzugefügt werden. Ein anderes Beispiel wären Kranke, die unter unerwünschten Wirkungen eines Arzneimittels oder bestimmter Medikamentengruppen leiden.

Wie wird das DIPEX-Material zusammengestellt?

Jede »Sektion« besteht aus drei Hauptteilen: Interviews, Krankheitsbeschreibung und Behandlungsoptionen sowie weiterführende Informationsquellen.

Interviews

Patienteninterviews (40–50 für jede Erkrankung) werden systematisch und gezielt gesammelt (*purposive sampling*, [21]), um

- eine möglichst große Bandbreite von Patientenerfahrungen mit einer bestimmten Erkrankung zu erfassen und
- Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, soziale Klasse, Krankheitsstadium oder auch krankheitsspezifische Merkmale) zu identifizieren, die mit diesen unterschiedlichen Erfahrungen korrelieren.

Die Interviews müssen aber nicht unbedingt die Häufigkeit der Erkrankung in der Bevölkerung widerspiegeln (22).

Die Teilnehmer werden über verschiedene Zugangswege rekrutiert (z.B. Allgemeinärzte, Spezialisten und Selbsthilfegruppen). Die Interviews werden so lange fortgesetzt, bis eine gewisse Datensättigung erreicht ist und aus den Analysen keine neuen Erkenntnisse mehr hervorgehen (23). Die erste Seite präsentiert jeweils eine Zusammenfassung der wesentlichen Themen aus den Interviews, zusammen mit Angaben zur Häufigkeit einzelner Erfahrungen, soweit sie aus der Literatur bekannt ist. Halbstrukturierte Interviews orientieren sich an einem so genannten »*illness narrative approach*« (24): Ein erfahrener Sozialwissenschaftler bittet die Betroffenen, in ihren eigenen Worten zu beschreiben, was sie seit

dem erstmaligen Auftreten des Gesundheitsproblems erlebt haben. Auf diese Weise entsteht eine »mündliche Geschichte« (*oral history*) der Krankheitserfahrung. Die Analyse dieser Berichte beschreibt die Sorgen, Deutungen und Prioritäten der interviewten Patienten (weniger die Gedanken der Wissenschaftler). Ergänzende Fragen vertiefen bestimmte Interessengebiete (z.B. Kenntnisstand vor Beginn der Erkrankung oder Wege der Entscheidungsfindung und Informationssuche). Die Interviews werden mit dem schriftlichen Einverständnis des Patienten auf Ton- oder Videoband aufgezeichnet (25).

Krankheitsbeschreibung und verfügbare Behandlungsverfahren

Vor Aufnahme einer Erkrankung in DIPEX wird eine Gruppe von beratenden Laien und Experten gebeten, die entsprechenden Informationsmodule »abzusegnen«. Die Expertengruppe umfasst praktizierende Ärzte, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Repräsentanten der Cochrane Konsumentengruppen und Wissenschaftler. Sobald neue Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, werden die Informationen aktualisiert.

Andere Quellen

Die letzte Sektion der Datenbasis umfasst Links zur *Cochrane Library*, der *National Electronic Library for Health* und zu Internetadressen, die kritisch geprüft (26) und für seriös erachtet wurden. Kontaktadressen bestehender Selbsthilfegruppen oder Einzelheiten biographischer Berichte sowie weiterführende Literatur runden die Sektion ab.

