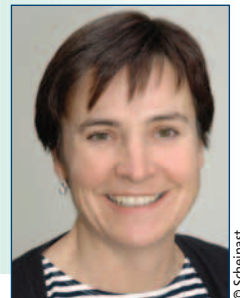


## Editorial

### Das Beste für die Patienten? Einige Überlegungen zum Case-Management

Dr. Susanne Rabady,  
2. Vizepräsidentin  
der ÖGAM



*Case-Management ist ein unscharfer Begriff. Sucht man eine Definition, trifft man auf sehr unterschiedliche Ansätze, abhängig davon, wer sich als Case-Manager sieht. Gemeinsam ist allen Ansätzen, dass es um die Begleitung über organisatorische und professionelle Grenzen hinweg geht, also nicht um die Behandlung, sondern um die Steuerung von Abläufen: Schnittstellenorganisation, Informationstransfer, Vermittlung der jeweils notwendigen Unterstützung, auch im sozialen Bereich.*

**W**ir Hausärzte begreifen uns grundsätzlich als diejenigen, die für die Führung des Patienten im Zusammenhang mit seinen Erkrankungen zuständig sind – seit es den Hausarzt gibt. Wobei wir den Patienten allerdings weniger als „Fall“ sehen, sondern vielmehr als Individuum, eingebettet in eine soziale Umgebung. Auch Sozialarbeiter sehen sich in vielen Bereichen als Case-Manager ihrer Klienten. Der Anspruch auf Case-Management wird seit geraumer Weile auch von Versicherungsträgern geäußert – diese sehen Case-Management naturgemäß hauptsächlich als „eine Methode der Fallführung, die auf Senkung der Kosten zielt“ (AOK), wobei sie versichern, sich nur um organisatorische Belange kümmern zu wollen.

In Oberösterreich sind solche Aktivitäten bereits angelaufen, in anderen Bundesländern (z.B. Niederösterreich) wird gerade damit begonnen. Die Versicherer möchten aufgrund der ihnen vorliegenden Daten von sich aus aktiv werden. Diese werden wohl vor allem aus unseren Ordinationen und den anderen Ge-

sundheitseinrichtungen kommen. Wieweit an Vernetzung mit anderen Einrichtungen – Sozialamt, Arbeitsamt – gedacht ist oder nicht, entzieht sich meiner Kenntnis.

Versicherer werden initiativ – zunächst ohne Auftrag des Patienten. Kein Arzt darf gegenüber einem Patienten von sich aus aktiv werden, der Patient muss den Wunsch äußern und damit den Behandlungsvertrag abschließen. Versicherungsträger begeben sich aus der ihnen vom Gesetz her zugedachten Rolle heraus, und drängen sich in die Beziehung zwischen Arzt und Patient, wie wir das aus verschiedenen Diskussionen um die Bewilligung von Medikamenten, Transporten und diagnostischen Maßnahmen vielfach bereits kennen, wo Chefärzte gelegentlich Behandlungsstrategien diskutieren möchten, die Sache zwischen Arzt und Patient sind.

Ich meine, dies ist neben Einsparungsinteressen auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass in den Versicherungen mit der elektronischen Administration der Abrechnung Personal frei geworden ist, das jetzt mit Aufgaben versorgt werden muss.

Anders verhält es sich mit Servicestellen der Versicherungen, die Patienten auf deren ausdrücklichen Wunsch, und bei Bedarf auch über den Hausarzt, in der organisatorischen Abwicklung unterstützen (bei Bewilligungen, Kuranträgen, Rehabilitationsorganisation und den vielen Belangen, wo Bürokratie vor allem für weniger gewandte Patienten schon lange eine Barriere darstellt).

Wird nun nur das Beste für die Patienten geplant oder ist da eine Grenzüberschreitung zu befürchten?

# Umgang mit Depression und Angststörung

## Depressive Erkrankungen sind häufig

Laut Schätzungen der WHO werden Depressionen bis zum Jahr 2015 nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits die zweite Stelle einnehmen. Eine aktuelle europaweite Studie ergibt für Stimmungserkrankungen ein Lebenszeitrisiko von etwa 24% (ECNP 2005). Die Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei Patienten in Allgemeinarztpraxen beträgt 8,6–11,2%.

