

Orangenmarmelade für meinen Hausarzt

Zu Weihnachten bekam ich von Frau M. selbst gemachte Orangenmarmelade geschenkt, mit einem Weihnachtswunsch-Anhänger. Darauf stand: „Für meinen Hausarzt“. Ich bedankte mich, und wir sprachen über die Vorzüge hausgemachter Marmelade: Da ist viel mehr Frucht drinnen als in den gekauften Produkten, diese bestehen aus mehr Pektin statt Frucht, und überhaupt schmecken hausgemachte Marmeladen besser. Das Geschenk veranlasste mich, über meine Arzt-Patienten-Beziehungen nachzudenken, und ich erkannte, dass diese fast immer von der einen Seite her gedacht und beschrieben werden, nämlich von der Arztseite. Wie könnten wir uns die Beziehung von der Patientenseite her vorstellen: Wie ist das mit der Patienten-Arzt-Beziehung. Gibt es Literatur darüber? Ich meine nicht „Wie sehen Patienten Ärzte?“, sondern „Wie gestalten Patienten die Beziehung zu Ärzten?“ Ich bin auf Suche gegangen und fand Verhaltensregeln für Patienten, Linguistisches, Beschreibendes, aber ich fand keinen Kern. Wir wissen ohnehin: Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz sind die Grundvariablen für eine gute Beziehung zum Patienten. Aber ist es umgekehrt auch so? Ich glaube sehr wohl, dass Beziehung gegenseitig zustande kommt. Es könnte sein, dass wir Ärzte so eine Art professionelle Liebesfähigkeit, eine liebevolle Neugier anwenden und dass die Liebesfähigkeit der Patienten aber aus dem Kranksein heraus nur rudimentär möglich ist. Martin Buber meinte: Beziehung ist Gegenseitigkeit. Jedes Wahrnehmen ist auch ein Wahrgeben. Im direkten Sinn hat mich wohl Frau M. wahrgenommen und mir Wohlschmeckendes gegeben. Ich höre Warnendes in mir: Bestechung! Einschmeicheln! Und weiterdenkend: nie etwas annehmen, zur Seite legen. Oh nein! Wenn Frau M. wieder zu mir in die Ordination kommt, wird unsere Beziehung gefestigter, „g’schmackiger“, fruchtiger sein. Und nicht weil ich versuche, noch empathischer zu sein.

In dieser Begegnung sind noch zwei beachtenswerte Details enthalten: „Mein“ Hausarzt bedeutet wohl, dass Frau M. mich als persönliche Vertrauensperson sieht. Und „Hausarzt“: Die Gesundheitspolitik meidet den Begriff ja wie der Teufel das Weihwasser. Aber offensichtlich sind wir Hausärzte nach wie vor populär, und die Bezeichnung ist ein „Begriff“, klar und positiv besetzt.

Daher: Feiern wir unsere Patienten, sie begegnen uns mit Zuneigung, und bedanken wir uns für ihre Zueignungen! Liste gefällig? Vanillekipferl („heute gemacht, ganz frisch am besten“), Butterstangerl (weihnachtsgebäckweltmeisterschaftswürdig), rumänisches Stierblut („gut für Liebe“), geräucherte Forellen („das Geheimnis ist das Holz“), Weihnachtsengel („bist ein Engel, Doktor“), Kletzenbrot („Zwetschken und Birnen vom eigenen Garten“), Zirbenschnap (,damit Ihnen warm wird“). Ein ganz besonderes Geschenk erhielt ich von meinen neuen Nachbarn, Geflüchteten, die nichts mehr besitzen außer ihr Leben: Sie schenkten mir einen Weihnachtsstern und luden meine Frau und mich zum Essen ein.

*Dr. Bernhard Panhofer
Präsident der ÖGPAM*

PS: Aus aktuellem Anlass: Erinnern wir uns an die WONCA-Definition: Wir Hausärzte gewährleisten einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person. Da ist durchaus eine politische Dimension enthalten.



Dr. Bernhard Panhofer

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degn
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die pubertäre Entwi

Stadien der pubertären Entwicklung (nach Tanner)

Brust

- M1 (wie bei einem Kind): Nur die Brustwarze ist erhöht.
- M2 (Knospung): Brust und Brustwarze sind leicht erhöht, etwas Drüsengewebe ist palpabel. Der Warzenhof ist vergrößert.
- M3: Brust und Warzenhof sind noch weiter vergrößert, die Kontur ergibt bei lateraler Betrachtung eine glatte Kurve.
- M4: Der Warzenhof formt einen erhöhten Hügel, der von der umgebenden Brust herausragt.
- M5 (reife Brust): Nur die Brustwarze ist erhöht, der Warzenhof ist auf einer Linie mit der Brustkontur.

