

Apothekerinitiative zur Optimierung der Patientenmedikation

Immer wieder kommt es von Seiten der Apotheker zu Versuchen, auf die Medikation der Patienten Einfluss zu nehmen. Durch den Aufbau von Parallelstrukturen zur laufenden ärztlichen und überwiegend kassenärztlichen Versorgung entstehen Unsicherheiten bei den Patienten und es kommt zu Unklarheiten bezüglich der Verantwortung und Haftung bei Problemen und Fehlern in der Arzneimittelversorgung. Um das Spannungsfeld abzugrenzen, ist es notwendig, die einzelnen Facetten der Arzneimittelversorgung zu beleuchten.

Bei der Erstellung eines Therapieplanes ist eine profunde Kenntnis der für die jeweilige Erkrankung indizierten Medikation, der Komorbiditäten des Patienten und der bereits laufenden Medikation zur Beachtung etwaiger Unverträglichkeiten und potenzieller Interaktionen mit Medikamenten und Krankheiten unumgänglich notwendig und nur vom behandelnden Arzt zu gewährleisten. Auch für eine durch Änderung der Grunderkrankung oder der Komorbiditäten notwendige Therapieanpassung ist nur auf ärztlicher Seite das nötige Hintergrundwissen vorhanden.

Eine komplette Medikamentenliste inklusive verwendeter OTC-Präparate mit aktueller Sichtung der zu Hause vorhandenen Medikamente kann auch von Ordinationsmitarbeitern oder in der Apotheke erstellt werden. Ebenso kann die Verbesserung der Adhärenz durch nochmals ausführliche Erläuterung der Behandlungsziele oder der Einnahmemodalitäten (vor oder nach dem Essen, Abstände zu anderen Medikamenten, Abhängigkeiten von der Tageszeit) von entsprechend pharmakologisch geschultem Personal durchgeführt werden.

Wesentlich schwieriger und differenzierter ist die Beurteilung von Interaktionsmeldungen. Potenzielle Interaktionen, die bei jedem Interaktionscheck angezeigt werden, haben den Stellenwert, den die in den Packungsbeilagen aufgelisteten Nebenwirkungen haben. Sie können eintreten, müssen aber nicht. Die Einschätzung, ob diese Meldungen praxisrelevant sind, kann nur durch Kenntnis des Patienten, seiner Komorbiditäten und diverser Befunde (je nach Problematik EKG, Nierenfunktion, Elektrolyte et cetera) vom behandelnden Arzt erfolgen.

Wenn bei multimorbiden Patienten mit ihrer unausweichlichen Polypharmakotherapie unklare Symptome, nicht zuordenbare Beschwerden und unerwartete Verschlechterungen des Allgemeinzustandes auftreten, kann eine gemeinsame Durchsicht der Medikation in Kontext der Grundkrankheiten mit einem klinischen Pharmakologen, wie es auch in einzelnen Spitälern üblich ist, hilfreich sein. Eine regelmäßige Übermittlung potenzieller Interaktionsprobleme durch den Apotheker ist jedoch kontraproduktiv. Solche Informationen erhalten wir täglich durch unsere Praxis-EDV zur Genüge.

Sehr erfreulich ist natürlich, dass die Apotheker die von ärztlicher Seite tagtäglich geleistete Arbeit zur Erstellung und Modifikation der Medikation sehr hoch einschätzen. Auf der Website der Österreichischen Apothekerkammer wird unter dem Link <http://www.medikamenteimgriff.at/in-6-schritten-zum-medikationsmanagement/> dem Patienten eine Bestandsaufnahme seiner Medikamente, eine Bewertung durch ein Team aus klinischen Pharmazeuten und eine Meldung an den behandelnden Arzt zur Umsetzung etwaiger Verbesserungen um 120 Euro angeboten. Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse bezahlt übrigens für das Durchforsten von Medikamentenlisten 10,40 Euro und für die Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten 14,40 Euro.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in Einzelfällen die Zusammenarbeit mit klinischen Pharmakologen hilfreich sein kann, dass der Aufbau einer Parallelstruktur ohne klar definierte Kompetenzen und Verantwortlichkeiten jedoch kontraproduktiv ist.



