

Editorial

Ein Plädoyer für Supervision oder gegen die Einsamkeit

Dr. Bernhard Panhofer,
Arzt für Allgemeinmedizin
in Ungenach, OÖ
Lehrbeauftragter der
Medizinischen Universität Wien
Leiter des Arbeitskreises für
psychosomatische Medizin
der ÖGAM



Vor kurzem fand ich einige Bemerkungen über Stressoren im Arztberuf, ich will sie nicht vorenthalten:

- Noncompliance, (Nichtbefolgung ärztlicher Verordnungen)
- Abbruch von Behandlungen durch Patienten
- Selbstentlassung aus dem Krankenhaus
- anspruchsvolle, unfreundliche und undankbare Patienten
- Missverständnisse
- eigene Fehler
- unangemessene Inanspruchnahme
- Aggressivität von Patienten
- Therapieresistenz und -versagen
- infauste (trotz aller Bemühungen unheilbare) Krankheiten
- unerwartete Rückschläge
- Patienten, die sterben; Suizidalität
- Alltagsroutinen
- Inkompetenz von Kollegen, unkollegiales Verhalten

Naturgemäß habe ich mich – und ich vermute, auch Sie sich – in diesem Konvolut gefunden.

Stress kann man nur auflösen, wenn man ihn wahrnimmt, interpretiert und mit den eigenen Ressourcen vergleicht ...

Wir Allgemeinmediziner sind gewohnt, autark, ja einsam zu entscheiden, wir kommen uns dann auch manchmal frei und stark vor. Nur: Unser Beruf ist dermaßen komplex und vielschichtig, wir sind mit „unseren“ Patienten verwoben und manchmal versponnen, sodass es uns gut tut, Sichtweisen zu ändern, Abstand zu nehmen. Das wiederum ist autonom nur sehr begrenzt möglich. Die eigene Familie, die eigene Partnerschaft, aber auch Stammtische werden auf Dauer ebenfalls dafür ungeeignet sein. Wir können uns auch entscheiden, uns über die Schulter schauen zu lassen, ganz im Sinne eines empathischen: „Ich fühle, was du fühlst.“

- Eine Balint-Gruppe ist wohl der ideale Ort, seine beruflichen Intimität hinzutragen und auszubreiten. Es gibt solche Gruppen bereits seit den 50er-Jahren. (Ich könnte

mir die Ordinationsführung ohne Balint-Gruppe nicht vorstellen.)

Es gibt jedoch auch andere „Orte“, wo respektvolles Begegnen möglich ist:

- Qualitätszirkel. Von der ÖGAM österreichweit eingeführt – eine Erfolgsstory.
- Informelle Kontakte: Ich kenne Kollegen, von denen ich weiß, dass ich auch „dumm“ fragen darf, u.a. im nahen Krankenhaus Vöcklabruck, an die ich mich gerne in kniffligen Fragen wende. Aber auch ich werde manchmal angerufen und kann hilfreich sein (z.B. ein Kollege hatte einen suizidalen Jugendlichen in der Praxis). Solche Netzwerke sind ungemein wertvoll, ich ermutige zur Intensivierung und auch zu Vereinbarungen mit KollegInnen, kurze telefonische Interventionen zu gestalten.

Intervision

- Eine Idee aus einem zahnärztlichen Qualitätszirkel: gegenseitige Besuche im Praxisalltag.
- Die Suizidprävention Salzburg bietet schnelle Supervision auch für Helfer an (www.lebens-click.info). Solche Modelle wären für ganz Österreich sinnvoll.
- Engagierte Turnusärzte fordern von sich aus Supervision und es gibt bereits Modelle wie im KH Schärding.
- Eine Lehrpraxis kann auch für den Praxisinhaber im umgekehrten Sinn eine Lehrpraxis sein: Junge Ärzte fragen oft sehr geschickt und manchmal entsteht ein Prozess in Richtung Veränderung.
- Noch etwas: Haben Sie selbst eine Hausärztin/einen Hausarzt?