## Erkennen und Nichterkennen

Das traditionelle hausärztliche Gespräch ist die Grundlage des Erkennens der Depression. Aus dem Verhalten können Symptome erkennbar sein: leeres, ausdrucksloses oder angespanntes Gesicht, hängender Kopf, hängende Schultern, eine Verlangsamung in den Bewegungsabläufen, aber auch Bewegungsunruhe, seufzende Sprache. Bei depressiven Frauen manifestieren sich eher die bekannten Losigkeitssymptome (freudlos, antriebslos etc.), bei Männern sind eher (grundloser) Ärger, Wut, aufbrausendes Verhalten, Aggressivität im Vordergrund. Bei Jugendlichen können Substanzmissbrauch, Verhaltensstörungen und auffällige Lernschwierigkeiten auf eine Depression hinweisen. Substanzmissbrauch ist als Coping-Versuch zu verstehen.

**Fragebögen:** Hilfreich sind der Gesundheitsfragebogen der ÖGAM und der WHO-5 Wellbeing Index. Laut einer neuen neuseeländischen Studie genügen 3 Fragen, um Depression zu erkennen. **Beim Auftreten einer depressiven Symptomatik:** Körperliche Ursachen ausschließen, auf psychotische Symptome achten! Die Besonderheit in der Allgemeinmedizin liegt darin, dass Hausärzte personenzentriert handeln. Es besteht das Prinzip des hermeneutischen Fallverständnisses: Hausärzte deuten Symptome nicht nach einer formalisierenden Diagnosezuordnung („Kriterien“), sondern sehen den Patienten immer im Zusammenhang mit anderen Symptomen, seiner Biografie, seinen Lebensumständen, seiner Familie, seiner ganzen Komplexität. Ca. 50% der Behandlungsanlässe in der Allgemeinmedizin führen nicht zu einer definitiven, bewiesenen Diagnose. Aus diesem Grunde führt die Schilderung depressiver Symptome oft zu einem abwartenden Verhalten. Zudem kann es sein, dass der Patient das Stigma, als psychisch krank zu gelten, fürchtet und damit die Krankheitsbedeutung negiert.

## Die verwandten Krankheiten erkennen

Burn-out-Syndrom, die posttraumatische Belastungsstörung, die Somatisierungsstörung,

Angststörung sind aus einer genauen Anamnese oder aus der Verlaufsbeobachtung erkennbar. Demente sind kooperativ, Depressive „geistesabwesend“. Sehr wichtig ist das Erkennen einer bipolaren Störung.

## Wissen und Beachten von Komorbiditäten

Manchmal sind wir Allgemeinmediziner verleitet, die Depression aus Komorbiditäten zu erklären. Dennoch muss auch in solchen Fällen die Depression behandelt werden. Bis zu 40% der Personen mit körperlichen Erkrankungen leiden auch an einer klinisch relevanten depressiven Störung, fast die Hälfte davon kann als schwere Depression klassifiziert werden. Folgende Krankheiten sind häufig mit Depression assoziiert: Diabetes mellitus, Myokardinfarkt, Morbus Parkinson, Epilepsie, Dialyse, Schlaganfall, Karzinom. Lebensereignisse können Auslöser von Krisen sein und depressive Phasen triggern.

## Abwendbar gefährlicher Verlauf

Über 50% jener Menschen, die sich später das Leben nahmen, suchen im letzten Monat vor dem Suizid ihren Hausarzt auf, kaum einer kann jedoch über seine Absicht sprechen. Wenn Suizidalität im Raum schwebt, ist uneingeschränkte Zuwendung („uncondi-

<b>WHO-5-FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN</b>  Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten 2 Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben.	In den letzten 2 Wochen ...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
	... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
	... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
	... habe ich mich energiegeladener und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
	... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
	... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

**PUNKTBERECHNUNG:** Der Rohwert erstreckt sich von 0–25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/die niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden/höchste Lebensqualität bezeichnet. Weniger als 14 Punkte: Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Erkrankung.

