

Vielfalt ist besser als Einfalt

Die österreichische Gesundheitsreform muss den Versuch unternehmen, unterschiedliche Bedürfnisse und Erkenntnisse verschiedenster Gruppierungen, die auf divergierenden Erfahrungen beruhen, in ein Konzept zu verpacken. Auf der Patientenseite stehen Junge den Alten gegenüber, jene mit vorwiegendem Bedarf nach Akutmedizin denen mit Bedarf eher in Richtung Langzeitbetreuung, jene am Land denen in der Stadt. Die Vorstellungen sind zum Teil gegensätzlich. Dem Erfahrungshintergrund der jeweiligen anderen Seite wird in einer Zeit der Zunahme der Eigeninteressen wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Andererseits ringen die verschiedenen Gesundheitsberufe mit ihren jeweiligen Ausbildungen, Verantwortungen, Rollenbildern, Aufgabenzuordnungen und Entlohnungen um ihre Zukunft. Auf der Seite der politischen Verantwortung und der Träger von Gesundheitseinrichtungen bestehen ebenso unterschiedliche Erfahrungen, Erkenntnisse, Ziele, Vorstellungen von Machbarkeit, Machtverteilung und Erfolgsparametern.

Die Vorstellungen kommen aus unterschiedlichen Perspektiven, Wirklichkeiten, Zielen und divergierenden Ideen, was Gemeinwohl sein könnte. Vieles hat weltanschaulichen Hintergrund, hat unterschiedliche Ideen als Grundlage, was Menschen motiviert oder Sinn gibt. Umso wichtiger ist es, immer wieder bei den verschiedenen Wortmeldungen zur Gesundheitsreform, die es in großer Zahl gibt, zu fragen, welcher Hintergrund für die jeweilige Meinung besteht, welche Perspektive der Wortspender haben könnte, wie viel Eigeninteresse dahintersteht, welche Vorstellung von Gemeinwohl er hat, welche persönlichen Erfahrungen in welchem Umfeld gemacht wurden, wie die Nöte und Probleme sowohl der Patienten als auch der Gesundheitsberufe bewertet werden und wie ernsthaft sich mit den Argumenten der anderen Seite auseinandergesetzt wird.

Das Ergebnis der Analyse wird eine üppige, schwer überschaubare Vielfalt sein. Je einfacher die Lösungen, desto eher die Gefahr, im günstigen Fall nur Teilverbesserungen zu erreichen und Nebenwirkungen zu erleben, an die man schlicht nicht gedacht hat. In Teilbereichen Bewährtes wird sich nicht nur durch Zufall bewährt haben. Veränderungswürdiges wird sich ebenso aus bestimmten Gründen als eben dieses entwickelt haben.

Eine gesamtstaatliche Gesundheitsreform wird gut daran tun, sich der Vielfalt bewusst zu bleiben, vieles den Regionen zu überlassen, vieles der Gestaltung der Akteure vor Ort anzuvertrauen. Insbeson-

dere sollten bei Veränderungen die Nebenwirkungen von gesetzlichen Maßnahmen gut im Fokus bleiben.

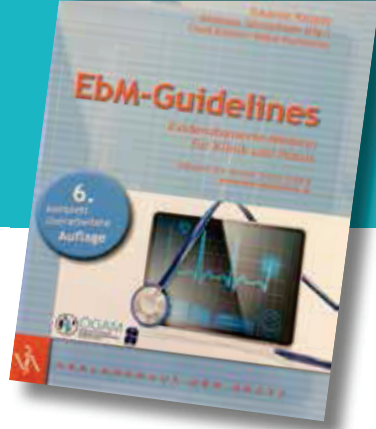
Die allgemeinmedizinische Perspektive wurde jahrzehntelang ignoriert. Die Warnungen der Berufsgruppe und die aus internationalen Erfahrungen abgeleiteten Forderungen scheinen aber jetzt in bedauerlicher Weise krisenhafte Aktualität zu bekommen. So ist die spezielle allgemeinmedizinische Ausbildung mit dem Fokus auf die Arbeit am zukünftigen Wirkort zwar zum Teil Gesetz geworden, die finanzielle Absicherung der Lehrpraxis ist aber immer noch ausständig. Die Aufwertung der Generalisten durch den Titel „Facharzt“, der der Geringschätzung des Faches entgegenwirken soll, wird nach wie vor nicht ernsthaft diskutiert. Die frühzeitige Begegnung mit Allgemeinmedizin im Rahmen des Studiums ist nicht an allen Universitäten Standard. Die Unterstützung von Mentorenprogrammen für zukünftige Hausärzte ist nur punktuell verwirklicht. Die Förderung der Niederlassung im ländlichen Raum, die günstigeren Bedingungen für Gemeinschafts- und Gruppenpraxen, die Anerkennung von Netzwerkbildungen als Äquivalent zu den zentralisierten Lösungen sind Visionen, denen man sich von Seiten der öffentlichen Hand nur zögerlich nähert. Der Faktor Zeit spielt eine große Rolle. Ob es gelingt, die Versäumnisse aufzuholen, ist fraglich.

