

## Editorial

### 15. Fortbildungskurs der EURACT in Bled, Slowenien

Univ.-Prof.  
Dr. Manfred Maier



© Scheinast

*Vor kurzem wurde auf den ÖGAM-Seiten in der Ärzte Krone eine der Kernkompetenzen des Faches Allgemeinmedizin näher vorgestellt, wie sie in die Definition der Europäischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin aufgenommen wurde: die kommunale Ausrichtung der hausärztlichen Tätigkeit. Gemeint ist damit neben der klinisch-medizinischen Betreuung der lokalen Bevölkerung auch die Aufgabe des Hausarztes, in seiner Gemeinde gezielt zu informieren und zu beraten, seine Bedeutung im Zusammenhang mit der Erfassung von epidemiologischen Daten auf kommunaler Ebene und seine Möglichkeiten und Grenzen bei der Umsetzung von Vorstellungen oder der Beeinflussung von Strategien seitens der Krankenkassen und Gesundheitspolitiker.*

**W**enn dies eine Kernkompetenz des Faches Allgemeinmedizin ist, dieses nunmehr verpflichtend in der medizinischen Grundausbildung vorgesehen ist, eine Facharztausbildung erarbeitet wird und die kontinuierliche Fortbildung seiner Protagonisten systematisch verbessert wird, dann sind die dieser Kernkompetenz zugrunde liegende Theorie und Strategien für deren Umsetzung auch in die medizinische Grundaus- und Weiterbildung aufzunehmen. In welcher Form, durch wen, in welchem Ausmaß, mit welchen didaktischen Methoden und welchen Evaluierungsverfahren soll dies geschehen?

*Diese Fragen können natürlich an jeder für die einzelnen Aus- und Fortbildungsbereiche zuständigen Institutionen selbst erarbeitet und erstellt werden. Es erscheint jedoch sinnvoll, für derartige komplexe Themenbereiche eine Harmonisierung auf europäischer Ebene anzustreben und gemeinsam erarbeitete Programme in die medizinische Aus- und Weiterbildung einzubringen. Genau dies geschieht im Rahmen der EURACT, der Europäischen Akademie der Lehrenden im Fach Allgemeinmedizin. Insbesondere die mittlerweile zum 15. Mal stattfindenden Kurse im slowenischen Bled haben das Ziel, zu bestimmten Themenbereichen – im heurigen Jahr zum Thema „Community Orientation“ – ein umfassendes Ausbildungsmodul mit allen wesentlichen theoretischen und praktischen Aspekten zu erarbeiten. Diese Kurse erfreuen sich wegen ihrer hohen Effizienz und ihrer familiären Atmosphäre in der wunderschönen Umgebung des Bledsees größter Beliebtheit bei KollegInnen aus ganz Europa.*

*Neben der umfangreichen fachlichen Informationsgemeinsam und konsensuell durch Interaktion von Teilnehmern und Vortragenden erstellt – bieten diese Fortbildungsveranstaltungen auch die Gelegenheit des Kennenlernens und des Erfahrungsaustausches mit gleich gesinnten Kolleginnen und Kollegen.*

*Interessierte können nähere Informationen unter [www.drmed.org/novica.php?id=8649](http://www.drmed.org/novica.php?id=8649) nachlesen.*

# Das metabolische Syndrom Risikoindikator – eine

## Definition des metabolischen Syndroms und klinische Relevanz des Begriffs

Lange Zeit wurde das metabolische Syndrom als pathophysiologisch einheitliche Entität betrachtet, die durch die Merkmale androide Adipositas, pathologische Glukosetoleranz bzw. Diabetes mellitus, Hypertriglyceridämie, niedriges HDL-Cholesterin und arterielle Hypertonie gekennzeichnet ist. Diese pathophysiologische Entität oder zumindest ihre klinische Relevanz wird heute von manchen Autoren und Fachgesellschaften in Frage gestellt.<sup>1</sup>

Die klinische Bedeutung des metabolischen Syndroms liegt vorwiegend in seiner Assoziation mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko. Dieser Zusammenhang ist allerdings nicht verwunderlich, da er bereits für einige der Einzelkomponenten des metabolischen Syndroms bekannt ist. Die Addition mehrerer Risikofaktoren muss also zwangsläufig ebenfalls mit einem erhöhten Risiko verbunden sein. Dies trifft aber nur für die unabhängigen Risikofaktoren zu: Diabetes mellitus bzw. gestörte Glukosetoleranz, niedriges HDL-Cholesterin und arterielle Hypertonie. Ein zusätzliches, unabhängiges Risiko für Adipositas oder isoliert erhöhte Triglyceride konnte bisher nicht