Es muss nicht gleich Coaching sein, sehen wir uns in unserer Umgebung um im Sinne einer Vision: Super- und Intervision als heilende Beziehung für uns selbst „to keep general practice sexy“ (Dr. Bruno Kissling, ÖGAM-News Bericht in der Ärzte Krone Nr. 3107).

Kurzintervention bei Raucher in der Allgemeinpraxis

Die Schlüsselrolle des Allgemeinmediziners: Ein kurzer Rat bewirkt bei 40% der Raucher einen Entwöhnungsversuch!

EU-weite und globale Kampagnen gegen das Zigarettenrauchen tragen dazu bei, am Image des Rauchens als selbstverständlicher Teil eines selbstbestimmten und „coolen“ Erwachsenenlebens zu kratzen. Auch in Österreich werden zunehmend von öffentlicher Seite Schritte gesetzt, das Rauchen einzudämmen.

Der einzelne Raucher aber braucht einen vertrauenswürdigen, zuverlässigen Partner, um sich von seiner Abhängigkeit befreien zu können. Allgemeinmediziner verfügen in der Regel über einen guten und kontinuierlichen Patientenkontakt und nehmen damit eine zentrale Nahtstellenfunktion im Gesundheitssystem ein. Über 70% aller Raucher gehen zumindest 1x pro Jahr zum Allgemeinmediziner (Kunze et al., 1992).

Der Einfluss, den Allgemeinmediziner auf das Rauchverhalten ihrer Patienten ausüben können, ist bislang eklatant unterschätzt worden. Die Erfolgsraten einer Raucherentwöhnung ohne Hilfe sind gering. Eine Untersuchung zeigt, dass nur etwa ein Fünftel der Raucher, die einen Entwöhnungsversuch unternehmen, sich in irgendeiner Form Unterstützung holen (Zhu et al., 2000). West et al. (2000) konnten belegen, dass ein kurzer Rat durch den Arzt bei einer passenden Gelegenheit in 40% der Fälle die Raucher zu einem Entwöhnungsversuch motiviert!

Kunze und Mitarbeiter haben bereits vor einigen Jahren gefordert, dass der Raucherberatung und -therapie der gleiche Stellenwert beigemessen werden müsse wie der Behandlung eines erhöhten Blutdrucks oder Cholesterinspiegels (Kunze et al., 1999). Untersuchungen zeigen, dass Ärzte 3x häufiger beim Rauchverhalten intervenieren, wenn sie davon Kenntnis haben, dass der Patient raucht (Fiore, 1996).

Kurzintervention als allgemeinärztliche Routinemaßnahme:

„Nur 3 Minuten Beratung erhöhen die Motivation zum Rauchstopp!“

Der Allgemeinmediziner hat die wichtige Rolle, den Patienten in der Erhaltung seiner Gesundheit zu unterstützen und ihm bei wichtigen Veränderungen, die für die Verbesserung seiner Gesundheit entscheidend sind, zu helfen.

Die verschiedenen Phasen bis zur tatsächlichen Verhaltensveränderung

Solange ein Raucher nichts an seinem Rauchverhalten ändern möchte, wird er als so genannter konsonanter Raucher eingestuft, will er seinen Tabakkonsum reduzieren oder ganz aufhören, zählt er zu den dissonanten Rauchern. 55% der Raucher in Österreich sind als dissonant einzustufen und wollen etwas an ihrem Verhalten ändern (Groman et al., 2000).

Prochaska und DiClementi haben ein differenziertes, validiertes Modell entwickelt, das einen hilfreichen Rahmen bietet, die verschiedenen Stadien im Prozess bis zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung besser zu verstehen (Prochaska, DiClementi et al., 1992).