Die Berücksichtigung der Perspektivenvielfalt ist die große Chance, verbunden mit der Einsicht, dass die eigene Sicht jeweils nur einen Teilbereich der komplexen Wirklichkeit des Gesundheitssystems erfasst. Die Vielfalt wird den komplexen Anforderungen an die medizinische Grundversorgung im Lande näher kommen als die Einfalt. Der wichtigste Vorteil unterschiedlicher Meinungen ist die Wirklichkeitsnähe eines konsensuellen Ergebnisses. Deshalb sollte auch niemand ausgeschlossen werden, insbesondere nicht jene Berufsgruppe, die bisher im medizinischen Grundversorgungsbereich am stärksten persönlich Verantwortung getragen hat und dies durchaus mit nachgewiesener Zufriedenheit jener, die sie betreut hat.



© Christian Jungwirth

Dr. Reinhold Glehr



EbM-Guidelines für Allgemein

Wesentliches in Kürze

- Bei zufällig diagnostizierter, asymptomatischer Mikrohämaturie und Proteinurie besteht der Verdacht auf eine IgA-Nephropathie oder IgA-Glomerulonephritis.
- Der Blutdruck kann erhöht sein.
- ACE-Hemmer und AT2-Rezeptorblocker sind die First-Line-Medikation zur Behandlung der Hypertonie. Sie werden auch bei normotensiven Patienten mit Proteinurie eingesetzt.
- Es ist keine kurative Therapie bekannt.

Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese

- Die IgA-Nephropathie ist weltweit die häufigste Form einer primären Glomerulonephritis, alter Name: Morbus Berger.
- Sie findet sich in allen Altersgruppen, am häufigsten wird die Diagnose zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr gestellt.
- Männer sind häufiger betroffen als Frauen.
- Der zugrunde liegende Mechanismus ist unbekannt. Zusätzlich zu abnormem IgA (Immunglobulin A) ist ein externer Faktor (wie mikrobielles oder diätetisches Antigen) nötig, um eine Antikörperproduktion auszulösen, die schließlich zu einer Ablagerung von Immunkomplexen in den Nierenkörperchen führt.
- Im Nierengewebe finden sich hauptsächlich Immunglobulin-A-Ablagerungen.
- Tritt meist sporadisch auf. Weniger als 10% der Patienten haben die familiäre Form der Erkrankung.

Symptome und Befunde

- Mikrohämaturie und Proteinurie unterschiedlicher Schweregrade sind üblicherweise die ersten Befunde. Etwa 10% der Patienten haben eine Mikrohämaturie und etwa 5% ein nephrotisches Syndrom als einzigen Befund.
- Etwa die Hälfte der Patienten hat eine Makrohämaturie in Zusammenhang mit fieberhaften Erkrankungen.
- Hypertonie ist häufig.

- Es kann schon zum Zeitpunkt der Diagnose eine Niereninsuffizienz bestehen.
- Eine rasch progressive Glomerulonephritis oder ein nephrotisches Syndrom mit akutem Beginn (Minimal-Change-Nephropathie) sind klinisch selten aber möglich.
- kann als isolierte Glomerulonephritis oder im Zuge eines Schönlein-Henoch-Syndroms auftreten oder
- als Sekundärerkrankung in Zusammenhang mit z.B. Hepatopathien, HIV-Infektion oder Zöliakie auftreten