© Archiv  
**Univ.-Prof. Dr. Andreas C. Sönnichsen,  
Vorstand des Instituts für Allgemein-, Familien-  
und Präventivmedizin an der  
Paracelsus Medizinischen Privatuniversität  
Salzburg**

sicher nachgewiesen werden. Selbst die androide Adipositas stellt wahrscheinlich, wenn sie nicht mit einer Beeinträchtigung des Glukosestoffwechsels einhergeht, kein erhöhtes Risiko dar. Man muss sich daher fragen, ob die Diagnose eines metabolischen Syndroms für den Patienten eine Bedeutung hat, die über die Feststellung der einzelnen gesicherten kardiovaskulären Risikofaktoren hinausgeht. Hier besteht zunächst das Problem der Definition: Je nachdem, ob man die Definitionen von ATP-III, WHO, Internationaler Diabetes Foundation oder American Heart Association<sup>2</sup> verwendet, werden unterschiedlich große An-

teile der normalen Bevölkerung als Träger eines metabolischen Syndroms identifiziert. Allen Definitionen gemeinsam ist die fragwürdige Vorgehensweise, dass für stetige Variable des kardiovaskulären Risikos Grenzwerte benutzt werden. Diese Vorgehensweise wird aber der Realität nicht gerecht: Das kardiovaskuläre Risiko ist nämlich eine Funktion der als stetige Größen ausgedrückten Risikofaktoren und die Grenzwerte für den „Normalbereich“ von beispielsweise Blutdruck und Cholesterin wurden willkürlich festgelegt. Das Risiko eines Patienten wird also in jedem Fall besser durch die Funktion beschrieben als durch eine künstliche Dichotomisierung in „normal“ und „pathologisch“. Das heißt, dass das kardiovaskuläre Gesamtrisiko besser über eine Risikokalkulation unter Verwendung der gängigen Algorithmen ermittelt werden kann als durch die Identifizierung eines metabolischen Syndroms unter Verwendung dichotomisierter Risikofaktoren.

## Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos statt Stigmatisierung

Der Begriff metabolisches Syndrom legt nahe, dass es sich hierbei um eine Krankheit handelt. Je nachdem, welche Definition man

**Tab. 1: KARDIOVASKULÄRES RISIKO UND METABOLISCHES SYNDROM**

Patientin 1 52 J., weiblich	Patient 2 52 J., männlich	Patient 3 56 J., männlich
Blutzucker nüchtern 98 mg/dl	Blutzucker nüchtern 148 mg/dl, HbA <sub>1c</sub> 8,2%	Blutzucker nüchtern 94 mg/dl
BMI 29,2 kg/m <sup>2</sup> , Taillenumfang 96 cm	BMI 32,4 kg/m <sup>2</sup> , Taillenumfang 106 cm	BMI 23,4 kg/m <sup>2</sup> , Taillenumfang 86 cm
Triglyceride 165 mg/dl	Triglyceride 98 mg/dl	Triglyceride 125 mg/dl
Blutdruck 125/80 mmHg	Blutdruck 165/95 mmHg unter Therapie (ACE-Hemmer)	Blutdruck 165/95 mmHg unter Therapie (ACE-Hemmer)
HDL-Cholesterin 44 mg/dl LDL-Cholesterin 124 mg/dl	HDL-Cholesterin 48 mg/dl LDL-Cholesterin 225 mg/dl	HDL-Cholesterin 38 mg/dl LDL-Cholesterin 278 mg/dl
metabolisches Syndrom	metabolisches Syndrom	kein metabolisches Syndrom
niedriges kardiovaskuläres Risiko	hohes kardiovaskuläres Risiko	hohes kardiovaskuläres Risiko

# Metabolisches Syndrom: Diagnose oder kritische Betrachtung

verwendet, macht man auf diese Weise einen mehr oder weniger großen Teil der Gesamtbevölkerung (je nach Alter > 50% aller Erwachsenen!) zu Kranken und vermittelt so den Eindruck einer medizinischen Behandlungsbedürftigkeit. Tatsächlich ist das Risiko von Patienten mit einem so genannten metabolischen Syndrom teilweise sehr gering, während andere Patienten ohne metabolisches Syndrom ein hohes Risiko aufweisen, wie die Gegenüberstellung in Tab. 1 deutlich macht. Während Patientin 1 ein 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis von etwa 2–3% trägt und damit im Durchschnitt ihrer Altersgruppe liegt, ist dieses Risiko bei den Patienten 2 und 3 stark erhöht (etwa 40%, Berechnung nach der Framingham-Formel). Bezüglich der Diagnose metabolisches Syndrom (ATP-III-Definition) wird aber zwischen den Patienten 1 und 2 nicht unterschieden, während bei Patient 3 kein metabolisches Syndrom vorliegt.