**Dr. Erwin
Kepplinger**

Programmierte Diagnostik und Fac

Die allgemeinmedizinische Praxis ist charakterisiert durch den „vernünftigen“ Umgang mit jeglicher Art von Gesundheitsbeeinträchtigungen und das angesichts eines enormen medizinischen Wissens und riesigen Angebotes an Diagnostika und Therapeutika. Zudem überwiegen die unspezifischen Beschwerden, die keine Diagnosestellung im wissenschaftlichen Sinn erlauben beziehungsweise wegen ihrer Flüchtigkeit die dazu nötigen diagnostischen Mittel nicht rechtfertigen.

Aufgrund der Ergebnisse jahrzehntelanger Häufigkeitsstatistiken (Fälleverteilungsgesetz) können wir davon ausgehen, dass die vom Patient geschilderten Probleme mit hoher Wahrscheinlichkeit unter den **300 regelmäßig häufig vorkommenden Beratungsergebnissen** einzuordnen sind.^{1,2,3}

Sie werden in der **Kasugraphie** beschrieben und charakterisiert, ob es sich um eine echte Diagnose (**gehärteter Diagnosebegriff**) oder um eine **Klassifizierung** eines dominanten Einzelsymptoms, einer Symptomgruppe oder eines Bildes einer Krankheit handelt.⁴

Aus der **berufstheoretischen Forschung Robert N. Brauns** sind die für die Patientensicherheit zentralen Begriffe **abwendbar gefährlicher Verlauf** und das **abwartende Offenlassen** hervorgegangen. Für eine Arbeitsqualität auf höchstmöglichem Niveau wurden die diagnostischen Programme als „geistige Werkzeuge“ entwickelt.^{5,6}

Programmierte Diagnostik

Wie lässt sich im Alltag die Herausforderung befriedigend bewältigen, dass wir es mit einer großen Variabilität an unspezifischer Beschwerden zu tun haben? Das Wissen um die Häufigkeit des Banalen und wahrscheinlich Harmlosen und um die Seltenheit des „abwendbar Gefährlichen“, sowie das Wissen, dass viele Krankheiten in der Allgemeinpraxis eine niedrige Prävalenz haben, erlaubt es **nicht**, auf ein strukturiertes Vorgehen mit einem vertretbaren/machbaren Aufwand in Anamnese und Diagnostik zu verzichten. Dies erfolgt oft intuitiv. Dabei besteht die Gefahr, dass wesentliche Fragen nicht gestellt und notwendige Untersuchungen nicht gemacht werden.^{7,8}

Wird das Beratungsproblem anhand der **Kasugraphie** rubriziert und klassifiziert, hat man schon eine gewisse Orientierung, ob eine **programmierte Diagnostik** (= Anwenden der problemorientierten Checkliste) angezeigt ist. Man kann damit rechnen, dass das in etwa 5–10 % aller neuen Gesundheitsstörungen der Fall sein wird.^{9,10} Das **diagnostische Programm** für Fieberfälle ist das am häufigsten verwendete (Abb.).

Für die Mehrzahl der Beratungsursachen bleibt nur ein individuell-intuitives Vorgehen – und damit auch ausreichend Raum für die „ärztliche Kunst“, für Erfahrung und „Bauchgefühl“.

Abzugrenzen sind diagnostische Programme von „Diagnose“-Kriterien, zum Beispiel für FUO oder Fibromyalgie, auch von Leitlinien der Fachgesellschaften zu Therapie und weiterer Diagnostik bei gesicherten Diagnosen. Die so genannten „Guidelines“ (für die Allge-

meinmedizin sind die **EBM-Guidelines** neben den DEGAM-Leitlinien die bekanntesten) beinhalten vor allem erweiterte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, mitunter auch vertiefende Informationen zu den in den Checklisten angeführten Fragen.¹¹