Die Nutzer von DIPEX

DIPEX möchte auch neben der wichtigsten Gruppe (den Patienten und ihren Betreuern) Ärzte und Krankenpflegepersonal bezüglich Aus-, Weiter- und Fortbildung ansprechen. Zum Beispiel haben Medizinstudenten – trotz jahrelanger Forderungen nach stärkerer Patientenzentriertheit – viel zu wenig Gelegenheiten, Zeit mit Patienten (insbesondere denjenigen mit selteneren Erkrankungen) zu verbringen (15). Die Anamneseerhebung beschränkt sich immer noch auf die eng gefasste Diagnose, statt herauszufinden, was es für die Betroffenen bedeutet, unter einer bestimmten Erkrankung zu leiden. Die DIPEX-Datenbasis eröffnet durch systematische Analyse von Patientenerfahrungen die Möglichkeit, Kommunikation und Wege für gemeinsame Entscheidungen mit dem Patienten (*shared decision*) zu verbessern. Auch medizinische Lehrbücher beleuchten (zu) selten die Krankheitsperspektive von Patienten; durch Nutzung

Patientenerfahrungen

der DIPEX-Datenbasis könnte hier eine deutliche Verbesserung erzielt werden.

Als systematische Übersicht über die Wirkungen von Gesundheitsinterventionen macht DIPEX auch Politiker und Wissenschaftler auf Themen aufmerksam, die Patienten besonders belasten. Es ist zugleich eine Aufforderung und Anleitung, Patientenperspektiven in die Forschungsschwerpunkte von Wissenschaftlern und Förderinstitutionen zu integrieren (27).

Diskussion

Trotz des zunehmend einfacheren Zugangs zum Internet und trotz nachweisbarer Bedeutung guter Information für Krankheitsverlauf und seelische Stabilität kann ein Patient seine Fragen und Befürchtungen meist nur in Form eines kurzen Treffens mit einem Arzt oder einer Krankenschwester ansprechen (gelegentlich ergänzt durch das Aushändigen einer Broschüre, deren Qualität häufig zu wünschen übrig lässt [28, 29]).

Die Informationen von DIPEX werden mit zunehmender Verbreitung des Internets auch leicht abrufbar sein: z.B. auf berührungsempfindlichen Bildschirmen und mit Hilfe benutzerfreundlicher Softwareprogramme – auch in hausärztlichen Praxen, öffentlichen Bibliotheken, Selbsthilfegruppen und Informationszentren für Krebskranke. Für Interessenten, die keinen Internetzugang haben, wird die DIPEX-Datenbank später auch in Form einer CD-ROM angeboten.

Nach der Vollendung der ersten Module soll ausgewertet werden, wie gut oder schlecht die Bedürfnisse der Zielgruppen (Patienten, Professionals, Betreuer und Studenten) erfüllt wurden. Ein formloses Rückkopplungssystem ermuntert zudem die Nutzer, Meinungen und Kritik zu äußern.

Obwohl es immer Individuen geben wird, die nur minimale Informationen wünschen und/oder nicht in Entscheidungsprozesse eingebunden werden wollen, gibt es keinen vernünftigen Grund, Informationen für Ärzte und Patienten auf völlig unterschiedlichem Niveau aufzubereiten und Patientenerfahrungen von Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Therapien zu trennen. Krankheitserfahrungen sind ein integraler Bestandteil des Wissens über Behandlungsverfahren. Ärzten wird die Wichtigkeit dieser Integration spätestens dann klar, wenn für sie selbst Behandlungsentscheidungen anstehen (15, 30). Die DIPEX-Seiten ermöglichen einen gestuften Informationszugang, der dem Interesse des Einzelnen entspricht und dem unterschiedlichen Krankheitsstadium angepasst ist (31).

DIPEX (inzwischen eine – auch von den Geldgebern – unabhängige Stiftung) wurde zunächst für Großbritannien

entwickelt; es wird aber durch internationale Zusammenarbeit verschiedene Kulturen und Gesundheitssysteme miteinander vergleichen können und den weltweiten Austausch zwischen Patienten voranbringen.

Danksagung

Die Autoren danken Janet Caldwell und Pamela Baker (DIPEX-Verwalterin); ebenso Cassian Harrison und seinem Team von Lion TV für die Entwicklung der DIPEX-Internetseiten und der dazu gehörigen CD-ROM; dem Department of Health, dem Citrina Trust, Macmillan Cancer Care und der Consumers' Association für finanzielle Unterstützung. Zu Dank verpflichtet sind wir auch Frau Dipl.-Psych. Anja Rogausch und Herrn Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Himmel (Göttingen) für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Literatur

1. Herxheimer A, McPherson A, Miller R, Shepperd S, Yaphe J, Ziebland S. Database of patients' experiences (DIPEX): a multimedia approach to sharing experiences and information. *Lancet* 2000; 355: 1540–1543.
2. Mead C, Smith CF. Readability formulas: cautions and criteria. *Patient. Educ Couns* 1991; 17: 153–158.
3. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301: 575–580.
4. Meredith P, Emberton M, Wood C. New directions in information for patients. *BMJ* 1995; 311: 4–5.
5. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 506–511.
6. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520–528.
7. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: S. 110–127.
8. Coulter A. Partnerships with patients: The pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy* 1998; 2: 112–121.
9. Kim P, Eng TR, Deering MJ, Maxfield A. Published criteria for evaluating health related web sites: a review. *BMJ* 1999; 318: 647–649.
10. Diamond J. *Because Cowards Get Cancer Too*. London: Hutchinson 1999.
11. McCrum R. *Mein Jahr draußen: Wiederentdeckung des Lebens nach einem Schlaganfall*. Berlin, Berlin-Verlag 1998.
12. Picardie R. *Es wird mir fehlen, das Leben*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2000.
13. Bayley J. *Iris: a memoir of Iris Murdoch*. London: Duckworth, 1998.
14. Aldiss B. *When the feast is finished: Reflections on terminal illness*. London: Little, Brown, 1999.
15. Kochen MM. Erwartungen von Patienten an die ärztliche Ausbildung. *Z ärztl Fortb Qualitätssich* 1999, 93: 599–604.
16. Kleinman A. *The illness narratives*. New York: Basic Books, 1988.

17. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books, 1998.
18. Mandell H, Spiro H (Eds.). When doctors get sick. New York: Plenum Medical 1987
19. Kjellgren K, Svensson S, Ahlner J, Saljo R. Hypertensive patients' knowledge of high blood pressure. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 188–192.
20. Morgan M, Watkins CJ. Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups. Sociology of Health & Illness 1988; 10: 561–578.
21. Marshall MN. Sampling for qualitative research. Fam Pract 1996; 13: 522–525.
22. Morse JM. Qualitative health research. Newbury Park, Calif: SAGE Publications, 1992.
23. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967.
24. Mishler EG. Research interviewing: context and narrative. Cambridge Mass: Harvard University Press, 1991.
25. Hood CA, Hope T, Dove P. Videos, photographs and patient consent. BMJ 1998; 316: 1009–1011.
26. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann B. DISCERN: an instrument for judging the quality of consumer health information. J Epid Comm Health 1999; 53: 105–111.
27. Hanley B (on behalf on Consumers in NHS Research). Research and development in the NHS: how can you make a difference? Department of Health, 1999.
28. Gann B, Buckland S. Dissemination of information on treatment outcomes by consumer health information services. Winchester: Help for Health Trust, 1994.
29. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Informing patients: an assessment of the quality of patient information materials. London: The Kings Fund, 1998.
30. Silagy C. Introduction to Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. Royal Society of Medicine Press, Nuffield Trust 1999.
31. Leydon G, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mosmann J, Boudioni M, McPherson K. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. BMJ 2000; 320: 909–913.

BUCHTIPP

Sexualmedizin

Beier-Bosinski-Hartmann-Loewit, Urban und Fischer, 2001, 574 Seiten, 73 Abb., 169,90,- DMI

Lehrbücher sind selten Lernbücher; deshalb kaufen Studierende und praktizierende Ärztinnen und Ärzte sehr gezielt Fachbücher, die handlungsleitendes Wissen vermitteln. Die Darstellung von Theorie und Praxis sollte in merkfähiger Kürze die Patientenprobleme erkennen helfen, den Patienten verstehen lehren und das eigene Handeln vom Stand des Wissens leiten lassen. Grundsätzlich wird eine interdisziplinäre Deutung des Patientenanliegens erwartet.