Das Beispiel zeigt, dass es notwendig ist, das gesamte kardiovaskuläre Risiko unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren eines Patienten zu betrachten. Das Stellen der Diagnose metabolisches Syndrom hilft hier in der Praxis nur wenig weiter. Die betroffenen Gesunden mit niedrigem Risiko werden durch die Diagnose eher stigmatisiert und medikalisiert, als dass hierdurch Wege einer sinnvollen Primärprävention eröffnet würden. Die bereits Erkrankten (Diabetiker, KHK-Patienten etc.) müssen ohnehin leitliniengerecht versorgt werden.

## Bevölkerungsstrategie und individuelles kardiovaskuläres Risikomanagement

Zur Verminderung des kardiovaskulären Risikos müssen zwei Wege beschritten wer-

den: Zum einen ist es notwendig, den Ursachen des erhöhten kardiovaskulären Risikos auf Bevölkerungsebene zu begegnen. Überernährung und Bewegungsmangel führen zu einer beständigen Zunahme der wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren und damit auch zu einer Zunahme des so genannten metabolischen Syndroms. Hier ist weniger eine medizinische Versorgung gefragt als vielmehr eine politische Weichenstellung zur Aufklärung der Bevölkerung und zur Intensivierung und Implementierung von Präventionsprogrammen in Schulen, Sportvereinen und anderen öffentlichen Einrichtungen. Zum anderen müssen Risikofaktoren durch Screeninguntersuchungen identifiziert und dann unter Berücksichtigung des Gesamtrisikostrukturs strukturiert behandelt werden. Hier ist vor allem die allgemeinmedizinische Primärversorgung gefordert. Zum Beispiel müssen durch konsequente Durchführung der Gesundenuntersuchung Personen mit erhöhtem Risiko identifiziert und einer risikoadäquaten Behandlung zugeführt werden. Auch hier sollten Interventionen zur Lebensstilveränderung im Vordergrund stehen (Ernährungsberatung, Patientenschulungen, Möglichkeiten und Anreize zur Steigerung der körperlichen Aktivität, Nicotinentwöhnung). Es konnte gezeigt werden, dass die Manifestation eines Diabetes mellitus bei Probanden mit pathologischer Glukosetoleranz sowohl durch Sport als auch durch eine Ernährungsumstellung verhindert bzw. verzögert werden kann.<sup>3</sup> Eine medikamentöse Therapie kommt in der Primärprävention nur in Ausnahmefällen in Betracht, wenn unter Berücksichtigung der erreichbaren absoluten Risikoreduktion ein evidenzbasierter Benefit für den Patienten zu erwarten ist.

Dr. Andreas C. Sönnichsen

## Herzlichen Glückwunsch!

Das Redaktionsteam freut sich über die Ernennung von Dr. Peter Kufner zum Hon. Professor für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck.



## Veranstaltungen

➤ **7. September 2006**

### Früherkennung und Management der pulmonal-arteriellen Hypertonie (PAH)

Bezirksärzterveranstaltung Rohrbach/ Urfahr Umgebung

Termin: 7. 9. 2006, 19 Uhr

Ort: Vortragssaal der Krankenpflegeschule Rohrbach, LKH Rohrbach, Krankenhausstraße 2, 5150 Rohrbach

#### Infos und Anmeldung:

Eva Aigner, Tel. 01/402 13 41-36, kommunikation2@oegam.at

➤ **15. September 2006**

### Manualmedizin bei Kindern mit KISS und KIDD

Vortrag mit Dr. med. Robby Sacher aus Dortmund

Termin: 15. 9. 2006, 19 Uhr

Ort: Medicent Linz, Untere Donaulände 21–25

#### Infos und Anmeldung:

bis spätestens 10. 9. 2006 an johannes.dick@aon.at oder ursula@fitzinger.at

#### Literatur

<sup>1</sup> Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2005 Sep;28(9):2289-304.

<sup>2</sup> Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005 Oct 25;112(17):2735-52.

<sup>3</sup> Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997 Apr;20(4):537-44.

