

Was hat die Welt mit uns zu tun?

Wir haben ein Gesundheitssystem, das durchaus viele Schwächen hat, das manchmal teuer und ineffizient ist, aber andererseits ist die österreichische Bevölkerung auf hohem Niveau gut versorgt, und wir arbeiten weiter daran, das System zu verbessern. Wir können uns das leisten, denn wir sind ein reiches Land und haben ein solidarisches Sozialsystem, auf das wir stolz sein können. Wir Österreicher haben uns dieses Sozialsystem und diesen Wohlstand nach dem 2. Weltkrieg, der viel Not über dieses Land gebracht hatte, erarbeitet, weil viele fleißig gewesen sind und wir in Europa in einer Situation leben, wo es aus vielen Gründen vielleicht etwas leichter gefallen ist. Aber wir sind nicht ganz allein dafür verantwortlich, wir haben, da wir selbst nicht genug Arbeitskräfte hatten, auch Migranten ins Land geholt, die nicht unwesentlich an unserem Aufschwung beteiligt waren. Und wir haben billig Rohstoffe aus anderen, sogenannten 3.-Welt-Ländern importiert und haben dabei die Augen verschlossen, dass es den Leuten dort nicht so gut geht wie uns.

Jetzt ist eine Situation eingetreten, dass in vielen dieser Länder Situationen herrschen, die ein menschenwürdiges Leben unmöglich machen. In Syrien wird ein Krieg geführt, den man sich grausamer nicht vorstellen kann, und z.B. in Aleppo wird auf sarkastisch diabolische Weise die Zivilbevölkerung abgeschlachtet.

Dass sich diese Menschen aufmachen, um eine sichere Bleibe zu suchen, ist allzu verständlich und diese sichere Bleibe suchen sie auch in Europa. Nach einer ersten Welle der Solidarität ist die Angst gekommen, es könnten doch zu viele werden. Wir haben begonnen, äußere und innere Zäune zu errichten, akzeptieren, dass Tausende im Mittelmeer ertrinken, sperren die Leute in riesige Lager weg. Aus Angst vor Islamisierung werfen wir unseren urchristlichen Wert, die Nächstenliebe, über Bord, vergessen, dass die Würde des Menschen in der Verfassung verankert ist und betrachten diese armen, von Krieg und Vertreibung gezeichneten Menschen als nicht gleich- oder sogar minderwertig. Politiker und Menschen, die in der

Öffentlichkeit stehen und sich für Flüchtlinge einsetzen, werden beschimpft und diffamiert, das Wort „Gutmensch“ ist zum Schimpfwort degradiert, Flüchtlingsunterkünfte werden angezündet und Menschen für ihre Haltung niedergeschlagen. Dass damit immer wieder demokratische Regeln in Frage gestellt oder mit Füßen getreten werden, gibt Anlass zur Sorge.

Wir in Europa sind nach wie vor reich, wir können uns vieles aus einem enormen Überfluss leisten. Wir könnten viel mehr Leute aufnehmen, als wir es bis jetzt tun, wenn wir Europa wirklich als solidarische Gemeinschaft leben würden und nicht nur als ökonomische Zweckgemeinschaft, wie es gerade im Moment zu sein scheint.

Es ist meine volle Überzeugung, dass wir Ärzte, vor allem die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die wir so nah am Menschen sind, gewichtigen Einfluss haben auf das soziale Klima in unserer Umgebung. Ich würde mich freuen, wenn wir viele Kolleginnen und Kollegen motivieren könnten, sich dieser sozialpolitischen Aufgabe zu stellen und aufklärend, nicht ausgrenzend, wirksam zu werden. Wir werden als Ärzte nach wie vor als moralische Instanz gehört und gesehen und diese Tatsache sollten wir nutzen.

Historisch betrachtet haben in Zeiten, in denen Nationalismus und Egoismus anderen gegenüber die Oberhand gewonnen haben, immer im Chaos, Krieg und in Zerstörung geendet. Das ist Evidenz basiert!

