

Allgemeinmedizin erklärbar machen

Die Allgemeinmedizin ist ob ihrer Breite einer der komplexesten und spannendsten medizinischen Bereiche. Schon im Studium sollte entsprechend darauf hingewiesen werden, schreibt MR Dr. Peter Sigmund, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Medizinuniversität Graz, im folgenden Fachkommentar.

In Erörterung mit Kollegen und Studierenden ist es herausfordernd, das Wesen der Allgemeinmedizin in seiner Komplexität darzustellen. Vor allem im *unausgelesenen Krankengut*¹ präsentiert sich der Kranke mit seinem subjektiven, oft mehrdeutigen *Kranksein* – „illness“², das ihn hilfeschend zum Arzt bringt.

Nun müssen mit allgemeinmedizinischen Schlüsselkompetenzen mögliche Ursachen objektiviert werden: strukturelle Ursachen mittels körperlicher Untersuchung (apparativ unterstützt), biochemisch-metabolische Ursachen mittels Laboruntersuchung, psychische und milieubedingte, soziale Ursachen mittels Gespräch und klinischer Beobachtung. Das Grundwissen für diese Aufgaben liefert das von Spezialdisziplinen geschaffene Wissen, das in der klassischen Krankheitslehre *Krankheiten* – „diseases“² beschreibt.

Aufgabe der Allgemeinmedizin ist somit die Integration aller Faktoren und des Wissens der klassischen Krankheitslehre, die gesamtheitliche Zusammenschau und Interpretation aller möglichen erfassbaren Aspekte, die zum Kranksein dieses Menschen führen, und im Sinne Balints das Formulieren einer *Gesamt-Diagnose*³ für ein angemessenes Handeln.

Mit welchen Wirkungsweisen wird diese Aufgabe erfüllt?

Wirkungsweisen der Allgemeinmedizin:

Nach Barbara Starfield (1932–2011), Johns Hopkins University, Baltimore, USA, sind es die „4 C's“ der Allgemeinmedizin:

1. First Contact Care: Niederschwelligkeit und frühzeitige Kontaktmöglichkeit – dies ermöglicht uns die Filter/Auslesefunktion
2. Continuous Care: Immer derselbe Arzt sieht und kennt seine Patienten – dies ermöglicht uns den Vertrauensaufbau und eröffnet uns die gelebte Anamnese.
3. Comprehensive Care: Kompetenz für vielfältige, ineinandergreifende Gesundheitsprobleme – dies ermöglicht uns die Patientenorientiertheit

4. Coordinated Care: die Integration aller Aspekte und Befunde des Krankseins – dadurch erlangen wir Steuerungsfunktion

Ergänzt durch ein 5. „C“ – Community Care: Ausweitung der Sicht auf Familie, Lebenssystem und Gemeinschaft

Neben unzähligen Definitionen von Allgemeinmedizin beschreiben die 4 C von Barbara Starfield⁴ genial einfach, klar und gut mit Forschung belegt und publiziert das Wirken der Allgemeinmedizin. Barbara Starfield wurde einst gefragt, ob nicht ein weiteres „C“ für „patient centered care“ hinzuzufügen sei – ihre Antwort: „Wenn ihr die „4 C's“ praktiziert, dann ist das ‚patient centered care‘!“ Gerade in der Lehrpraxis ist es oftmals möglich, jeden Handlungsschritt unmittelbar einem „C“ zuzuordnen und diesen damit als spezifisch allgemeinmedizinisch auszuweisen.

Gerade im von Subjektivität und Unschärfe⁵ geprägten Arbeitsfeld der Allgemeinmedizin schützt allgemeinmedizinische Arbeitstheorie vor der Zumutung der Beliebigkeit und des Zufalls – gilt doch seit Kurt Lewin (1890–1947, deutsch-amerikanischer Psychologe):

„Nichts ist praktischer als eine gute Theorie!“

Tipp: Gelebte Arbeitstheorie ausgehend von Fallbeispielen aus dem Praxisalltag – Seminar Allgemeinmedizin (A. Ranner/P. Sigmund) Workshop, offene, kreative Konversation in Form eines Knowledge-Cafés, Reflexion mittels dienlicher Leitlinien
27. Ärztetage Grado, 27. 5.–2. 6. 2018

Autor: MR Dr. Peter Sigmund
Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der
Medizinuniversität Graz



MR Dr.
Peter Sigmund

Literatur:

- 1 Robert N. Braun, Lehrbuch der Allgemeinmedizin, Verlag Kirchheim, Mainz 1986
- 2 Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiak, Theorie der Humanmedizin, Urban & Schwarzenberg 1991
- 3 Michael Balint, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett-Cotta 1984
- 4 Barbara Starfield *Primary Care, Concept, Evaluation and Policy, Oxford Univ. Press 1992;
- *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, 2005, The Milbank Quarterly
- 5 Michael M. Kochen, Allgemein- und Familienmedizin, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1998

Lebenslange Nachsorge bariatrisch operierter Patienten

Ein bariatrisch chirurgischer Eingriff ist für viele morbid adipöse Patienten der letzte Ausweg, um nachhaltig Gewicht zu verlieren und adipositasassoziierte Komorbiditäten zu verbessern. Eine strukturierte, lebenslange Betreuung dieser Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil für den langfristigen Erfolg der operativen Maßnahmen. Der Fokus in der Nachsorge liegt gemäß internationaler Guidelines vor allem auf Ernährungs- und Lebensstilempfehlungen.

Die Anzahl bariatrisch chirurgischer Eingriffe zur Gewichtsreduktion in Österreich nimmt ständig zu. 2013 wurden laut IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Diseases) österreichweit 2.144, im Jahr darauf 2.553 Operationen durchgeführt – das entspricht einem Wachstum von 19,1 % in nur einem Jahr.

Der Erfolg einer chirurgischen Adipositas therapie hängt jedoch nicht nur von der Operation selbst, sondern ganz wesentlich von einer strukturierten prä- und postoperativen, interdisziplinären Betreuung der Patienten ab. Neben der intensiven medizinischen Betreuung sind Verhaltens- und Bewegungstraining sowie Ernährungsberatung und psychologische Betreuung elementare Bestandteile in der Versorgung adipositaschirurgisch behandelter Patienten.

Empfehlungen für eine interdisziplinäre Vor- und Nachbetreuung finden sich zwar in internationalen Leitlinien, ein allgemeingültiges Nachsorgekonzept existiert jedoch nicht, sodass derzeit jedes Zentrum ein solches Programm entwickeln muss.

Aufgrund der steigenden Operationszahlen benötigen immer mehr Patienten einen kompetenten Nachsorgepartner. Mittelfristig werden Spezialambulanzen die Patientenzahlen nicht mehr versorgen können. Vermehrt werden diese Patienten bei ihren niedergelassenen Ärzten vorstellig werden.

Nachsorge – was ist zu beachten?

Sicher ist, dass die bariatrische Chirurgie eine effektive Hilfe im Bereich der morbid Adipositas bietet. Realität ist aber auch, dass nach den Operationen Veränderungen in Ess- und Bewegungsverhalten lebenslang eingehalten werden müssen, um eine Nachhaltigkeit in der Gewichtsabnahme sowie einen guten Gesundheitszustand zu erreichen.

Deutlich kleinere Nahrungsmittelmengen können die Deckung des täglichen Bedarfs an Vitaminen, Mineralstoffen und Proteinen nicht immer sicherstellen. Ursachen dafür liegen in der angewendeten Operationstechnik (**Abb. 1**), einer entsprechend geringeren Aufnahme an Vitaminen und Mineralstoffen sowie Nahrungsmittelintoleranzen beziehungsweise -aversionen. Vitamin- und Mineralstoffmängel können daher nach allen adipositaschirurgischen Verfahren auftreten. Die Entwicklung von Mangelerscheinungen ist ein schleichender Prozess. Die durch den Mangel auftretenden biochemischen Veränderungen führen zunächst zu einem subklinischen Mangel, gefolgt von meist unspezifischen Symptomen. Eine Diagnose eines einzelnen Nährstoffmangels anhand dieser Symptome ist schwierig und unzureichend. Eine routinemäßige (jährliche) Laboruntersuchung stellt eine gute Hilfestellung dar. Überprüft werden sollten alle Parameter, die auf eine Mangelernährung hindeuten könnten (zumindest Blutbild, Elektrolyte, Eisen, Ferritin, Vitamin B₁₂, Folsäure, Vitamin D, PTH und Osteocalcin) – 24-Stunden-Kalziumausscheidung im Urin und alle 2 Jahre Knochendichtemessung (DEXA – „dual-energy X-ray absorptiometry“).