Das „Stages of Change“-Modell zeigt eindrucksvoll, dass eine Verhaltensänderung im Regelfall schrittweise vonstatten geht:

Zuerst ist der Patient nicht interessiert und nicht willens, eine Veränderung vorzunehmen (Präkontemplation), dann beginnt er über eine Veränderung nachzudenken, alle Vor- und Nachteile abzuwägen (Kontemplation), bis er nach entsprechender Vorbereitung auch tatsächlich diese Veränderung vornimmt und versucht aufrechtzuerhalten (Präparation, Aktion, Aufrechterhaltung). Rückfälle sind Teil des Prozesses und werden als Entwicklungsschritt in Richtung erfolgreicher Veränderung gesehen.

Spontane, dauerhafte Verhaltensänderungen hingegen sind die Ausnahme.

Viele Ärzte haben das Gefühl, dass Ratschläge kaum unmittelbare Erfolgserlebnisse bringen. Gerade die Phasen der Präkontemplation und Kontemplation stellen eine große Herausforderung für den Arzt dar. Es kommt vor, dass Raucher über Jahre hinweg im Stadium der Kontemplation „stecken bleiben“.

Der Inhalt der Kurzintervention hängt von der Bereitschaft des Rauchers zum Rauchstopp ab

Der Rat des Arztes, das Rauchen aufzugeben, erhöht die Chancen für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung – dieses Konzept ist bestens belegt! (Silagy et al., 2000)

Die Literatur zeigt, dass eine Kurzintervention von 3 Minuten reicht, um Entwöhnungsversuche und Abstinenzrate zu steigern (JAMA, 1996). Diese 3 Minuten sollte sich der Allgemeinmediziner für seine rauchenden Patienten Zeit nehmen, um ihre Motivation zum Rauchstopp zu erhöhen.

Realistische Ziele einer Kurzintervention durch den Allgemeinmediziner:

- Evaluation der Bereitschaft des Patienten, das Rauchen aufzugeben
- mit der Intervention einen Impuls geben, der einen Nachdenkprozess einleitet oder vorantreibt und die Motivation erhöht, bis der Patient selbst zu der Verhaltensänderung = Rauchstopp bereit ist

So genannte motivationale Interviewtechniken (Miller, 1996) haben sich als besonders zielführend erwiesen. Ein konfrontativer Stil löst nur Widerstand beim Patienten aus, gut gemeinte Argumente werden abgeblockt. Das Stellen von offenen Fragen, Einfühlungsvermögen, aktives Zuhören und das Stellen einiger Schlüsselfragen regen eher zum Nachdenken an als der Versuch, mit allen Mitteln zu überzeugen. Die Frage nach persönlichen Gründen hilft dem Patienten, seine ganz individuelle Motivation für den Rauchstopp herauszufinden.

Herinnen und Rauchern

Kurzintervention und Kurzberatung

Raucherkurzintervention durch den Allgemeinmediziner

3 Minuten, die die Motivation erhöhen

Bei allen Rauchern

- Erfragen und Dokumentation des Raucherstatus
- Erheben der Bereitschaft des Rauchers, mit dem Rauchen aufzuhören. „Können wir eine Minute über Ihr Rauchverhalten sprechen?“

Phase der Präkontemplation – sensibilisieren

Ziel der Beratung:

Zweifel an der Richtigkeit des Verhaltens anregen und einen Nachdenkprozess einleiten

Mögliche Fragen:

- „Was müsste passieren, dass Sie über eine Veränderung nachdenken?“
- „Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal eine Veränderung versucht oder darüber nachgedacht?“

- akzeptieren, dass der Raucher noch nicht bereit ist, eine Entscheidung zu treffen
- dem Raucher Informationsbroschüren und Unterstützung für die Zukunft anbieten

Phase der Kontemplation – ja, aber ...