# ÖGAM-News Beratung im Setting der Allgemeinpraxis

tional positive regard“) essentiell, auch wenn eigene Unsicherheit und Emotionen mitschwingen.

## Therapie

Zuallererst ist aktives Zuhören angezeigt: den Patienten ausreden lassen, auch Schweigen aushalten. Empathie kann als Fähigkeit gesehen werden sich auf die Welt des Patienten einzulassen, sich jedoch zu erlauben, diese Welt jederzeit zu verlassen und zu sich selbst zurückzukehren. Das bedeutet auch ein Beziehungsangebot: „Ich bin für dich da, hier und jetzt.“ Bei der Behandlung eines depressiven Menschen agiert der Arzt professionell, der sein professionelles Gehabe beiseite legt („Kongruenz“) und seine Fähigkeit zu menschlicher Wärme nach außen kehrt. Hilfreich ist das Wissen um die Tatsache, dass sich Menschen beim Arzt oft in einem Hypnoid befinden, daher sollte die Wortwahl behutsam und ruhig sein, da das Unbewusste keine Verneinung kennt: Worte wie „nicht so schlimm“, „zusammenreißen“ sind schädlich, vielmehr sind Worte wie „selbstverständlich“, „Mut“, „lebendig“ sinnvoll.

## Medikamentöse Therapie

Antidepressiva führen bei ca. 70% der behandelten Patienten zu einer deutlichen Besserung bis hin zur vollständigen Symptombefreiheit. Der Allgemeinmediziner sollte eine überschaubare Palette von Antidepressiva gut kennen und damit umgehen können:

- SNRI (z.B. Venlafaxin, Milnacipran), SSRI (Fluoxetin, Fluvoxamin), NaSSA (Mirtazapin), MAO-Hemmer (Moclobemid), trizyklische AD (Amitriptylin)
- das Haupttherapieziel muss immer die Remission = Symptombefreiheit sein und nicht der bloße Response = Ansprechen!
- Benzodiazepine als Zusatzmedikation nur in den ersten 2–3 Wochen
- Antidepressiva erzielen eine gute Wirksamkeit auch bei Angststörungen

## Strukturierte Betreuung

Der Arzt trifft aufgrund der Diagnose eine Therapievereinbarung mit dem Patienten und erklärt die Behandlungsmöglichkeiten. Gemeinsam erstellen sie einen Behandlungsplan mit strukturierten Terminen. Wenn der leiseste

Suizidverdacht besteht: dem Patienten kurzfristige und häufige Termine anbieten, Beziehung festigen, besonders bei einsamen Patienten! Oft sehr leicht machbar: telefonische Kontakte. Spätestens nach 4 Wochen sollte eine deutliche Symptombesserung eingetreten sein, andernfalls ist der Wechsel auf ein Antidepressivum einer anderen Substanzklasse zu überlegen. Die medikamentöse Therapie ist zumindest über 6–12 Monate nach Erreichen der Symptombefreiheit mit regelmäßigen Kontrollterminen weiterzuführen (monatliche Termine). Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass sich sein Rückfallrisiko trotz momentaner Symptombefreiheit erhöht, sollte er die Therapie früher absetzen. Förderung der Ressourcen: Selbsthilfegruppen, Bewegung.

## Wann Überweisung zum Facharzt?

Bei Suizidalität kann es sein, dass sich der Patient durch eine Überweisung abgeschoßen fühlt, dennoch ist ein Mitwissen und ein Mittragen durch einen Kollegen wichtig, bei akuter Suizidgefahr ist natürlich eine Anhaltung zu erwägen. Bei bipolaren Störungen, bei Hinweisen auf Psychosen, bei Wunsch des Patienten, Persistenz der Symptome, Persönlichkeitsstörungen, bei sexuellem Missbrauch in der Anamnese, bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Überweisung an einen Spezialisten essenziell. Eine Psychotherapie sollte jedem Patienten vorgeschlagen werden, allerdings ist es gut, wenn der Arzt den Therapeuten kennt.

## Vernetzung

Das Kennen des sozialen Raums des depressiven Patienten ist sehr wertvoll: Familienstruktur, Arbeitsplatz, religiöse Bindungen, Wohnverhältnisse, Vereine, Sport, Stammtisch, Schule, Zusatzberufe (Landwirtschaft), finanzielle Probleme. Für eine gute biopsychosoziale Basisbetreuung ist eine Supervision wie in Balint-Gruppen unerlässlich, eine regelmäßige Supervision wirkt auch nachhaltig qualitätsverbessernd. Gut geeignet für die Fortbildung ist der kollegiale Austausch in Qualitätszirkeln, die Anzahl der von der ÖGAM initiierten Qualitätszirkel wächst stetig.

Was fehlt? – Wünschenswert wäre die Möglichkeit einer Art „Notfallsupervision“ für Ärzte, die z.B. mit Suizidalität konfrontiert sind und Beratung suchen.

## 3 Fragen bei Depression:

- Wurden Sie im vergangenen Monat häufig von einem Gefühl der Niedergeschlagenheit, Depression oder Hoffnungslosigkeit geplagt?
- Empfanden Sie im letzten Monat häufig Interesse- oder Freudlosigkeit?
- Brauchen Sie Hilfestellung? (Antwort: Ja / Ja, aber nicht heute / Nein)

tiert sind und Beratung suchen. Eine solche Telefonhotline für Ärzte gibt es: an der Präventionsambulanz in Salzburg unter der Ägide von Dr. Fartacek. So etwas wäre für ganz Österreich zu wünschen.

Dr. Bernhard Panhofer,  
Arzt für Allgemeinmedizin,  
Vorstandsmitglied der ÖGAM,  
panhofer@ungenach.at  
www.panhofer.net

Literatur beim Verfasser

Sollten Sie Interesse am ÖGAM-Konsensuspapier „Management der Depression in der allgemeinmedizinischen Praxis“ haben, können Sie es unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at) downloaden oder mittels E-Mail an [kommunikation2@oegam.at](mailto:kommunikation2@oegam.at) oder unter Tel. 01/402 13 41-36 bei Frau Eva Aigner anfordern.

## Neues ÖGAM-Sekretariat

Unsere langjährige Sekretärin, Frau Erika Suchy, hat aus persönlichen Gründen ihre Tätigkeit beendet. Der Vorstand der ÖGAM dankte ihr bei der letzten Vorstandssitzung ganz herzlich für die hervorragende Arbeit, die sie für die ÖGAM geleistet hat. Wir wünschen ihr alles Gute für die Zukunft.

Der Vereinssitz der ÖGAM wurde von Losenstein nach Wien verlegt. Unser neues Sekretariat befindet sich nun bei der Wiener Medizinischen Akademie in der Alser Straße 4, 1090 Wien. Ansprechpersonen sind Herr Christian Linzbauer und Frau Karin Knob.  
Tel.: 01/405 13 83 – 17,  
Fax 01/405 13 83 – 23,  
E-mail: [office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

# Überlegungen zur Prävention und Behandlung von Diabetes in der Dritten Welt

Ein Paradoxon des heutigen Weltwirtschaftssystems ist einerseits die Ausbreitung von Hunger und Armut in Afrika und andererseits der Kampf gegen eine andere Form der Fehlernährung: Übergewicht und seine zerstörerischen metabolischen Konsequenzen in den Slums der karibischen und lateinamerikanischen Großstädte.

In einer Studie der Pan American Health Organization, die 2000–2001 in sieben lateinamerikanischen und karibischen Städten durchgeführt wurde, wurde beschrieben, dass 45–72% der über 60-Jährigen einen zu hohen Body Mass Index haben. Die Prävalenz von Hypertonie liegt zwischen 44% und 54%, die Prävalenz von Diabetes bei 13–22%.

Die Gesundheitspolitik und die wissenschaftlichen Gesellschaften haben dieser Tatsache relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt, nämlich wie Diabetes und seine Folgen in Entwicklungsländern zu verhindern und vernünftig zu behandeln sind. Ein Konsensus von Behandlungsguidelines einer lateinamerikanischen Expertengruppe aus dem Jahr 2004 besagte, dass es ökonomische und soziale Hindernisse bei der Anwendung europäischer und nordamerikanischer Interventionen in dieser Region geben **KÖNNTE**. Es gibt kaum Studien über Diabetesprävention in Entwicklungsländern.