Die **diagnostischen Programme** sind für den Einsatz unmittelbar während des Patientenkontaktes konzipiert. Sie unterstützen die problemorientierte Anamnese und Untersuchung. In der Mehrzahl kommen sie bei uncharakteristischen Beschwerden und Symptomen, die keine Zuordnung zu einem Krankheitsbild erlauben (zum Beispiel Dyspnoe, Bauchschmerz, Kreuzschmerz, Schwindel et cetera), zur Anwendung. Es gibt weiters **diagnostische Programme**, die man bei einem Verdacht auf eine Krankheit zur konkludierenden Beurteilung, also zur Bestätigung oder zum Ausschluss eines vermuteten Krankheitsbildes verwendet (zum Beispiel Depression, Beinvenenthrombose, rheumatoide Arthritis et cetera).

Diese Checklisten dienen gleichzeitig der Dokumentation, ein Punkt, der nicht nur für wissenschaftliche, praxisepidemiologische Auswertungen, sondern auch in Hinblick auf medizinjuristische Fragen höchst bedeutsam ist.¹²

Auch didaktisch bieten sie eine hervorragende Gelegenheit, zum Beispiel Auszubildende einmal einen „Fall“ selbst **programmiert** befragen und untersuchen zu lassen, während der Lehrpraxisleiter nur intuitiv vorgeht. Die anschließende Besprechung könnte zeigen, dass die Beratung mit einem diagnostischen Programm umfassender erfolgte.

Programm Nr. 1 – der „Fieberstandard“

Da bei den häufigsten Fällen in der Praxis, den Fieberfällen, diagnostisch eine Reihe **von abwendbar gefährlichen Verläufen** bedacht werden muss, und weil auch der erfahrenste Allgemeinmediziner spontan nur lückenhaft intuitive „Programme“ produzieren kann, ist es empfehlenswert, bei allen (uncharakteristisch) fiebernden Patienten die **programmierte Diagnostik** einzusetzen. Sie bietet sich aber auch für die ähnlichen, jedoch afebrilen Zustände an, vor allem bei stärker beeinträchtigten Patienten.

In Erwartung einer meist negativ ablaufenden Untersuchung sichert das **diagnostische Programm** den Patienten und den Arzt erfahrungsgemäß ausreichend gegen die Ausnahme der Regel ab.

Im diagnostischen „Netz“ fangen sich die meisten seltenen Erkrankungen aufgrund des strukturierten und optimierten Vorgehens. Der Fokus liegt dabei auf der rechtzeitigen Enttarnung eines **abwendbar gefährlichen Verlaufes**. Denn diesen haben die Behandelnden immer, auch entgegen der größten Wahrscheinlichkeit ins Kalkül zu ziehen (cave: Seltenes [Gefährliches] ist selten „Niedrigprävalenz-Fälle“).

Mit der **programmierten** Erstberatung ist die ärztliche Zuwendung selbstverständlich nicht beendet, sondern hat gerade erst begonnen; es handelt sich meist um **abwartend offengelassene** Fälle. Dem Patienten wird sein Teil an der Verantwortung übergeben: Bei alarmierenden neuen Symptomen oder Verschlechterung von Zu-

hsprache in der Allgemeinmedizin



stand oder Befinden hat sich der Patient unverzüglich wieder an den Arzt zu wenden. Die ausgefüllte Checkliste ist nun einmal eine Momentaufnahme des Status quo, und dieser kann sich, wenn auch sehr selten, kurzfristig dramatisch ändern.

Fazit

Die Verwendung der **diagnostischen Programme** stellt ein berufstheoretisch optimiertes Vorgehen dar. Die Dokumentation geschieht nebenbei, und zwar während der problemorientierten Beratung. Die diagnostischen Programme sollen das Risiko minimieren, einen **abwendbar gefährlichen Verlauf** zu übersehen. Trotz allem wird leider auch der gewissenhafteste Arzt schicksalhafte Verläufe mit tragischem Ausgang erleben.