Ziel der Beratung:

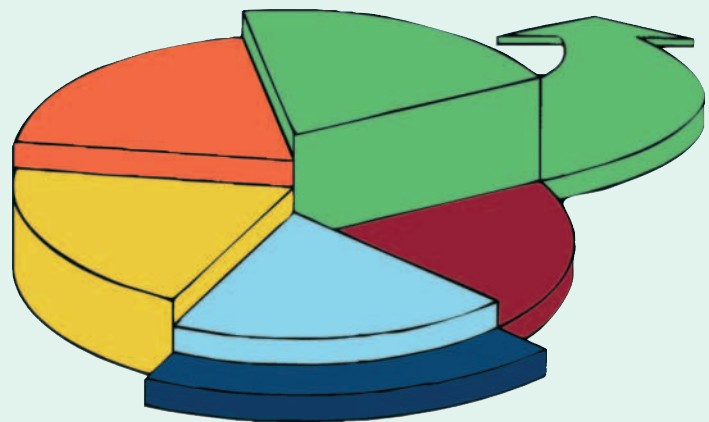
Bewusstmachen aller Vorteile und Barrieren sowie Hinführen

zum Wunsch nach einer Verhaltensänderung

Mögliche Fragen:

- „Warum wollen Sie nun eine Veränderung?“
- „Was könnte Sie von einer Veränderung abbringen?“
- „Was würde Ihnen helfen?“
- „Was glauben Sie, müssen Sie noch über die Veränderung wissen?“

- dem Raucher versichern, welchen Gewinn ihm der Rauchstopp bringt
- gemeinsam mit dem Raucher alle Für und Wider durchgehen
- dem Raucher Informationsbroschüren über Raucherentwöhnung mitgeben
- dem Raucher Unterstützung zusichern, sobald er die Entscheidung zum Rauchstopp getroffen hat



- **Präkontemplation**
- **Kontemplation**
- **Präparation**
- **Aktion**
- **Aufrechterhaltung**
- **Rückfälle**

Raucherkurzberatung durch den Allgemeinmediziner

Phase der Präparation

Ziel der Beratung:

Unterstützung bei der Erstellung eines Therapieplans

- Unterstützung bei der Vorbereitung auf den Rauchstopp
- Feststellung der Nikotinabhängigkeit (Fagerström-Test, CO-Messung)
- den Raucher bestärken, ein Stoppdatum zu setzen
- Informationsmaterial mitgeben und mögliche medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien besprechen
- Bestärkung der Entscheidung zum Rauchstopp
- bzw. Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung

Phase der Aktion

Ziel der Beratung:

Motivation und Bestärkung des Selbstvertrauens

- Folgetermine für Unterstützung und Bestärkung vereinbaren
- Bedenken zum Rauchstopp erfragen und ausräumen
- Betonen der positiven Seiten des Rauchstopps

Phase der Aufrechterhaltung – stabilisieren

Ziel der Beratung:

Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz

- Lob und Anerkennung spenden
- Strategien zur Vermeidung eines Rückfalls vorschlagen
- ermuntern zu neuen „Nichtraucher“-Aktivitäten

Phase des Rückfalls – daraus lernen

Ziel der Beratung:

Motivation des Patienten zu einem neuerlichen Entwöhnungsversuch

Mögliche Fragen:

- „Sie haben es für x Tage geschafft, was waren Ihrer Meinung nach die Gründe?“ – Fokus auf den erfolgreichen Teil
- Anerkennen möglicher Rückfallsituationen wie Stress, Alkohol etc.
- die meisten Raucher gehen die verschiedenen Phasen einige Male durch, bevor sie dauerhaft zu rauchen aufhören
- die Chance auf Erfolg vergrößert sich mit jedem Versuch

(Dieser Text ist ein Auszug aus dem ÖGAM Konsensus Statement „Raucherentwöhnung“)