Schambehaarung

- P1 (wie bei einem Kind): kein Unterschied zwischen Schambehaarung und Behaarung des Abdomens
- P2: Einige lange, leicht pigmentierte, flaumige, glatte oder leicht gekräuselte Haare an Labien beziehungsweise an der Peniswurzel
- P3: merkbar dunklere, dickere und stärker gekräuselte Haare mit leichter Ausrichtung zur Symphyse
- P4: Haare vom Erwachsenentyp, aber auf einer deutlich kleineren Fläche. Keine Ausbreitung auf die Innenseite der Oberschenkel
- P5: Haare vom Erwachsenentyp mit horizontaler Obergrenze, die sich nicht in Richtung Nabel ausbreiten, aber auf die Innenseite der Oberschenkel

Männliche Genitalien

- G1: Größe und Proportionen von Testes, Skrotum und Penis entsprechen in etwa denen der frühen Kindheit.
- G2: Skrotum und Testes sind vergrößert, die Haut über dem Skrotum ist leicht erythematös und dünner, jedoch noch kein Größenzunahme des Penis.
- G3: Längenwachstum des Penis, weitere Vergrößerung von Skrotum und Testes
- G4: weiteres Wachstum des Penis, auch im Durchmesser, Entwicklung der Glans, weitere Vergrößerung von Testes und Skrotum, dunklere Farbe des Skrotums
- G5: Genitalien haben dieselbe Größe und Form wie bei Erwachsenen.

Überblick über die pubertäre Entwicklung (s. Tab.)

- Hat ein Elternteil eine Abweichung der pubertären Entwicklung von mindestens einem Jahr im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt gezeigt (Menarche mit 13 Jahren, raschestes Wachstum des Vaters mit 13–14 Jahren), bedeutet das, dass auch die pubertäre Entwicklung des Kindes ein Jahr in dieselbe Richtung abweichen darf; es ist jedoch wichtig, den Jugendlichen darüber zu informieren.
- Bei adoptierten Kindern aus Entwicklungsländern setzt die Pubertät häufig außergewöhnlich früh ein. Jedoch sollten auch bei diesen Kindern dieselben Grenzen zur Beurteilung herangezogen werden.

Tab.: ÜBERBLICK ÜBER DIE PUBERTÄRE ENTWICKLUNG

| | Nicht bevor | Spätestens |
|---------------------------|-------------|------------|
| Mädchen | | |
| • M2 | 8 Jahre | 13 Jahre |
| • P2 | 8 Jahre | 13 Jahre |
| • Beschleunigtes Wachstum | 9 Jahre | 13 Jahre |
| • Menarche | 10,5 Jahre | 16 Jahre |
| Buben | | |
| • G2 | 9 Jahre | 13,5 Jahre |
| • P2 | 9 Jahre | 13,5 Jahre |
| • Beschleunigtes Wachstum | 10 Jahre | 15 Jahre |

Normales Wachstum in der Pubertät

- Pubertäres Wachstum wird in drei Stadien eingeteilt:
 - langsames Wachstum in der frühen Pubertät
 - ein etwa zweijähriger Wachstumsschub
 - schlussendlich Verlangsamung und Wachstumsstillstand
- Der rascheste Wachstumsschub tritt bei Mädchen durchschnittlich im Alter von elf bis zwölf Jahren auf, bei Buben durchschnittlich im Alter von 13–14 Jahren.
- Der rascheste Wachstumsschub bei Mädchen tritt meist im Stadium M3 auf. Bei etwa einem von vier Mädchen setzt der Wachstumsschub vor der Schamhaarentwicklung ein, aber immer vor der Menarche. Nach der Menarche nimmt die Körpergröße um 3–11 cm zu, durchschnittlich um 7 cm.
- Hat ein Bub keine Schambehaarung, steht der Wachstumsschub noch bevor. Bei drei von vier Buben findet der Wachstumsschub in Stadium G4 statt. Hat der Penisumfang noch nicht zugenommen und die Glans sich nicht entwickelt, ist ein weiteres Wachstum von 12–30 cm zu erwarten.