[http://www.woncaeurope.org/
content/wonca-europe-2015-istanbul-statement](http://www.woncaeurope.org/content/wonca-europe-2015-istanbul-statement)



**Dr. Christoph
Dachs**

„10 Minuten pro Patient?!“

**15. Tagung für Allgemeinmedizin und Geriatrie,
30. September 2016, Wien.**

Dieses Jahr bot die 15. Tagung für Allgemeinmedizin und Geriatrie wieder ein umfassendes und neuerlich sehr praxisrelevantes Programm. In gesamt 4 Vortragsblöcken erfolgten 11 z.T. intensive Vorträge zu wichtigen Themen der Geriatrie wie Malnutrition, Impfungen im Alter, Erkennung geriatrischer PatientInnen, ethische Entscheidungen u.v.m.

Der diesjährige Block der ÖGAM führte den Titel „10 Minuten pro Patient?!“ – bewusst gewählt zur Kontrastierung des Betreuungsaufwandes geriatrischer Patienten in der allgemeinmedizinischen Realität. Mit den 3 Kurzvorträgen: „Herr/Frau Doktor, so geht es einfach nicht mehr“, ... „und dieses ständige Geistern in der Nacht“, „und dann auch noch diese Vergesslichkeit“ wurde auf 3 häufige Problematiken geriatrischer PatientInnen eingegangen. Durch die Vorträge führten Dr. Matthias Kölbl, FA für Innere Medizin und Geriatrie sowie Leiter der Notfallambulanz des Krankenhauses der Elisabethinen Linz, Dr. Bernhard Panhofer – Vizepräsident der ÖGPAM und langjähriger Allgemeinmediziner in Ungenach sowie Dr. Maria Wendler, Allgemeinmedizinerin mit Zusatzfachausbildung Geriatrie.

„Herr/Frau Doktor, so geht es nicht mehr ...“

Gerade in seiner Funktion als leitender Facharzt der Notfallambulanz sieht sich Dr. Kölbl immer wieder damit konfrontiert, geriatrische und vor allem gebrechliche PatientInnen (Frailty-Syndrom) trotz des bestehenden Zeitdruckes der Notaufnahme, rasch und effizient zu erkennen, um deren erhöhter Vulnerabilität mit der geforderten Achtsamkeit zu begegnen.

Auch im Ordinationsalltag erleben wir es immer wieder, dass wir im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung unserer PatientInnen zunehmende Schwierigkeiten im Alltag wahrnehmen, die einer Änderung im Umgang mit diesen PatientInnen bedürfen, oft jedoch durch das Umfeld unbemerkt bleiben oder als natürlicher „Alterungsprozess“ interpretiert werden. Diese zunehmend gebrechlichen Personen überschreiten irgendwann die Grenze zu einer – ihre Mortalitätsprognose relevant beeinflussenden – Frailty. Vielfach haben profunde Studien jedoch bewiesen, dass hinsichtlich Outcome, Prognose und Verlauf eine frühzeitige Identifizierung gebrechlicher PatientInnen notwendig ist, um bestehender Multimorbidität und funktionellen Defiziten zugunsten der Betroffenen mit individualisierten Behandlungs- und Versorgungsstrategien gegenüberzutreten zu können.

Mit einer Zusammenstellung an Kurzassessments präsentiert Dr. Kölbl einen einfachen und effektiven Weg innerhalb kürzester Zeit aus der großen Menge betagter PatientInnen, genau diejenigen herauszufiltern, die besonderer geriatrischer Aufmerksamkeit benötigen: Über einen einfachen Händedruck (oder besser das Vigorimeter), Fragen und Kenntnisse über Aktivitätsniveau, Gewichtsverlust

und subjektiv wahrgenommener Erschöpfung (wobei hier die zwei als häufig oder oftmals angegebenen Aussagen „Alles was ich tat, war mühsam und anstrengend“ und „ich konnte mich zu nichts aufraffen“ zur Identifikation als geeignet gelten) gelingt bereits eine rasche Einschätzung nach den Fried-Frailty-Kriterien, welche sich in vielerlei Hinsicht mit jenen der Sarkopenie (reduzierte Muskelmasse, reduzierte Muskelkraft, geringes körperliches Aktivitätsniveau) überschneiden. Ergänzend empfohlen der Chair-rising- bzw. der Timed-up-and-go-Test und die Balanceüberprüfung mittels (Semi-) Tandemstand. Für die kognitive Testung klar favorisiert ist der „Mini-Cog“ oder der „schnelle Uhren-Dreier“ – hier muss die zu testende Person 3 Worte wiederholen und wiedergeben, nachdem sie zur Ablenkung eine Uhr zeichnen musste.

Abgesehen von einem fakultativen Vigorimeter benötigt es nicht mehr als Papier, Stift, Stuhl, etwas Platz und einer Uhr zur Identifikation gebrechlicher PatientInnen. Auf die Relevanz von Gewichtsverlust, Sarkopenie und Malnutrition ging in einem weiteren Vortrag eines anderen Blockes dann noch Dr. Miriam Leitner von der medizinischen Universitätsklinik Wien (klin. Abteilung f. Endokrinologie und Stoffwechsel) ein.

„... und dieses ständige Geistern in der Nacht“

„Ein weiteres häufiges Thema bei älteren Personen ist ein gestörter Nachtschlaf oder auch nur die gestörte Wahrnehmung, wie viel und was ein ausreichender Nachtschlaf ist. Oftmals gehen auch ältere Menschen von einem viel zu hohem Ruhebedürfnis aus, mit zunehmendem Alter scheint jedoch das Schlafbedürfnis zu sinken. Nicht selten ist es eine falsche Vorstellung der ausreichenden Schlafphase, die bereits zu Anspannungen in der Nacht führt und mitunter die Schlafqualität wieder beeinträchtigt“, konstatiert Dr. Panhofer. Viel zu leicht ist es, bei gegebenem Zeitdruck medikamentös zu intervenieren, anstatt zuerst ausführliche Anamnese und Aufklärung zu betreiben. Gerade wenn das Klagen der Angehörigen hoch ist, dass Betroffene in der Nacht durchs Haus „geistern“, ist – nach Ausschluss relevanter Ursachen für die unruhigen Nächte – häufig die Aufklärung der Angehörigen wichtiger als eine medikamentöse Therapie.

Als relevantester Faktor zur Unterscheidung zwischen einem verminderten Ruhebedarf in der Nacht und einer tatsächlichen Schlafstörung wird die darauffolgende Tagesmüdigkeit genannt. Erst wenn diese subjektiv den Morgen bzw. den Tag beeinträchtigt, also ein nicht erholsamer Nachtschlaf vorliegt, ist die Definition einer Schlafstörung erfüllt. Zu den wichtigsten Fragen der Anamnese zählen auch die eigene Erwartungshaltung für den Nachtschlaf (notwendige Dauer), Schlafhygiene und Verhaltensweisen vor dem Zubettgehen sowie die Rückmeldungen durch Angehörige.

Vor der medikamentösen Therapie gibt es verschiedenste Möglichkeiten, vielleicht auch anders, zu einer besseren Schlafqualität zu kommen, allen voran ist hier die richtige Schlafhygiene zu nennen. Gerade bei Betroffenen mit demenzieller Entwicklung ist hier eine

gute Tagesstrukturierung mit Vermeidung überlanger Ruhezeiten tagsüber zur Verhinderung einer Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus von Relevanz. Auch autosuggestives Training („Ruhe wichtig, Schlaf gleichgültig“) kann zu einem verbesserten Einschlafen verwendet werden.

„... und dann auch noch diese Vergesslichkeit“

Die Entwicklung kognitiver Defizite ist oftmals schleichend progredient, akute Verwirrtheit und Verhaltensänderungen bedürfen immer auch einer adäquaten Abklärung, das Delir als wichtigster Vertreter plötzlicher Verwirrheitszustände bei geriatrischen Patienten hat meist einen oder mehrere Auslöser bei oftmals auch vorbestehender erhöhter kognitiver Vulnerabilität. Allen voran sind hier akute Erkrankungen und deren Folgen (z.B. Schmerzen, Exsikkose) und Änderungen in der medikamentösen Therapie zu nennen. Demenzielle Entwicklungen hingegen sind oftmals schleichend und lange durch entsprechende Routine im Alltag und im gewohnten Umfeld kompensiert. Nicht selten sind diese Defizite jedoch bereits für die Beziehung mit den Angehörigen belastend, die verminderte Kognition jedoch als „altersentsprechend tolerabel“ hingenommen – bis die Situation letztendlich eskaliert. Oftmals rasch wahrgenommen werden zunehmend starre Verhaltensweisen, fehlende Flexibilität im Alltag gegenüber neuen Situationen, sozialer Rückzug, vermehrtes Ruhebedürfnis, fehlende zeitliche Orientierung oder Vergesslichkeit über rezent Geschehenes oder Besprochenes sowie Vorwürfe wegen selbst verlegter Gegenstände.