Folgende Ergebnisse zeigt eine kleine Studie von N. Albarran (2004) über Essens- und Bewegungsgewohnheiten von Typ-2-Diabetikern und ihren Familienangehörigen mit niedrigem Einkommen aus dem nördlichen Mexico. Die Studien-

teilnehmer wurden zu einigen Kleingruppenmeetings eingeladen. Die Bemühungen im Sinne einer Verbesserung der Stoffwechselsituation waren wenig erfolgreich. Interessant war allerdings, was die Teilnehmer berichteten:

Bei diesen armen, teilweise arbeitslosen Studienteilnehmern betragen die minimalen Behandlungskosten der Zuckerkrankheit allein (ohne Komplikationen oder Komorbiditäten einzurechnen) zwischen 650 und 1.200 US-Dollar pro Jahr – oder 50–90% des Jahreseinkommens der Teilnehmer. Empfehlungen, mehr Ballaststoffe und Gemüse und weniger Fett zu essen, wurden wohl aufgenommen und verstanden, waren aber wirkungslos angesichts der Notwendigkeit, die billigsten und sättigendsten Nahrungsmittel für die ganze Familie zu kaufen. Die Familien sahen sich mit der Entscheidung konfrontiert, entweder Medikamente zu kaufen oder Nahrungsmittel und die fälligen Rechnungen zu bezahlen. Die Verlockung der aggressiven Werbung für „Wundermittel“ gegen die Zuckerkrankheit wurde durch negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem verstärkt, das als teuer und manchmal sogar als feindselig betrachtet wurde. Durch direkte Werbung für teure Diätzusätze und Nahrungsprodukte entstand die Meinung, dass es für Arme sinnlos sei, die Ernährung zu verändern – nur jene teuren Dinge könnten effektiv helfen.

Eines der Hindernisse für vermehrte körperliche Aktivität war die Tatsache, dass es keine angenehmen, sicheren Plätze gab, nicht einmal um einen Spaziergang zu machen. Die große Hitze im

Sommer und der hohe Level an Kriminalität in der verarmten Umgebung führten dazu, dass die Teilnehmer lieber zu Hause blieben und ihre Freizeit vor dem Fernsehapparat verbrachten.

In der Studie von Albarran et al. wurde nachgewiesen, dass die Unzufriedenheit mit der Lebenssituation kombiniert mit Übergewicht und diabetischer Neuropathie einen gefährlichen Kreislauf von zunehmender Inaktivität und Behinderung auslösten.

Auch entwickelte Länder sind nicht ausgenommen. Man nimmt an, dass etwa 1,2 Mio. Migranten mit niedrigsten Einkommen jährlich in den USA ankommen. Sie haben nur wenig Aussicht, krankenversichert zu werden oder einen regulären Zugang zu ärztlicher Versorgung zu erhalten, noch weniger in einer Sprache, die sie verstehen.

Die Studie von Albarran et al. erinnert daran, dass, obwohl Diabetes und seine Folgen nicht übertragbare Erkrankungen im klassischen Sinne sind, diese eine Gruppe von „sozial übertragbaren Erkrankungen“ darstellen, die innovative, multidisziplinäre Lösungen verlangen, die weit über die geläufigen Konzepte guter Patientenbetreuung und -schulung hinausgehen.

Es stellt sich die Frage, wieweit die Ergebnisse dieser Studie auf unsere europäischen Verhältnisse übertragbar sind, d.h.: Wie viel Augenmerk richten unsere gängigen Behandlungs- und Follow-up-Konzepte auf die sozialen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Typ-2-Diabetes?

Dr. Barbara Degn



**Das Redaktionsteam:** Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Bernhard Fürthauer, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, 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](http://www.oegam.at)

Für Gesundheitsbewusste: [www.mein-arzt.org](http://www.mein-arzt.org)

#### Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Herr Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
Fax: 01/405 13 83-23  
office@oegam.at • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

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