Pubertas praecox

Untersuchung in der Grundversorgung

- In der Grundversorgung wird die Anamnese gemacht und beurteilt, ob die Entwicklung im normalen Rahmen liegt oder ob eine Indikation zur weiteren Abklärung vorliegt. Wenn ja, wird an einen Spezialisten überwiesen. Es sollte damit nicht zugewartet werden.
- Die Anamnese bezieht auch den Pubertätsverlauf enger Familienangehöriger mit ein.
- Weitere Aspekte:
 - War der Patient bei der Geburt klein für sein Gestationsalter (small for gestational age, SGA)?
 - Liegen eine zentralnervöse Verletzung oder eine zentralnervöse Störung vor?
 - Vaginale Blutungen?
 - Einsatz von Sexualhormonen oder natürlichen Produkten?
- Beurteilung, ob Wachstum bislang normal war und Wachstums-

cklung und deren Störungen

geschwindigkeit konstant zugenommen (Hinweis auf kongenitale Störung) oder sich verändert hat

- gründliche Untersuchung des pubertären Status
- Symptome eines erhöhten Hirndrucks?
- Röntgenuntersuchung zur Bestimmung des Knochenalters

Untersuchung beim Spezialisten

- Wachstum einer Brust oder beider Brüste (Telarche) bei Mädchen ohne beschleunigtes Wachstum und Knochenreife: Überweisung an den Spezialisten für die Bestimmung eventuell nötiger weiterer Maßnahmen und Termin für eine Kontrolle.
- Isolierte vaginale Blutung: Kolposkopie beim Spezialisten zum Ausschluss von Fremdkörpern oder Sarcoma botryoides (Traubensarkom)
- spezialisierte Hormonuntersuchungen (z.B. GnRH-Test, Inhibin B, Sexualhormonwerte) und umfassendere Bildgebung (z.B. Ultraschall von Ovarien und Uterus, ZNS-Bildgebung)
- Bei acht von zehn Mädchen sowie einem Drittel Buben mit echter Pubertas praecox wird auch bei umfassender Durchuntersuchung keine Ursache identifiziert.

Adrenarche

- Adrenarche bezeichnet den Beginn der Sekretion männlicher Sexualhormone durch die Nebennieren. Zu den klinischen Zeichen der Adrenarche zählen das Wachstum von Unterarm- und Schambhaarung, adultes Schwitzen unter den Achseln, die Haare werden fettig, Auftreten von Komedonen und Akne.
- Bei Pubertas praecox treten die oben genannten klinischen Befunde bei Mädchen vor dem Alter von acht und bei Buben vor dem Alter von neun Jahren auf. Weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich, falls das Pubertätsscreening außer dem Stadium keine abnormen Befunde ergab und keine Beschleunigung des Wachstums eingetreten ist.
 - Sind die Befunde des M- oder G-Stadiums im Pubertätsscreening abnormal und/oder eine Beschleunigung des Wachstums ist bereits eingetreten, sind weiterführende Untersuchungen beim Spezialisten in die Wege zu leiten.
- Die Adrenarche als solche führt nicht zu Wachstum von Brust oder Testes; diese sind Anzeichen des Beginns der zentralen Pubertät. Adrenarche und zentrale Pubertät können gleichzeitig auftreten.

Pubertäre Gynäkomastie bei Buben

- Eine Gynäkomastie ist während der Pubertät häufig und üblicherweise ein vorübergehendes Phänomen unbekannter Ursache, das bei den meisten Buben im Stadium des raschesten Wachstums von Körpergröße und Genitalien auftritt.
- Geht mit Druckempfindlichkeit der Brust einher, was bei sportlichen Aktivitäten störend sein kann. Der Warzenhof ist normalerweise nicht pigmentiert, Drüsengewebe ist palpabel (Durchmesser < 3 cm).
- Das Drüsengewebe verschwindet meist nach wenigen Monaten. Je größer die Brust, desto langsamer die Rückbildung.
- Hält die pubertäre Gynäkomastie bei einem Buben länger als zwei

Jahre an, ist eine Spontanrückbildung unwahrscheinlich, und die Korrektur an einer Abteilung für plastische Chirurgie kann erwogen werden.

Verzögerte Pubertät

- Obwohl sich die meisten Fälle innerhalb der weiten Grenzwerte normaler Varianz befinden (2,5% der Jugendlichen entwickeln sich zwei Jahre später als ihre Altersgenossen), ist Beratung und Unterstützung des Jugendlichen immer indiziert. Die Beschleunigung der Entwicklung mit einer Sexualhormon-Behandlung kann indiziert sein.
- Hypogonadismus bei Jugendlichen ist frühzeitig zu identifizieren (siehe unten), und die Sexualhormon-Substitution ist einzuleiten, bevor starke Unterschiede zu Altersgenossen erkennbar werden.