Diagnostik

- Mikrohämaturie und/oder Proteinurie, oft in Zusammenhang mit hohem Blutdruck
- Die Diagnosesicherung erfolgt immer mittels Nierenbiopsie
 - Durchführung einer Nierenbiopsie bei einer Proteinurie von mehr als 1 g/24 h oder wenn die GFR gesenkt ist.
 - Bei isolierter Mikro- oder Makrohämaturie sollte eine Biopsie dann in Betracht gezogen werden, wenn die Sicherung der Diagnose für nötig gehalten wird.
 - In der Immunfluoreszenz zeigen sich IgA-Ablagerungen in den Glomeruli.
 - Lichtmikroskopische Untersuchungsergebnisse können variieren.
- Auch eine leichte IgA-Nephropathie oder der Verdacht auf die Erkrankung erfordern ein Follow-up.
- Die Erkrankung kann aufgrund von klinischem Bild oder Laboruntersuchungen nicht mit Sicherheit von anderen Formen der Glomerulonephritis unterschieden werden, aber das Auftreten einer Makrohämaturie kurz (innerhalb von weniger als 2 Tagen) nach Beginn einer fieberhaften Erkrankung weisen auf eine IgA-Nephropathie hin.
- Das Serum-IgA ist bei der Hälfte der Patienten erhöht.

Prognose

- Nach 20–25 Jahren entwickelt sich bei 25–30% der Patienten das Endstadium einer Niereninsuffizienz.
- Klinisch bedeutende Faktoren für eine schlechte Prognose sind:
 - Niereninsuffizienz bei Diagnosestellung oder im Verlauf
 - Proteinurie > 1 g/24 h
 - Hypertonie
- Eine Hämaturie ist prognostisch ohne Bedeutung.
- Die Harnbefunde können bei einem kleinen Anteil der Patienten (< 10%) spontan reversibel sein. Eine histologische Regression und ein Verschwinden der IgA-Ablagerungen sind selten aber möglich.
- Im Rahmen der histologischen Klassifikation (Oxford-Klassifikation) können gewisse Ergebnisse der Biopsie die Prognose beeinflussen

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Internistische Nephrologie: IgA-Nephropathie

(z.B.: mesangiale oder endokapilläre Hyperzellularität, segmentale Glomerulosklerose, tubuläre Atrophie/interstitielle Fibrose).

- Die Erkrankung kann auch nach Nierentransplantation wieder auftreten.

Therapie und Kontrolle

- Es gibt keine kurative Therapie.
- ACE-Hemmer oder AT2-Rezeptorblocker für alle Patienten mit einer Proteinurie > 1 g/24 h:
 - Sie reduzieren die Proteinurie und verzögern die Entwicklung einer Niereninsuffizienz.
 - Das Therapieziel ist < 1 g/24 h.
 - auch für normotensive Patienten
 - sollte auch bei einer Proteinausscheidung < 1 g/24 h überlegt werden
 - Die Dosis sollte so hoch wie möglich sein.
- Blutdruckzielwerte:
 - unter 125/75 mmHg bei Proteinausscheidung > 1 g/24 h
 - unter 130/80 mmHg bei Proteinausscheidung < 1 g/24 h
- Eine Kombinationstherapie von ACE-Hemmer und AT2-Rezeptorblocker sollte nur in Sonderfällen gegeben werden, da sie das Risiko für Hyperkaliämien erhöht und die Nierenfunktion verschlechtert.
- Die rasch progressive Crescendo-Form der Erkrankung sollte wie eine Vaskulitis behandelt werden.
- Ein Minimal-Change-Glomerulonephritis-Typ des nephrotischen Syndroms mit plötzlichem Beginn sollte analog zur Minimal-Change-Glomerulonephritis behandelt werden.
- Indikationen zur Glukokortikoidtherapie für 6 Monate, die Therapieentscheidung erfolgt beim Facharzt:
 - wenn die Proteinausscheidung trotz 3–6-monatiger optima-

ler Therapie (mit ACE-Hemmer oder AT2-Rezeptorblocker und Blutdruck im Zielbereich) mehr als 1 g/24 h beträgt und GFR \geq 50 ml/min ist; Glukokortikoide können auch bei einer niedrigeren GFR überlegt werden. Bei einer GFR < 30 ml/min ist kein Nutzen mehr zu erwarten.

- wenn die gesenkte GFR unter dem Normalwert das einzige Problem trotz Therapie von Bluthochdruck und Proteinurie ist und wenn dafür keine andere Ursache gefunden werden kann
- Bei der langsam progressiven Form der Erkrankung gibt es keine Evidenz für die Wirksamkeit einer wiederholten Glukokortikoidtherapie.
- Die Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt wie bei anderen Nierenerkrankungen.
- Milde Formen der Erkrankung und Patienten mit guter Prognose können in der Primärversorgung alle 6–12 Monate kontrolliert werden.
- optimale Blutdruckeinstellung
- Kreatinin, Elektrolyte, chemische Harnuntersuchung, Albumin/Kreatinin-Ratio im Harn (oder 24h-Proteinausscheidung im Harn)
- wenn die Kreatininspiegel kontinuierlich steigen, die Proteinurie trotz optimaler Behandlung zunimmt oder die Blutdrucktherapieeinstellung deutlich schwieriger wird, sollte ein Spezialist eingeschaltet werden.

Literatur:
Wyatt RJ, Julian BA, IgA nephropathy. N Engl J Med 2013; 368(25):2402–14 PubMed

Autoren: Virpi Rauta und Jukka Mustonen
Review: Barbara Degn

Inhalt zuletzt kontrolliert am 9. 3. 2017
Artikel ID: ebd00212 (010.032)
© 2017 Duodecim Medical Publications Ltd.

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
office@oegam.at • www.oegam.at

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

MODERATORENTTRAINING zur Führung ärztlicher Qualitätszirkel

eine Veranstaltung der ÖGAM, 21.–22. April 2017, Hotel ibis Linz

Freitag, 21. April 2017, 17.00–20.00 Uhr

MODUL 1: Grundlagen der Qualitätszirkelarbeit

Was ist ein Qualitätszirkel? Verschiedene Typen von Qualitätszirkeln;
Wie unterscheidet er sich von anderen Arbeitsgruppen (Balint-Gruppe, Fokusgruppe)?
Vorbereitung, Methoden, Hilfsmittel, Arbeitsweise und Grenzen; Vor- und Nachteile verschiedener Modelle; Planung, Motivation, Teilnehmerzahl, Strukturierung, Rollenverteilung, Themenfindung: Sensibilisierung, Auswahl;
im Anschluss: Training in Kleingruppen (Themenfindung)

Samstag, 22. April 2017, 08.30–17.00 Uhr

MODUL 2: Moderatorenverhalten; Werkzeuge der moderierenden Kommunikation

Grundhaltung des Moderators, Wechselwirkung zwischen Moderator und Gruppe, Herstellung einer Balance, Umgang mit Konflikten bzw. kritischen Situationen; Fragetypen, Fragen als strukturierende Intervention (Widerspiegelung, Sammlung, Integration, Kommunikationsförderung), Schlüsselfragen im Peer-Review-Prozess, „aktives Zuhören“, Intervention durch Thesen und Phantasien, Metakommunikation (Reflexion des Gruppengeschehens);
im Anschluss: Training in Kleingruppen

MODUL 3: Vorbereitung, Zielsetzung, Klärung der Methode; Protokoll, Evaluation, organisatorische Nachbearbeitung

Beispiele aus der QZ-Praxis; Orientierungsphase – Arbeitsphase – Abschlussphase, Bedeutung und Form des Protokolls; Bedeutung der Kontinuität; Evaluationsmöglichkeiten: Veränderungen der Versorgungszufriedenheit, Veränderung der Lebensqualität der Teilnehmer;
im Anschluss: Training in Kleingruppen und gemeinsame Diskussion

DFP: Für diese Veranstaltung werden **10 DFP-Punkte** aus dem Fach „Freie Fortbildung“ approbiert.

Seminargebühr: € 375,- (inkl. Skriptum, Mittagessen, Pausengetränke)

Entsprechend den Beschlüssen der Qualitätssicherungskommission ist für die Ausbildungskosten eine Rückvergütung der Seminargebühr durch die Landesärztekammern vorgesehen, die Teilnehmer erhalten diese Informationen bei ihrer Landesärztekammer.

Begrenzte Teilnehmerzahl! Nach Ihrer Anmeldung erhalten Sie umgehend eine Bestätigung mit den Daten für die Banküberweisung. Es zählt die Reihenfolge der Einzahlungen!

Infos und Anmeldung auf der ÖGAM-Website: www.oegam.at/veranstaltungen