Zur Prophylaxe eines Vitamin- und Mineralstoffmangels wird bei allen bariatrischen Verfahren die tägliche Einnahme eines Multivitamin- und Mineralstoffpräparates sowie eine zusätzliche Supplementation von beispielsweise Kalzium und Vitamin D (**Abb. 2**) emp-

Abb. 1: Einteilung bariatrischer Verfahren nach dem Wirkprinzip

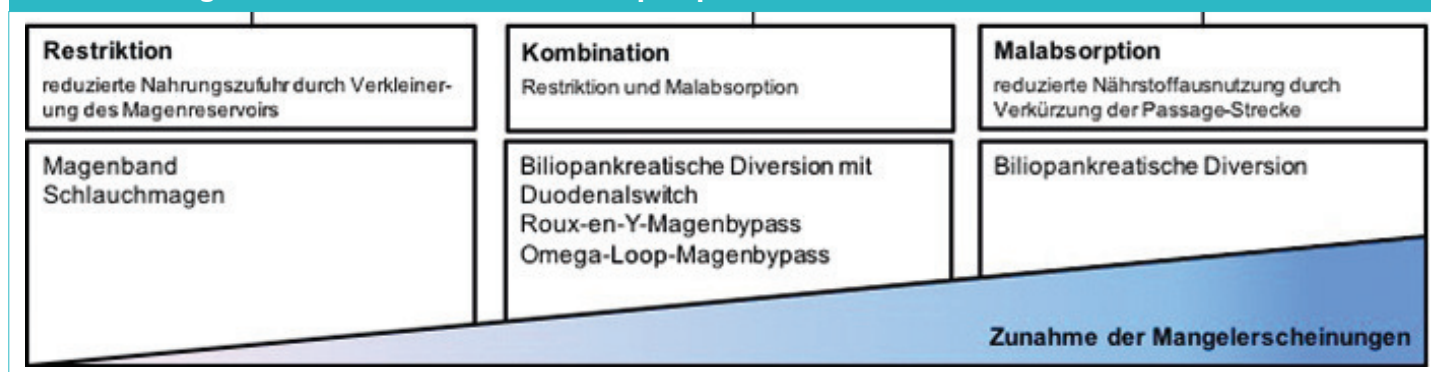


Abb. 2: Tägliche Einnahmeempfehlungen für Supplemente

Multivitamin- & Mineralstoffpräparat

(zumindest eisen-, folsäure-, vitamin B₁₂- und thiaminhaltig)^o

1–2 pro Tag Spezialmultivitaminpräparate**: 1 pro Tag
 - Bariatric Advantage Multi (Fa. Metagenics™, www.bariatricadvantage.eu)
 - WLS Forte / WLS Optimum (Fa. FitForMe, www.fitforme.at)

handelsübliche Multivitaminpräparate aus der Apotheke**: 1–2 pro Tag
 - Supradyn® forte
 - Centrum® frisch & fruchtig

Gesamtdosis aus Multivitamin bei Dosierung von weiteren Supplementen wie Eisen, Kalzium und Vitamin D berücksichtigen!

Kalzium

(inkl. Essen, aufgeteilt auf 2 Dosen pro Tag)

1.200–1.500 mg Kalzium idealerweise als Zitrat und extra verschreiben.

Einnahme nicht gemeinsam mit Multivitamin- und Eisenpräparaten

Vitamin D₃

>3.000 IE^{oo} Bei Hyperparathyreoidismus und ausreichender Kalziumversorgung – D₃ allein.
 Kalzium nicht weiter steigern, es kann zu Durchfällen kommen.

(angepasst an
 Serumspiegel
 > 30 µg/Tag)^{ooo} Beispiele**:
 Oleovit D₃®: 1 Tropfen 400 IE = 10 µg D₃
 Cal-D-Vita® Kautablette: 500 mg Kalzium / 400 IE D₃

Vitamin B₁₂

bei Bedarf ggf. Injektionen alle 3-6 Monate

Protein

**Mindesteiweiß-
 zufuhr 60 g und
 bis zu 1,5 g/kg
 Normal-
 körpervgewicht pro
 Tag** - **20–30 g Eiweiß pro Tag durch Eiweißpräparat (Pulver/Shake/Riegel)
 abdecken**
 - pro Mahlzeit/Shake reicht eine Zufuhr von max. 30 g Eiweiß
 - Molkeprotein (Whey protein) ist am leichtesten verdaulich
 Geeignete Präparate haben einen Eiweißanteil von mind. 70 % und einen niedrigen
 Kohlenhydrat- und Fettanteil.
 pro 20 g Eiweiß max. 10 g Kohlenhydrate und max. 5 g Fett, max. 200 kcal

* Empfehlungen mod. nach Aills et al. (ASMBS) 2008, Mechanick et al. (AAACE) 2008 und Update 2013, Busetto et al. (EASO) 2017

** alle Angaben erfolgen ohne Gewähr

^o Vitamine und Mineralstoffe sollten bis zu 200 % des Tagesbedarfs laut D-A-CH Referenzwerten für Erwachsene enthalten

^{oo} IE = Internationale Einheiten

^{ooo} verringerte Absorptionsrate je nach Operationstechnik und fehlende Adhärenz bei Einnahme:
 10 Tropfen Oleovit/Tag oder 70 Tropfen/Woche

fohlen. Bei Vorliegen eines klinischen Mangels muss eine ärztlich kontrollierte und gezielte Substitution erfolgen.