Erstuntersuchungen

- Können teilweise in der Allgemeinpraxis durchgeführt werden, bei Bedarf ist ein Spezialist zu konsultieren.
- Erheben der Wachstums- und Reifeanamnese bei nahen Familienangehörigen (ein langsam reifender Patient hat häufig nahe Verwandte mit ähnlich verzögerter pubertärer Entwicklung). Gibt es in der nahen Familie chronische Krankheiten wie z.B. Zöliakie oder entzündliche Darmerkrankungen?
- Hypogonadismus, gestörter Geruchssinn, Lippen-Kiefer-Gaumenpalten oder Kinderlosigkeit in der Familie?
- In der Anamnese des Jugendlichen: Kryptorchismus, Orchitis, operative Eingriffe am Hoden, Hypospadie oder zentralnervöse Verletzung? Hat der Patient Kortikosteroide, Radiotherapie, Zytotoxika oder eine Hormonbehandlung erhalten?
- Zeichen einer chronischen Erkrankung (z.B. Hypothyreose, Zöliakie, entzündliche Darmerkrankung)?
- Analyse von Wachstum, Knochenalter, Körperproportionen (Sitzgröße)
- Pubertärer Status, Messung der Testes; Fundoskopie und Gesichtsfelder falls erforderlich

Weitere Untersuchungen beim Spezialisten

- Immer indiziert, wenn die Erstuntersuchung auf eine andere Abweichung als eine normale verzögerte Reife hinweist. Weitere Untersuchungen werden durchgeführt, um festzustellen, ob der Patient an primärem oder sekundärem Hypogonadismus leidet.
- Die häufigste Ursache des primären Hypogonadismus ist das Klinefelter-Syndrom. Hinweise auf dieses Syndrom sind höhere Körpergröße, vor allem erhöhte Länge der Gliedmaßen, sogar vor der Pubertät (Extremitätenlänge disproportional zu Sitzgröße). Die Hoden nehmen anfangs an Größe zu (bis zu 30 mm), danach werden sie im Laufe weniger Jahre wieder kleiner. In Finnland werden nach Schätzungen jährlich etwa 50 Buben mit Klinefelter-Syndrom geboren.
- Bei Mädchen ist das Turner-Syndrom die häufigste Ursache des Hypogonadismus. Das Syndrom ist spätestens in der Kindheit aufgrund des anhaltend abnormen (verlangsamten) Wachstums zu identifizieren. In Finnland werden nach Schätzungen jährlich etwa zehn bis zwölf Mädchen mit Turner-Syndrom geboren.

Samstag: 23. April 2016

Ärztchammer Salzburg

Faberstraße 10, 5020 Salzburg

ANGST . PANIK . HAUSARZT

VORMITTAG . REDE UND ANTWORT

10:00 Dr. Bernhard Panhofer (Ungenach): Eröffnung

10:15 Dr. Günther Loewit (Marchegg):

Die Angst in der Medizin

11:30 Univ.-Prof. DDr. Christian Schubert, M.Sc.
(Innsbruck):

Neues von der Angst aus der Sicht der Psychoneuroimmunologie

NACHMITTAG . WERKSTÄTTEN

13:30 Dr. Birgit Tiefenthaler (Linz): **Einfache Interventionen bei Angst und Panik in der Allgemeinpraxis**

13:30 Dr. Otto Hofer-Moser (Rosegg): **Evolutions- und neurobiologische Aspekte zum Furcht- und Paniksystem. Konsequenzen für den klinischen Alltag**

13:30 Dr. Herbert Bachler (Innsbruck): **Angst und Gegenübertragung**

15:15 Dr. Barbara Hasiba (Birkfeld): **Panikattacke! Tools für den Praxisalltag**

15:15 Dr. Barbara Licka-Emhofer (Steyr): **Angst und Familie**

15:15 Dr. Bernhard Panhofer (Ungenach): **Balintgruppe**

NACHHALL

17:00 **Austausch**, Abschied

Teilnahmegebühr inkl. Pausen- und Mittagsbuffet:

€ 110,- für ÖGPAM-Mitglieder, € 150,- für Nichtmitglieder

DFP: 8 Fachpunkte

Details, Anmeldung: www.oegpam.at

Mitveranstalter:



Mit freundlicher Unterstützung von:

