

Wie weit ist der Weg noch zu gehen?

Gerade komme ich vom EURACT Council (Europäische Akademie der Lehrenden für Allgemein- und Familienmedizin) aus Kopenhagen zurück – und einmal mehr habe ich Österreich im europäischen Vergleich gesehen. Seit Neuestem bin ich das, was man im internationalen Sprachgebrauch „Single-handed GP“ nennt und werde von ein paar Nationen sehr bedauernd angesehen, wenn sie dies hören. In anderen ist dies Selbstverständlichkeit und mit dem Bewusstsein getragen, dass dies die medizinische Primärversorgung für den Großteil der Bevölkerung noch eine Weile bleiben wird. Aber auch dort besteht der Wunsch nach einer Flexibilisierung des Systems, in der alle Zusammenarbeitsformen gleichberechtigt und koexistent sein können – man ist sich klar, dass nicht jede Zusammenarbeitsform zu jeder regionalen Struktur „passt“. Nach Wochenenden wie diesen weiß ich immer sehr genau, in welche Länder ich gern abwandern würde, wenn ich müsste – oder aber in welchen Ländern ich gerne meine Ausbildung gemacht hätte. Hauptargumente dafür sind die Ausbildungsqualität, die FACH-spezifische Vorbereitung auf den Beruf, die kontinuierliche Rückkehr in die allgemeinmedizinische Praxis auch während des Krankenhausturnus, der Umgang mit ausländischen Kolleg:innen, um diese in die hausärztliche Primärversorgung möglichst gut zu integrieren (wenn ich dort Einwanderin wäre), die Zeit, die ich mit meinen Patient:innen verbringen könnte, da sowohl Arbeits-, Team- als auch Bezahlungssysteme anders sind und, und, und ... aber ich mag meinen Job, und meine Ausbildung ist vorbei.



Dr. in Maria Wendler
Ärztin für Allgemeinmedizin, Graz

Was bei den Diskussionen in der EURACT jedoch einmal mehr herauskam: Junge Allgemeinmediziner:innen entwickeln sich nicht selbstverständlich, die Berufswahl Allgemeinmedizin ist nur dann attraktiv, wenn auch die strukturellen Gegebenheiten ausreichend Möglichkeit geben, sich auf das Fach richtig vorzubereiten und sich in diesem Fach zu entwickeln. Wenn diesem Nachwuchs – selbst nach ausreichendem Kontakt mit der hausärztlichen Primärversorgung im Studium – nicht das richtige Lernumfeld gegeben wird, dann verliert er sich in den Mauern der Krankenhäuser und mancherorts im privaten Sektor.

Egal welche Fachrichtung man ergreift – genaugenommen: egal welchen Beruf man ergreift –, Lernumfeld und Ausbildungsqualität sind Faktoren, die am Ende auch die Qualität der erbrachten Leistung vorhersagen lassen. Im Kreis der EURACT ist es Konsens, dass die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung, welche die Vorrangstellung der Patientenbedürfnisse und die Leistungserbringung im Krankenhaus „unter einen Hut“ bringt, mit sehr großen Herausforderungen verknüpft sein kann,

aber dennoch keine Unmöglichkeit ist. Einzigartig für die Ausbildung im Fach Allgemein- und Familienmedizin ist jedoch in vielen europäischen Nationen nach wie vor, dass dort Ausbildungen etabliert sind, in denen der Ausbildungsort deutlich mehr als 50 % das Krankenhaus ist – im Gegensatz zu anderen Spezialist:innen, die in ihrem zukünftigen Lernumfeld auch ausgebildet werden (Was wäre, wenn ein:e Chirurg:in 75 % ihrer/seiner Ausbildung nicht in den chirurgischen Fächern verbringt?). Alle jungen Ärzt:innen müssen sich im Laufe der Ausbildung mit der eigenen beruflichen Identitätsbildung auseinandersetzen – junge Allgemeinmediziner:innen tun dies jedoch in einem Umfeld, das kaum oder kein Verständnis für ihre berufliche Zukunft aufbringen kann. Natürlich tragen die Erfahrungen im Krankenhaus zur beruflichen Entwicklung bei, nur sollten diese Erfahrungen eben besser auf die berufliche Zukunft abgestimmt sein.

Die Anfang Mai in Österreich laufende Diskussion über die Änderung des wahlärztlichen Systems sowie alle davor zu diesem Thema geführten Diskussionen führen also ins Leere, wenn man nicht alle Ebenen des Systems und der hausärztlichen Tätigkeit und ihrer Kernkompetenzen (und somit deren Entwicklung und Ausbildung) im Zusammenhang sieht und nicht mehrere Stellschrauben gleichzeitig bedient – ein paar dieser Stellschrauben, wie bereits im Masterplan Allgemeinmedizin ausgeführt (siehe ÖGAM-Website), hätte man aber wahrscheinlich schon vor ein paar Jahren drehen können, um sich diese Diskussion heute einfach zu ersparen ... ■

JUNGE ALLGEMEINMEDIZIN KONGRESS



23.-25.09.2022

ALPEN-ADRIA-UNIVERSITÄT

KLAGENFURT

INTERAKTIV

PRAKTISCH

UNABHÄNGIG



Drei Tage Vorträge und Workshops für Jungärzt:innen und Medizinstudent:innen mit Interesse an der Allgemeinmedizin. Nähere Infos und Anmeldung unter:
www.jungeallgemeinmedizin.at | [@jungeallgemeinmedizin](https://twitter.com/jungeallgemeinmedizin)



Eine Veranstaltung der Jungen Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ) mit freundlicher Unterstützung von:

KABEG

ÄK
 Ärztekammer
 für Kärnten

öifam
 BARMHERZIGE BRÜDER
 KRANKENHAUS ST. VEIT/BLAN

G Österreichische
 Gesundheitskasse

SVS
 Gemeinsam gesünder.
elisabethinen
 allgemeines öffentliches Krankenhaus

**DEUTSCH
 ORDENS
 KRANKENHAUS
 STEIERMARK**

**ÖSTERREICHISCHE
 ÄRZTE & APOTHEKER
 BANK AG**

H HUMANOMED

**MED
 SERVICE**

stafam
 Steirische Akademie
 für Allgemeinmedizin

ÖGAM
 Österreichische Gesellschaft
 für Allgemein- und Familienmedizin
 Mitglied der WONCA

Das Webtool zur S1-Leitlinie „Long COVID“ ist da!

Nachdem unter der Leitung der ÖGAM in Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften die S1-Leitlinie „Long COVID“ in der *Wiener klinischen Wochenschrift* erschienen ist (wir berichteten), freut es das Team der Karl Landsteiner Universität für Gesundheitswissenschaften, diese Leitlinie nun als Online-Tool mit zusätzlichen Ergänzungen veröffentlichen zu können.

Zunehmend sind unsere Kolleg:innen in den Ordinationen auch mit den „Nachwehen“ der letzten COVID-19-Wellen konfrontiert: sei dies durch die in den letzten beiden Jahren auftretenden physischen, psychischen oder sozialen Faktoren, die negativen Einfluss auf die Gesundheit der Patient:innen haben, oder aber protrahierte Verläufe der SARS-CoV-2-Infektion mit nur milder Symptomatik während der akuten Erkrankung – „Long COVID“, Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten beschäftigen derzeit jede und jeden von uns im hausärztlichen Alltag. Das Wissen dazu und der Umgang mit dieser Erkrankung mehrert sich nunmehr – ebenso wie die Erkenntnisse zur COVID-19-Pandemie und dem SARS-CoV-2 – in den letzten beiden Jahren. Um in diesem Themenbereich eine rasche Update-Möglichkeit zu erhalten sowie einen niederschweligen Zugang ähnlich der KL-Plattform zu ermöglichen, erfolgte daher die Entwicklung des Webtools und im Hintergrund dazu die Aktualisierung der Leitlinieninhalte. Darüber hinaus wurden die Leitlinien jetzt durch die Zusatzkapitel chronisches Erschöpfungssyndrom, ME/CFS, autonome Dysfunktion, Arbeitsmedizin, Arbeitsrecht, psychosoziale Aspekte, Netzwerkpartner und Patienteninformationen erweitert.


Leitlinie Long COVID und Webtool

Vorrangiges Ziel der Leitlinie und des Webtools war und ist es, den hausärztlichen Primärversorger:innen entlang der vorhandenen Symptome oder des klinisch führend betroffenen Organsystems ein Tool an die Hand zu ge-

ben, um eine möglichst gezielte und strukturierte Abklärung zu ermöglichen – zur Entlastung der sekundären und tertiären Versorgungsstrukturen, aber auch zur Vermeidung von Unter- oder Überdiagnostik sowie Bagatelisierung der vorhandenen Beschwerden. Ziel dieser Leitlinie ist es also, den Patient:innen indirekt die Sicherheit zu geben, gut und leitliniengerecht abgeklärt zu werden und nicht selbstorganisiert und unkontrolliert durch das System „zu schwirren“. Ziel ist es aber auch, den versorgenden Kolleg:innen Sicherheit zu geben und Mut zu machen – denn nach wie vor ist die Diagnose Long COVID, zwar von der WHO als Krankheitsentität mittlerweile anerkannt, eine Herausforderung und bedarf nicht nur einer strukturierten Basisabklärung, sondern auch einer kontinuierlichen hausärztlichen und manchmal auch multiprofessionellen Betreuung und Begleitung. Es bedarf zudem einer Vertrauensbasis und Beziehungsmedizin, um die Patient:innen durch Wochen und Monate der Erkrankung zu führen, in der sie oft deutliche Einschränkungen in ihrer Lebensqualität, ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit erleben. Auch hier bedarf es der hausärztlichen Unterstützung, nicht nur um zu einer Diagnose zu kommen, sondern mittels kontrollierten Pacing und Kooperation mit Arbeitgebenden und Arbeitsmedizin, Reintegrationsmaßnahmen wie „Fit2work“ und Ähnlichem zurück in das berufliche Leben zu finden.

