

Editorial

Dr. Erwin Rebhandl
Präsident der ÖGAM



Wo bleibt der Facharzt für Allgemeinmedizin?

Der „Hausarzt neu“ wurde angekündigt, eine Verbesserung der Kompetenz der Grundversorger, die Basis und Drehscheibe des neu orientierten Gesundheitssystems werden sollten. Die Notwendigkeit einer verbesserten Weiterbildung für die Allgemeinmedizin wurde beschworen, um der stetigen Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft auch die erforderliche Qualität der Ausbildung nach internationalen Standards hinzuzufügen.

Im Entwurf der Ärzteausbildungsordnung 2005 ist nun für die Allgemeinmedizin von diesen Überlegungen nichts zu finden: Sie wird nur von kosmetischen Änderungen berührt. Nur in den Erläuterungen findet man die Erwähnung, dass der Kanon der Ausbildungsfächer in der allgemeinärztlichen Ausbildung weitestgehend beibehalten wird, im Hinblick auf eine – möglicherweise in absehbarer Zeit – beginnende Diskussion über die Einführung eines Sonderfaches Allgemeinmedizin, die insbesondere auch im europäischen Kontext zu sehen sein wird.

Ankündigung des Beginns einer Diskussion zu einem Zeitpunkt, wo schon viel über die notwendige Kompetenzsteigerung der Allgemeinmedizin durch Verbesserung der Weiterbildung diskutiert wurde und wo auch schon seitens der Ärztekammer eine klare Stellungnahme vorliegt.

Die politische Absicht, den Facharzt für Allgemeinmedizin und den „Hausarzt neu“ zu realisieren, ist im vorliegenden Entwurf zur Ärzteausbildung nicht erkennbar.

So wird diese Novelle zur Ärzteausbildung den Erfordernissen der Zukunft für die Verbesserung der medizinischen Grundversorgung nicht gerecht. Die im Entwurf enthaltenen 12 Additivfächer im Bereich Kinderheilkunde sind aber ein deutliches Zeichen für die Tendenz im Gesundheitssystem.

An den Medizinuniversitäten wurde mit viel Mühe ein neues zukunftsorientiertes Medizinstudium geschaffen. Kann man es den Absolventen dieser modernen Curricula zumuten, nach der Promotion in einem völlig veralteten Turnus zum Allgemeinmediziner ausgebildet zu werden?

Die ÖGAM hält folgende zukunfts- und europaorientierte Änderungen in der Ärzteausbildungsordnung für notwendig:

1. die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin zur Verbesserung der medizinischen Grundversorgung in Österreich
2. die Einführung des Common Trunk als Ausbildungseinstieg für alle Fächer entsprechend der Beschlüsse der ÖÄK.
3. die Approbation nach Absolvierung des Common Trunk

Die Notwendigkeit des medizinischen Generalisten ist wissenschaftlich belegt, die Vorteile für das Gesundheitssystem sind unbestritten, der politische Wille ist – aus welchen Gründen auch immer – anscheinend wieder verloren gegangen.

Ist das, was für die Krankheit gut ist, auch gut für den Patienten?

Evidenzbasierte Leitlinien im Licht von Multimorbidität und Patienten-selbstverantwortung

Multimorbidität als Phänomen in der Allgemeinpraxis

Der Großteil aller Patienten über 55 Jahren, die an chronischen Krankheiten leiden, ist multimorbid: Kanadische Zahlen sprechen von 60% der über 55-jährigen, US-amerikanische von mehr als 65% bei den über 60-jährigen. Damit übersteigt die Prävalenz von Multimorbidität die von Asthma (6,5%), Bluthochdruck (29,6%) oder Diabetes (8,7%) bei weitem.¹

Der Niederschlag, den diese Tatsache in der wissenschaftlichen Literatur findet, ist jedoch gering: über diejenigen Patienten, die einen großen Teil der Arztkontakte in jeder Allgemeinpraxis absolvieren² gibt es kaum Studien: für jeweils einen Artikel über Multimorbidität finden sich 74 über Asthma, 94 über Bluthochdruck und 38 über Diabetes.¹

Leitlinienkonzepte in der Behandlung chronisch Kranker

Für die wesentlichen chronischen Erkrankungen existieren krankheitsspezifische Leitlinien, die in den meisten Fällen Medikamentenkombinationen empfehlen. Sie wurden jeweils aus den Spezialdisziplinen entwickelt, und basieren auf der jeweils

bestmöglichen erreichbaren Evidenz. Allerdings beziehen sie sich isoliert auf das jeweilige Krankheitsbild, und nehmen auf mögliche gleichzeitig bestehende weitere Krankheitsbilder wenig Rücksicht.

Ihr Ziel liegt in der Standardisierung von Diagnostik und Therapie, damit gewährleistet werden kann, dass alle Patienten, über soziale und nationale Grenzen hinweg, Behandlung in gleicher Qualität bekommen, und das auf ökonomisch verantwortliche Weise. Daher wird breitestmögliche Implementierung angestrebt und im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen in unterschiedlicher Weise versucht, von außen Druck auszuüben bzw. Anreize zu geben, um die Leitlinienbefolgung zu fördern. Je nach Träger der Qualitätssicherung bzw. je nach Ideologie im System sind die Tendenzen in Richtung Anreiz oder Druck zur Förderung der Leitliniengleichheit dann unterschiedlich gewichtet.

Diese krankheitsspezifischen Leitlinienkonzepte sollten allerdings nicht mit den gleichzeitig bestehenden Leitlinienkompendien verwechselt werden, die speziell für die allgemeinmedizinische Praxis entwickelt wurden (wie die finnischen allgemeinmedizinischen Leitlinien,

die für Österreich adaptiert wurden), und vor allem als Nachschlagwerk und Entscheidungshilfen gedacht und geeignet sind: Sie beruhen auf Evidenz, soweit solche vorhanden ist, ansonsten auf den bestmöglichen erreichbaren Daten, incl. Erfahrungswerten und (allgemeinmedizinischen und spezialisierten) Expertenmeinungen. Dort finden sich neben krankheitsspezifischen auch beschwerdespezifische Leitlinien. Sie lassen die Verwendung als Richtlinien ihrer Konzeption nach daher nicht zu.⁵

Leitlinien und Multimorbidität

Ein kürzlich erschienener Aufsatz im New England Journal of Medicine³ unterzieht nun solche krankheitsspezifischen Leitlinienkonzepte, die die Setzung von Standards zum Ziel haben, einer kritischen Würdigung: er befasst sich mit möglichen Fallen, die zu beachten sind,

wenn aufgrund von Multimorbidität mehrere Mehrfachregimes zusammentreffen, und nennt als Beispiel eine 70-jährige Frau mit Hochdruck, Diabetes, Z.n.MCI, Depression und Osteoporose:

Folgt man allen vorgeschlagenen Regimes, müsste die Patientin 11 verschiedene Wirkstoffe schlucken.

Dazu kämen dann im Einzelfall noch vorübergehende, und auch selbst gekaufte Medikamente (Schmerzmittel, Schlafmittel, Verdauungsmittel...)

Wichtiger sind jedoch noch die hinzukommenden unterschiedlichen Patientenwünsche, die in krankheitsspezifischen Leitlinien keine Berücksichtigung finden: nicht für jedermann ist möglichst langes Überleben das oberste Gut, manchen Patienten sind andere Ziele wichtiger, wie die physische und psychische Funktionstüchtigkeit, ein geringes Nebenwirkungsrisiko, wenige Arztbesuche, etc.