# Klinisches Praktikum Allgemeinmedizin an der MÜW

## Allgemeines

Im neuen Curriculum an der Medizinischen Universität Wien ist das Fach Allgemeinmedizin in alle drei Studienabschnitte integriert und Teil der Pflichtlehrveranstaltungen. Im 3. Studienabschnitt, und zwar sowohl im 5. als auch im 6. Studienjahr, ist dies das „Lineelement Allgemeinmedizin“, welches aus einem Vorlesungsanteil sowie einem klinischen Praktikum besteht, in dessen Rahmen die Studierenden zwei Nachmittage in einer Ordination eines Arztes für Allgemeinmedizin verbringen. Davon unberührt ist die verpflichtende Famulatur in einer Einrichtung der medizinischen Primärversorgung im Ausmaß von 4 Wochen. Die Zielsetzung des gesamten Lineelementes ist im Studienplan festgehalten: „Dieses Lineelement ergänzt die medizinische Grundausbildung in den klinischen Disziplinen der Tertiäre auf Krankenhausstationen durch die Miteinbeziehung der medizinischen Primärversorgung außerhalb des stationären Bereiches. Ziel ist es, den realen Praxisalltag bei der Hausärztin/beim Hausarzt mit den dort anzutreffenden Gesundheitsproblemen und Krankheitsbildern zu erleben, Rahmenbedingungen sowie geschlechtsspezifische, psychosoziale, kulturelle und ökonomische Faktoren zu berücksichtigen, sich die Arzt-Patienten-Beziehung bewusst zu machen und den Unterschied sowie Gemeinsames von medizinischer Primärversorgung im niedergelassenen Bereich und tertiärer Versorgung im Universitätskrankenhaus kennen zu lernen.“

## Aufgaben der Studierenden

Eine der Aufgaben für die Studierenden an den beiden Nachmittagen im 5. Studienjahr ist es, eine Reihe von an diesem Tag anfallen-

den Konsultationen zwischen Arzt und Patienten aufmerksam zu verfolgen. Am Ende des Ordinationstages sind anhand dieser Konsultationen die Charakteristika des Faches wie z.B. die primärmedizinische Versorgung, die individuelle Betreuung, die Langzeitbetreuung, Multimorbidität, Compliance, ethische Dilemmata oder familienmedizinische Probleme mit dem Lehrpraxisleiter zu besprechen sowie die Schnitt- und Nahtstellenproblematik zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung zu thematisieren. Die zweite Aufgabe für die Studierenden ist es, mit aktuellen PatientInnen selbst das Gespräch zu führen und etwaige körperliche oder psychosoziale Befunde zu erheben; diese PatientInnen sind dem Lehrpraxisleiter in kurzer Form vorzustellen. Ziel dieser Vorstellung ist es, den Lehrpraxisleiter klar, logisch und komplett, jedoch nicht zu langatmig oder umständlich (eben problem- und patientenorientiert) über die PatientInnen zu informieren. Darüber hinaus sollten die Studierenden – wenn sie sich soweit sicher fühlen – auf Aufforderung des Lehrpraxisleiters einen Vorschlag für das weitere Vorgehen parat haben. Zur strukturierten Beurteilung der Präsentation eines/einer von den Studierenden untersuchten und befragten PatientIn wurde eine Checkliste entwickelt, in der neben der Beachtung von problem- und personenzentrierten Aspekten auch die Haltungen der Studierenden und ihr Umgang mit den PatientInnen erfasst werden.

## Erfahrungen nach dem ersten Jahr

Die Rückmeldungen zu diesem klinischen Praktikum seitens der Allgemeinärzte sind überwiegend positiv. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden die Meinungen systematisch

erfasst: Alle – auch die meisten Studierenden, wie berichtet wird – empfinden die Zeit als zu kurz, um wirklich ausreichend vermitteln zu können. Allgemein wird seitens der Lehrpraxisleiter angemerkt, dass das fachliche Wissen der Studierenden sehr groß ist und das klinische Praktikum als angenehme und entspannende Abwechslung zum Druck und Stress des übrigen Studentenlebens empfunden wird; die Möglichkeit, mit Patienten in Ruhe Kontakt zu haben, wird von den Studierenden sehr begrüßt. Ihre Lernbereitschaft, das Interesse, die Teamfähigkeit und soziale Kompetenz wurden in der Regel als gut beurteilt. Im Vergleich zu Studierenden des alten Curriculums oder zu Turnusärzten in der Lehrpraxis schneiden manche Studierende hinsichtlich ihres aktiven Herangehens an Fragestellungen oder hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenz sogar deutlich besser ab.

## Ausblick

Im 6. Studienjahr, das im Herbst erstmals beginnt, müssen die Studierenden im Rahmen des klinischen Praktikums Allgemeinmedizin zu den von ihnen untersuchten PatientInnen einen begründeten Vorschlag zur weiteren Diagnostik und Therapie unterbreiten. Auch diese Vorschläge werden mit einer Checkliste von ihrem Lehrpraxisleiter beurteilt werden. Ich bin überzeugt, dass diese Lehrveranstaltung wesentlich dazu beiträgt, die im Qualifikationsprofil festgeschriebenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen der AbsolventInnen sicherzustellen. Dafür ist in erster Linie all jenen KollegInnen zu danken, die sich zur Abhaltung dieses klinischen Praktikums in ihrer Ordination bereit erklären.

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier



**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.