Zusätzliche sozioökonomische und psychische Belastungen

Nicht selten kommen also zu den Beschwerden, ausge-

Schellong-Test Datum: _____ / Uhrzeit: _____ 

Patient	weiblich			
Name				
Vorname				
Geb. Datum	12.04.1974			

	min	BD syst mmHg	BD diast mmHg	Puls /Min	Symptome
liegend	0	110	68	55	
	2	112	66	56	
	5	112	67	56	
stehend	0	110	65	63	schwummig
	2	90	60	88	Herzrasen
	5	100	70	98	
liegend	0	100	68	100	schwindlig
	2	105	70	80	
	5	110	70	75	Symptome wieder besser

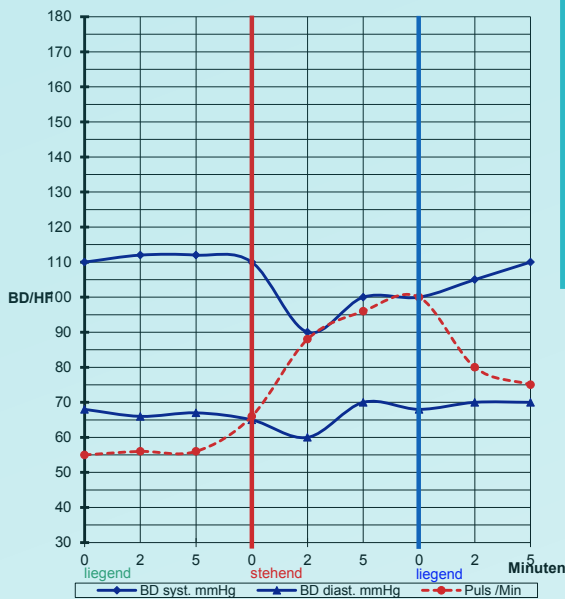
Auswertung:
 RR-Veränderung systolisch nach dem Aufstehen: _____ mmHg
 RR-Veränderung diastolisch nach dem Aufstehen: _____ mmHg
 Pulsveränderung nach dem Aufstehen: _____ /min

pathologischer Blutdruckabfall:
 systolisch ≥ 20 mmHg
 diastolisch ≥ 10 mmHg

pathologischer Herzfrequenzanstieg:
 ≥ 30 /min
 ODER Herzfrequenz absolut >120 /min

ZUR LEITLINIE





SHELLONG-TEST
 DOWNLOADEN
 (PDF)



Den Shellong-Test mit automatischer Grafikerstellung (.xlsx) finden Sie unter medmedia.link/nqme.

löst durch COVID-19, auch sozioökonomische und psychische Belastungsmomente. Gerade hier ist es die Rolle der familienmedizinischen Betreuung, die Patient:innen in ihrem familiären Kontext und Umfeld zu sehen – und manchmal auch Gespräche mit beiden Partner:innen gemeinsam zu führen, um Konfliktsituationen („Du bist ja eh im Krankenstand und zu Hause, wieso hast du nicht ...“) aufzulösen und Verständnis für die Einschränkungen im Alltag und Leben zu generieren.

Fazit

Die Leitlinie und das Online-Tool geben somit Empfehlungen zu Differenzialdiagnostik der häufigsten Symptome, therapeutischen Optionen und Patient:innenführung und -betreuung, Wiedereingliederung in den Alltag sowie Indikationen und Möglichkeiten für eine gezielte Rehabilitation. Wichtig hierbei ist, dass sich die Leitlinie nach wie vor nur mit Long COVID nach milden oder moderaten Verläufen (inkl. hospitalisierten) Patient:innen befasst, nicht jedoch mit Folgeschäden und Erkrankungen durch eine intensivmedizinische Behandlung. Das Leitlinien-Team hofft, mit der COVID-19-Plattform eine strukturierte Unterstützung für Kolleg:innen zu erreichen und zu einer verbesserten Patient:innenbetreuung beizutragen.

Dank gilt dem Leitlinienteam der Fachgesellschaften unter Führung der ÖGAM, allen Autor:innen und Beteiligten für die zur Verfügung gestellte Expertise sowie dem Bundesministerium für Gesundheit für die Unterstützung, um dieses Projekt zu ermöglichen. ■

Das Webtool	
Einführung	>
Zielsetzung	>
Definition "Long COVID"	>
Bedeutung	>
Symptomatik	>
Pathomechanismen - was ist bekannt	>
Organsysteme Übersicht	>
Differenzialdiagnostik der häufigsten Symptombilder	>
Follow-up und Monitoring	>
Behandlung	>
Nachsorge und Rehabilitation	>
Empfehlungen auf einen Blick	>
Zusatz Chronisches Erschöpfungssyndrom	>
Zusatz Betroffene von ME/CFS	>
Zusatz Autonome Dysfunktion	>
Zusatz Arbeitsmedizin	>
Zusatz Arbeitsrecht	>
Zusatz Psychosoziale Aspekte	>
Netzwerkpartner/Patienteninfo	>
Podcasts	>
Downloadbereich	>
Autor_innen/Team	>

Webtool zur möglichst gezielten und strukturierten Abklärung anhand der vorhandenen Symptome oder des klinisch führend betroffenen Organsystems