Nicht selten geschieht es dann, dass betroffene Angehörige ihr Leid dem betreuenden hausärztlichen Team (manchmal auch nur an der Rezeption der Ordination) beklagen, doch auch hier ist Hellhörigkeit gefragt, da man nicht immer weiß, ob nur die subjektive Wahrnehmung Angehöriger oder tatsächlich eine demenzielle Entwicklung dahintersteckt?

Klagen von Angehörigen sind in diesem Bereich durchaus ernst zu nehmen, oftmals stimmt der subjektive Eindruck. Mit gezielten Fragen, wie z.B. im IQCODE 7 vorliegend, lassen sich diese subjektiven Wahrnehmungen eventuell auch objektivieren und eine fragliche demenzielle Entwicklung konkretisieren. Fest steht jedoch: Eine weitere Diagnostik und Evaluation ist ohne den Betroffenen selbst nicht

Abb.: ÖGGG – das geriatrische Basis-Assessment „Schneller Uhren-Dreier“

möglich. Auch hier kann eine Erstevaluation, z.B. mit einem Mini-Cog, durchgeführt werden, eine vertiefende Testung mittels MMSE oder MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ist ebenfalls möglich. Da es jedoch nicht immer einfach ist, den Betroffenen selbst entweder in die Ordination oder aber auch zu einer Testung zu bewegen, ist hier überbrückend oft die Aufklärung und Kooperation der Angehörigen notwendig. Ein offenes Ansprechen der Problematik mit den Betroffenen ist durchaus vertretbar. Als einleitende Fragen werden hier z.B. in der Schweiz im Rahmen des BrainCheck® von Dr. Ehrensperger folgende Fragen verwendet:

- Haben Sie in der letzten Zeit erlebt, dass Ihre **Fähigkeit sich neue Dinge** zu merken, nachgelassen hat?
- Haben Angehörige oder Freunde **Bemerkungen** gemacht, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden sei?
- Sind Sie in Ihrem **Alltag** durch Gedächtnis- oder Konzentrations-schwierigkeiten **beeinträchtigt**.

Oft sind sich letzten Endes die Betroffenen ihrer Defizite bewusst und wollen selbst eine Erklärung für dieselben.

Dr. Maria Wendler

Review: Dr. Matthias Kölbl, Dr. Bernhard Panhofer

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degen
 Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Thomas Jungblut, Dr. Susanne Rabady, Dr. Maria Wendler, Dr. Reinhold Glehr

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

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

Was ist Familienmedizin (nicht) – Definitionen, Modelle und Grenzen der Familienmedizin

Oft beginnen Vorlesungen mit einer Definition – eine in der WONCA gebräuchliche Definition für FamilienmedizinerInnen ist:

- Sie sind dazu ausgebildet, mit Menschen in allen Lebensstadien umzugehen
- Sie sind medizinische Generalisten und erste Anlaufstelle für alle möglichen gesundheitlichen Problemen im Setting der Primärversorgung und
- sie stellen ein umfassendes, breit zugängliches Service zur Verfügung, fokussiert auf lokale Kommunen, ermöglichen Kontinuität in der Betreuung und konzentrieren sich auf die Betreuung von Personen – nicht auf spezifischer Teile ihres Körpers oder auf spezifische Erkrankungen.

Ich habe letztendlich 3 verschiedene Arbeitsformen von FamilienmedizinerInnen weltweit gesehen:

- Alleine arbeitende Allgemeinmediziner, mit einer Liste von Patienten die- oder auch nicht – in der Nähe leben: unterstützt wird dieser Arzt meist von einem/einer weiteren MitarbeiterIn. Es kann eine starke und enge Arzt-Patienten-Beziehung entstehen, weil alleinig dieser Arzt für den Patienten verantwortlich ist.
- Eine Gruppenpraxis mit mehreren Ärzten, oftmals auch mit Krankenschwestern und anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeitend.
- Ein „Department“ oder ein institutionalisiertes Setting, in der unmittelbaren Nähe oder auch in Krankenhäusern, direkt neben spezialisierten Diensten.