MR Dr. Gustav Kamenski, Dr. Waltraud Fink

Literatur:

- 1 Braun RN, Fink W, Kamenski G, Lehrbuch der Allgemeinmedizin – Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn Wien, 2007
- 2 Fink W, Haidinger G, Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2007; 83:102–108
- 3 Fink W, Kasper O, Kamenski G, Gesundheitsstörungen und Fälleverteilung in zwei allgemeinmedizinischen Praxen unter dem Aspekt unterschiedlichen Kodierens. Wien Med Wochenschr [Internet] 2017; <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0567-1>
- 4 Braun RN, Braun Kasographie, (K)lein Fall wie der andere. Benennung und Klassifikation der regelmäßig häufigen Gesundheitsstörungen in der primärärztlichen Versorgung (neu hrsg. u. bearb. von Fink W, Kamenski G, Kleinbichler D), 3. Auflage, Verlag Berger, Horn, 2010
- 5 Braun RN, Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin. Urban & Schwarzenberg, München Berlin Wien, 1976
- 6 Braun RN, Mader FH, Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. 5. Auflage Springer, Berlin Heidelberg New York, 2005
- 7 Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ, Types and origins of diagnostic errors in primary care settings [published online February 25, 2013]. JAMA Intern Med. 2013; 173(6):418–425
- 8 Wallace E, Lowry J, Smith SM, Fahey T, The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review BMJ Open 2013; 3:(7) e002929, DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002929
- 9 Fink W, Mader FH, Diagnostische Programme von R. N. Braun. Was hindert den Allgemeinarzt, programmiert zu untersuchen? Z ärztl Fortbildung Qualitätssicherung (ZaeFQ) 1998; 92:263–268
- 10 Fink W, Kamenski G, Konitzer M, Diagnostic protocols – A consultation tool still to be discovered. J Eval Clin Pract 2017; <https://doi.org/10.1111/jep.12710>
- 11 Rabady S, Sönnichsen A (Hrsg.), EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Aus dem Englischen von E. Becker u. a. Verlagshaus der Ärzte, Wien, 2014
- 12 Newman-Toker DE, Makary M, Measuring Diagnostic Errors in Primary Care. The First Step on a Path Forward. Comment on „Types and Origins of Diagnostic Errors in Primary Care Settings“. JAMA Intern Med. 2013; 173(6):425–426, DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.225

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Maria Wendler
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,
Dr. Reinhold Glehr, 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
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Diagnostisches Programm für uncharakteristische Fieberfälle und deren fieberfreie Varianten

Braun RN (1964) Med. Welt 15:1320–1328, Modifikation von Braun RN, Danninger H (1989)

Beratungsursache

Erster Eindruck (schwerkrank?)

Schon länger/öfter Probleme

Gleich/weniger/schlechter

Frühere Diagnostik

Frühere Bezeichnung

Frühere Therapie

Bettruhe (krank) seit

Fieberhöhe, Fieberdauer

Mattigkeit

Appetitlosigkeit

Schlafstörungen

Frösteln/Schwitzen

Ausschlag

Andere Allgemeinerscheinungen

Schnupfen, anfangs Niesen

Husten, Auswurf (klar, gelb, grün, blutig, etc.)

Halsschmerzen

Kopf-, Ohrenschmerzen

Stamm-, Gliederschmerzen

Bauchschmerzen, sonstige Schmerzen

Erbrechen/Breachreiz

Durchfall/Verstopfung

Pollakisurie/**Algurie**

Menstruelle Anomalien

Tropenreise/AIDS-Möglichkeit

Ängste (Furcht vor ...)

Vermutung über Ursache

Selbstbehandlung, ärztlich anbehandelt mit ...

Sonst noch ...

Datum

Untersuchung

Inspektion Körper/Beine (Erysipel etc.)

Nasensekretion

Kopfbeugung frei

Nasennebenhöhlen druckschmerzhaft

Halsdrüsen

Mund/Rachen

Otoskopie (Kleinkind)

Lungenperkussion

Lungenauskultation

Herzauskultation

Abdomen palpatorisch

Nieren klopfempfindlich

Labortests/RR

Sonst auffällig ...

Beratungsergebnis

Maßnahmen