Patienten, die ihre Nachsorgetermine nicht mehr wahrnehmen, laufen Gefahr, mit einer erneuten Gewichtszunahme konfrontiert zu sein, und häufig wird parallel dazu die Mikronährstoffsupplementeneinnahme vernachlässigt.

Ernährungs- und Lebensstilempfehlungen nach einer Adipositasoperation:

- 3 ausgewogene Mahlzeiten und 2 Zwischenmahlzeiten
- ausreichend kauen (30-mal) und kleine Bissen nehmen, langsam essen
- bei Völlegefühl nicht weiteressen
- Fettaufnahme einschränken (maximal eine Speise mit mehr als 5 g Fett/Portion)
- faserreiche Lebensmittel meiden
- Individuelle Unverträglichkeiten sind möglich.
- Essen und Trinken trennen – Flüssigkeitszufuhr 30 Minuten vor oder nach der Mahlzeit (sonst besteht Gefahr von Erbrechen oder Diarrhö sowie ein negativer Einfluss auf die Sättigung)
- stilles Wasser trinken, Kohlensäure meiden
- tägliche Einnahme der verordneten Vitamine und Spurenelemente
- regelmäßige gezielte Bewegung (Muskelaufbau- und Herz-Kreislauf-Training)

Fazit

Abschließend bleibt festzustellen, dass eine strukturierte, lebenslange Betreuung bariatrisch operierter Patienten zur Sicherung eines langfristigen Erfolgs und zur Vermeidung von Komplikationen sowie Mangelerscheinungen unabdingbar ist. Dabei hat die Beratung zu Ernährung und Lebensstil einen wichtigen Stellenwert.

BagEL – „Bariatrische Patienten in der Primärversorgung: postoperatives Ernährungs- und Lebensstilmanagement“

Im Rahmen der Versorgungsstudie BagEL der Medizinischen Universität Wien wird das Nachsorgekonzept der Adipositasambulanz der Wiener Universitätsklinik in Form eines Nachsorgepasses auf Anwendbarkeit im niedergelassenen Bereich getestet. Dieser Pass beinhaltet empfohlene Kontrolltermine, Laborkontrollen und Fragen zu Ernährungs- und Bewegungsverhalten für Magenbypass- oder Schlauchmagenpatienten. Ziel der Studie ist es, die Qualität in der Langzeitnachsorge bariatrisch operierter Patienten zu verbessern

und so den Erfolg einer adipositaschirurgischen Maßnahme nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht entsteht, wenn über einen längeren Zeitraum mehr Energie als benötigt aufgenommen wird, wodurch es zu einem Anstieg des Körperfettanteils kommt.

Adipositas (krankhaftes Übergewicht) ist von der WHO definiert als eine krankhafte Zunahme des Körperfetts, die zur Folge haben kann, dass es zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung kommt. Der Erkrankung liegen eine positive Energiebilanz und eine damit verbundene Gewichtszunahme zugrunde.

Zur Klassifizierung wird der Body-Mass-Index (BMI) verwendet. Übergewicht ist definiert als $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$, Adipositas als $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

WHO, Fact sheet Obesity and overweight, 2018

Autoren:

Mag. Tamara Ranzenberger-Haider,

tamara.ranzenberger-haider@meduniwien.ac.at

Priv.-Doz. Dr. Karin Schindler, *karin.schindler@meduniwien.ac.at*

Prof. Dr. Michael Krebs, *michael.krebs@meduniwien.ac.at*

Medizinische Universität Wien, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel

Literatur:

- Via MA, Mechanick JI, Nutritional and Micronutrient Care of Bariatric Surgery Patients: Current Evidence Update. *Curr Obes Rep* 2017, 6(3):286–296
- Aiills L et al., ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2008, 4(7):108
- Mechanick JI et al., Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2014, 9(9):159–191
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin: S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas. In.; 2010
- Busetto L et al., Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management, *Obes Facts* 2017; 10(6):597–632

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Maria Wendl

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.