Um es vorwegzunehmen: Das Buch »Sexualmedizin« von Beier, Bosinski, Hartmann und Loewit erfüllt die oben genannten Kriterien und ist für mich deshalb uneingeschränkt empfehlenswert!

In 14 Kapiteln wird auf 574 Seiten die Sexualität und die Inhalte der Sexualmedizin nach dem Stand des Wissens in überzeugender Sachkenntnis und verständlicher Sprache abgehandelt. Werden in der bisherigen Literatur eingegrenzte Teilhemen aus fachspezifischer Sicht in ihren pathologischen Aspekten in Diagnostik und Therapie thematisiert, liegt hier wohl erstmals ein Buch vor, welches bei der Sexualität »...den Daseinsaspekt zum Zentrum und Gegenstand therapeutischer Bemühungen« macht. In ausführlichen Kapiteln wird ein ganzheitlicher, interdisziplinärer, soziokultureller Arbeitsansatz deutlich durch Überschriften wie »Fachbeschreibung« (15 Seiten) »Anthropologische Grundlegung«, »vom Befund zur Behandlung«, »Sexualerziehung und Kontrazeptionsberatung«.

Kenntnisreich und aus großer Praxiserfahrung heraus werden Sexualstörungen von Frau und Mann in Diagnostik und Therapie, auch mit detaillierten Patientenbeispielen, in angemessener Ausführlichkeit dargestellt. Zur Physiologie und der von Lebensphasen abhängigen Entwicklung der Sexualität wird das Wissen vermittelt, was Arzt und Ärztin haben sollten.

Häufige hausärztliche Beratungsgespräche, wie z.B zu Infertilität, Sterilität oder Altersexualität gewinnen spürbar an Qualität, wenn das hier angebotene Wissen eingebracht wird.

Auch seltenere Sexualprobleme wie Geschlechtsidentifikationsstörung, Paraphilien und Sexualdelinquenzen werden kompetent erörtert. Hier stellt sich mir jedoch die Frage, ob solche ausführlichen Darstellungen für den Nichtexperten nützlich und von Interesse sind.

Dagegen ist die Abhandlung der sexuellübertragbaren Krankheiten überraschend knapp – meines Erachtens zu knapp – ausgefallen.

Gonorrhoe, Lues und Aids sind weder in ihren Frühsymptomen noch in therapeutischen Strategien dargestellt. Trotz der heutigen Seltenheit dieser Krankheiten sollten Arzt und Ärztin hier ein Basiswissen haben.

Es soll hervorgehoben werden, dass die Autoren in einem kritischen Wissenschaftsverständnis einen wahrnehmbaren Unterschied zwischen nicht belegten Aussagen oder »Expertenmeinungen« und belegtem state of the art machen. Quellenangaben, Literaturverzeichnis und Sachregister erfüllen die berechtigten Erwartungen bei einem wissenschaftlichen Fachbuch.

Die Autoren haben ein umfassendes Nachschlagewerk zur Sexualität und Sexualmedizin vorgelegt, welches für Studierende, praktizierende Ärzte und Ärztinnen wie zur Vorbereitung einer qualifizierenden Prüfung zur Sexualmedizin sehr empfehlenswert ist.

Für mich zählt dieses Fachbuch zu den Büchern, welches für den Allgemeinarzt in seinem beruflichen Alltag eine Bereicherung darstellt. Es ist klar im Stil und der Inhalt wird über Jahre seine heutige Gültigkeit behalten. Die Aussagen zu Lust und Leid in der Sexualität bleiben im Wesentlichen länger gültig als viele andere »Wahrheiten« in der Medizin.

Prof. Dr. Peter Helmich, Brüggen