Beurteilung des Nutzwertes von Handlungsempfehlungen/Leitlinien für die Praxis:

1. Enthalten sie praktische und eindeutige Hinweise zu speziellen Gesundheitsfragen?
2. Sind aufgezeigte Interventionen, sowie deren optimale Anwendung in der Patientenbehandlung klar beschrieben?
3. Bestehen Aussagen über die absolute und relative Risikoreduktion?
4. Gibt es Aussagen über die Flexibilität bei der Anwendung am individuellen Patienten (z.B. Patienten- oder Behandlungscharakteristika, die Abweichungen von der Norm erfordern oder Anwendung bei Komorbiditäten)?
5. Sind Aussagen über den Nutzen aus Patientensicht (z.B. Lebensqualitätüberlegungen) enthalten?
6. Sind Überlegungen über die Anwendbarkeit im jeweiligen Gesundheitssystem enthalten?

Typische Diagnosekombinationen in der Altersgruppe 60–69

Diagnosen gemeinsam mit der Diagnose „Hypertonie“	
Stör. d. Lipoproteinstoffwechsels u. s. Lipidämien	41,1%
chronische ischämische Herzkrankheit	21,2%
Rückenschmerzen	20,9%
Adipositas	16,4%
Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	13,0%
Diagnosen gemeinsam mit der Diagnose „koronare Herzkrankheit“	
essentielle (primäre) Hypertonie	51,6%
Stör. d. Lipoproteinstoffwechsels u. s. Lipidämien	46,7%
Rückenschmerzen	21,3%
Diabetes mellitus	12,9%
Herzinsuffizienz	12,4%

zitiert aus Diagnosespektrum von Allgemeinarzt-Patienten, Kerek-Bodden et al. Datenbasis: ADT-Panel-ZI, Nordrhein, III. Quartal 1998

Die Autoren stellen angesichts dieser Situation die Frage, ob immer für den Patienten als Gesamtpersonlichkeit das gleiche sinnvoll ist, wie für jede einzelne der zu behandelnden Krankheiten ...

Charakteristika von Evidenzgrundlagen:

Ältere, multimorbide Patienten werden fast immer von den relevanten Studien ausgeschlossen, eben weil zu viele nicht klar erfassbare Einflüsse auf die Ergebnisse zu erwarten wären.

In den meisten Studien wird den als solche definierten Benefits weit mehr Beachtung geschenkt als möglichen Nebenwirkungen daher werden in den meisten Leitlinien auch nur wohlbekannte Nebenwirkungen erwähnt. So gibt es auch kaum Hinweise zu den Einflüssen von Mehrfachmedikationen auf die Lebensqualität multimorbider Patienten.

Klinische Studien werden fast immer nur über begrenzte Zeiträume (maximal wenige Jahre) geführt. Langzeitrisiken beim Konsum über viele Jahrzehnte bei chronischen Krankheiten werden nicht erfasst. Hier stellen die Autoren des NEJM-Artikels

die provozierende Frage, wie viele unvorhergesehene Folgen langjährigen Medikamentenkonsums möglicherweise überhaupt unentdeckt bleiben.

Daraus formulieren sie einige für den betreuenden Hausarzt ganz zentrale Fragen:

- Wie stark beeinflussen Mehrfachregimes die Compliance? (Patienten nehmen bekanntlich meist nur einen Teil der verschriebenen Medikation, je mehr verschrieben wurde, desto geringer der eingenommene Anteil.)
- Welcher Nutzen kann von verschiedenen Medikamentenkombinationen erwartet werden? Welche Nebenwirkungen?
- Wie verändert Multimorbidität Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikationen?
- Wie sind Patientenwünsche in Behandlungsregimes zu integrieren?

Forschungserfordernisse

Einigkeit besteht in der zum Thema gefundenen Literatur vor allem darin, dass der Focus von einer krankheits-zentrierten zu einer patienten-zentrierten Betrachtungsweise verschoben werden muss.

Dies verlangt aber nach veränderten wissenschaftlichen Konzepten, in die multimorbide, ältere Menschen einbezogen werden können, und die Neben- und Langzeitwirkungen berücksichtigen. Ebenso müssen in ihrer Konzeption unterschiedliche mögliche Behandlungsziele wie z.B. Lebensqualität statt möglichst langem Überleben, bzw. bei grenzwertigem Nutzen zumindest keinen Schaden zu verursachen, ihren Niederschlag finden. Zu berücksichtigen ist ebenso die Bedeutung einer tragfähigen Arzt-Patientenbeziehung mit Zubilligung der Selbstverantwortung an den Patienten: wenn eine solche fehlt, ist eine erfolgreiche Betreuung aller chronisch Kranken, vor allem aber der multimorbiden unter ihnen^{1, 4}, schwer vorstellbar. Wenn sol-

che Faktoren nicht in eine Studienkonzeption einfließen können, sollte im Sinne der Transparenz klargestellt werden, welche Personengruppen und Fragestellungen im Rahmen der Studie nicht berücksichtigt werden konnten, und auf welche die Ergebnisse daher nicht ohne weiteres anwendbar sind.

Ausblick

Evidenz aus krankheitsspezifischer Forschung ist also nur begrenzt auf den typischen allgemeinmedizinischen, multimorbiden Patienten übertragbar. Allgemeinmedizinisch ausgerichtete Studien erscheinen in diesem Bereich dringend notwendig.

Krankheitsspezifische Leitlinien sind mit einem angemessenen Handlungs- und Entscheidungsspielraum zu versehen, der die Patientenorientierung beinhaltet, mit

Veranstaltungen

➤ **2. April 2005**

Vorankündigung OBGAM-Frühlingskongress

Alles im Fluss

Die arterielle Verschlusskrankheit – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung in der Allgemeinmedizin

Ort: AKH Linz

Programm und Anmeldung:

OBGAM-Sekretariat, Fr. Erika Suchy, 4460 Losenstein, Meissenedt 14
Tel. 07255/65 15, Fax 07255/42 05, E-Mail obgam@netway.at

➤ **28. April 2005**

DFP-Fortbildung – OBGAM

Der Hausarzt in der Betreuung dementer Patienten

Ort: Ärztekammer für Oberösterreich

Programm und Anmeldung:

OBGAM-Sekretariat, 4460 Losenstein, Meissenedt 14
Tel. 07255/65 15, Fax 07255/42 05, E-Mail obgam@netway.at

➤ **6.–8. Mai 2005**

4. Familienmedizin-Workshop der ÖGAM/OBGAM Sucht und Familie

Ort: Seminarhotel Grafengut, Nußdorf am Attersee

Programm und Anmeldung:

OBGAM-Sekretariat, 4460 Losenstein, Meissenedt 14
Tel. 07255/65 15, Fax 07255/42 05, E-Mail obgam@netway.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Das Redaktionsteam:

Dr. Erwin Rebhandl
 Dr. Reinhold Glehr
 Dr. Bernhard Fürthauer
 Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier
 Dr. Susanne Rabady

Machen Sie mit!

Noch mehr engagierte AllgemeinmedizinerInnen sind nötig, um einer Gesellschaft wie der ÖGAM jene Energie zu liefern, die notwendig ist, um Ideen zur Verbesserung der Situation der Allgemeinmedizin in Österreich in naher Zukunft auch umsetzen zu können.

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

Für Gesundheitsbewusste: www.mein-arzt.org

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
 Frau Erika Suchy
 Tel. 07255 6515
 Fax 07255 4205
 E-Mail oegam@netway.at

Derzeitiger Präsident:

Dr. Erwin Rebhandl
 Tel. 07289 71504
 Fax 07289 715043
 E-Mail erwin@rebhandl-arzt.at

einvernehmlich ausgehandelten individuellen Therapiezielen, die sich an Leitlinien, Umfeldbedingungen, Patientenpräferenzen und Krankheitsverlauf orientieren, und auch als veränderlich angesehen werden.⁴

In einer Situation, wo es zunehmend Bestrebungen gibt, von Seiten politischer Entscheidungs- und Kostenträger eine Standardisierung von Behandlungs- und Betreuungsregimes zu forcieren, sind das wichtige Über-

legungen, im Sinne der Förderung echter Qualität in der Patientenbetreuung unter Respektierung der Patientenrechte.