Aber: welches Modell auch immer existiert, wir können innerhalb dieses Modells folgende Variablen beobachten:

1. Der Aufgabenbereich der Praxis – viele AllgemeinmedizinerInnen nutzen nicht alle Möglichkeiten ihrer Disziplin in der Ordination/Zusammenarbeitsform. Als Beispiel: in England sind FamilienmedizinerInnen dazu ausgebildet, sowohl Kinder und als auch Erwachsene zu behandeln, sie machen gynäkologische Routine-Untersuchungen und sind für die Prävention zuständig – in anderen Ländern betreiben FamilienmedizinerInnen nur Erwachsene, verschreiben keine Verhütungsmittel oder machen keine Cervixabstriche.
2. Lokale Vernetzung – manche Systeme schaffen keinen Anreiz für die Registrierung oder Betreuungskontinuität bei einem betreu-

enden Arzt. Patienten können Anbieter frei wählen oder gar die Primärversorgung um- und direkt zu Spezialisten gehen. In anderen Ländern gibt es Einschreibe-Listen, die nicht wohnort-bezogen sind. Eine Praxis, die keinen kontinuierlichen Kontakt mit den gleichen PatientInnen über einen längeren Zeitraum hat, ist nicht in der Lage effektive Gesundheitsprävention und – Programme umzusetzen, kann nicht die nicht beachteten Gesundheitsbedürfnisse ihrer Umgebung identifizieren und hat auch Schwierigkeiten in der Betreuung chronisch Kranker (Disease Management). Bei einer nicht auf die wohnortnahe bezogenen Patientenliste ist es schwerer, mit anderen Dienstleistern zusammenzuarbeiten.

Spielt das eine Rolle?

Ich glaube ja, zumindest auf systemischer Ebene: Während individuelle Umstände und Möglichkeiten verschieden sind, ist ein Gesundheitssystem, das nicht den kompletten Kompetenzbereich der Allgemeinmedizin nutzt, sehr wahrscheinlich weniger kosteneffektiv. Ein Arzt, der nicht eine erste Einschätzung der meisten Gesundheitsprobleme machen kann, wird nicht in der Lage sein, junge Kollegen auszubilden, die diese Breite der Patienten kennen lernen müssen. Einzelne Ärzte wählen vielleicht eine spezifische Rolle im Laufe ihrer Karriere, die „weniger“ allgemeinmedizinisch wirkt, aber wir müssen in jedem einzelnen Land in der Lage sein, die volle fachliche Breite unseres Faches darzustellen, damit unser Fach letztendlich verstanden und genutzt wird.

Für Länder in einer Übergangsphase, wo dies noch nicht möglich ist, ist zweierlei wichtig: Pilotprojekte zu zeigen, wo „wirkliche“ Familienmedizin (in der Definition zu Beginn des Artikels) stattfindet und offen, ehrlich und analytisch zu diskutieren, wie Gesundheitssysteme aussehen würden, wo das Idealbild der Allgemeinmedizin im gesamten System implementiert ist. So können wir zumindest die Realität mit einer anzustrebenden Zukunft vergleichen. Es ist wichtig, dass wir uns dessen bewusst sind, wenn Regierungen und Geldgeber Änderungen im System vorschlagen: Wird dies unsere Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung, Prävention, Screening, Akutbetreuung oder Betreuung chronisch Kranker im Laufe der Zeit verbessern? Oder wird diese Änderung die Fragmentierung unseres Systems fördern und unsere Aufgabenbereiche beschränken?

Wir müssen die Prinzipien der Familienmedizin konsequent verteidigen, damit wir all diese Dinge im Laufe der Zeit weiterentwickeln können.

Quelle: <http://www.globalfamilydoctor.com/News/PolicyBite/WhatisornotFamilyMedicine.aspx>

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Prof. Amanda Howe, UK, President Elect WONCA
Übersetzung von Dr. Maria Wendler
Review von Dr. Barbara Degen