Auch Tendenzen, Betreuungsregimes (disease management) in nicht-ärztliche Hände zu übertragen, die zu einer solchen Abwägung nicht unbedingt in der Lage sind, müssen in diesem Licht kritisch betrachtet werden.⁴

S.Rabady, R.Glehr

Literatur:

¹ Fortin M. et al.: Multimorbidity is common to family practice. Is it commonly researched? In: Can Fam Physician 2005; 51: 244-245

² Kerek-Bodden H. et al.: Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkontextes. Zentralinstitut für die ärztliche Versorgung Deutschland. In: Z für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2000; 94: 21-30

³ Tinetti M., Bogardus Jr., Agostini J.: Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions. In: The New England Journal of Medicine, 351; 27:2870-2874

⁴ Gerlach F, Szecsenyi J.: Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen. In: Dt. Ärzteblatt 2002; (Supplement):20-26

⁵ s. dazu auch: Allgemeinmedizinische Leitlinien. In: ÖGAM-News Ärzte Krone 3/2005



Niedriger Eisenspeicher kann die Ursache für ADHD sein; betroffene Kinder könnten von einer Eisengabe profitieren

Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätsstörung

W

eil Eisenmangel eine abnormale dopaminergische Neurotransmission verursacht und auch zur Pathophysiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHD) beitragen kann, haben französische Forscher in der Abteilung für Kinder- und Jugendlichenpsychopathologie des Europäischen Kinderkrankenhauses (Paris, Frankreich) in einer Vergleichsstudie den Eisenstatus der Kinder, die an ADHD leiden, mit dem Eisenstatus in alters- und geschlechtsentsprechenden Kontrollgruppen verglichen.

Es wurden 53 an ADHD leidende Kinder im Alter von 4 bis 14 Jahren einbezogen und mit den Kontrollgruppen verglichen. Der Ei-

senspeicher wurde mit dem Serum-Ferritin-Spiegel bewertet und mit der Conners Rating Scale die Schwere der ADHD-Symptome eingestuft.

Die Studie ergab, dass der durchschnittliche Serum-Ferritin-Spiegel bei an ADHD leidenden Kindern (durchschnittlich 23 ng/mL) niedriger war als bei den Kindern in den Kontrollgruppen (durchschnittlich 44 ng/mL; $P < 0.001$). Der Serum-Ferritin-Spiegel war bei 84% der an ADHD leidenden Kindern (<30 ng/mL) und bei 18% der Kinder in den Kontrollgruppen ($P < .001$) abnormal. Zusätzlich wurde ein niedriger Serum-Ferritin-Spiegel mit schwereren allgemeinen ADHD-Symptomen (Pearson Korrelationskoeffizient, $r = -$

0.34; $P < .02$) nach der Conners Rating Scale mit größeren Kognitivdefiziten ($r = -0.38$; $P < .01$) in Beziehung gebracht.

Die Forscher kamen zu folgendem Schluss: „Diese Resultate zeigen auf, dass ein niedriger Eisenspeicher zu einer ADHD beiträgt und die ADHD-Kinder von einer Eisengabe profitieren könnten.“

Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158: 1113-1115. Dezember 2004.
 © 2004 American Medical Association. Alle Rechte vorbehalten.
 Eisenmangel bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Eric Konofal, MD, PhD; Michel Lecendreux, MD; Isabelle Arnulf, MD, PhD; Marie-Christine Mouren, MD. Kategorie P. Psychological, B. Blood/Blood Forming Organs/Immune Mechanisms. Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, iron stores, ferritin Zusammenfassung von Professor Wes Fabb, Melbourne.
 Gesendet an Global Family Doctor am 18. Jänner 2005