ANTIKOAGULATION*

Zahnärztliche Eingriffe unter oraler Antikoagulation

- Laut EBM gibt es keine Empfehlung für das Absetzen einer oralen Antikoagulation.
- Wenn ein operativer Eingriff notwendig ist, sollte man auch die Indikation der oralen AK berücksichtigen:
 - bei INR-Einstellung zwischen 2 und 3 (z.B. VHF) ⇒ Eingriff möglich (z.B. VHF)
 - bei Hochrisikopatient (z.B. Klappenersatz) und INR-Einstellung > 3 ⇒ Einweisung in eine Zahnklinik (+ niedermolekulares Heparin)
 - bei Zahnextraktionen im Oberkiefer, Zähnen mit zwei und mehr Wurzeln oder entzündeten Zähnen eventuell Aussetzen der oralen AK

Statistisch gesehen gibt es keine Todesfälle wegen Nachblutungen nach zahnärztlichen Eingriffen unter oraler AK. Kontaktaufnahme mit zahnärztlicher Vertretung.

Gerinnungseinstellung für zahnärztliche und oralchirurgische Eingriffe, Uni-Klinik Graz: siehe Anhang?

Indikationen – Dauer oraler Antikoagulation Tiefe Venenthrombose (TVT) – INR zwischen 2–3

- 1) sekundäre distale (= Unterschenkelvenen) TVT (nach Traumen, OP, Gipsruhigstellung, Reise etc.) und Erstereignis: 3 Monate
- 2) idiopathische distale TVT: 6 Monate Männer besitzen eine 3x höhere Rezidivrate als Frauen, daher bei Männern eher längere orale AK. Rezidivrate bei TVT: 20%, davon enden 5% tödlich. Bei lebenslanger oraler AK treten bei 8% Blutungskomplikationen auf, 2% davon tödlich.
- 3) Pulmonalembolie mit/ohne proximale (= Poplitea und femorale Strombahn) TVT: 6 Monate
- 4) Beckenvenenthrombose: 6 Monate
- 5) Rezidivierende proximale TVT mit/ohne Pulmonalembolie:
 - a) älterer Patient, stark sturzgefährdet, schlechte Compliance: 3 Monate
 - b) Mann, Komorbidität: 6 Monate
 - c) milde Thrombophilie, 2. TVT: 12 Monate
 - d) schwere Thrombophilie, 3. TVT: mindestens 24 Monate, eventuell dauernd
- 6) primäre pulmonale Hypertonie: lebenslange AK

- 7) TVT + bekanntes Malignom: niedermolekulare Heparine, keine orale AK, Minimum 6 Monate, eher dauernd

Vorhofflimmern (VHF) - INR zwischen 2 und 4

- 1) chronisches VHF ohne zusätzliche Risikofaktoren, Alter unter 65 Jahren: keine orale AK
- 2) chronisches VHF mit einem kardiovaskulären Risikofaktor (z.B. Hypertonie), Alter über 65 Jahre: lebenslange orale AK Das Risiko eines thromboembolischen Ereignisses ist bei diesen Patienten 5x so hoch wie unter Sinusrhythmus.
- 3) intermittierendes VHF:
 - a) Dauer < 48 Stunden: Kardioversion ohne orale AK möglich
 - b) Dauer > 48 Stunden bzw. unbekannte Dauer: orale AK mindestens 4 Wochen INR streng zwischen 2 und 3 halten, kurze Kontrollintervalle, um diesen Wert ständig zu garantieren

Myokardinfarkt – INR zwischen 2 und 3

- 1) großer, ausgedehnter Vorderwandinfarkt (Möglichkeit großer wandständiger Thromben): 3 Monate orale AK
- 2) bei bereits bestehendem Vorderwandaneurysma: unbefristete orale AK
- 3) alle übrigen Myokardinfarkte: keine orale AK

Herzklappenersatz

2–3 Monate Antibiotikatherapie

Mechanischer Klappenersatz: lebenslange orale AK, INR-Einstellung nach Klappenpass
Biologischer Klappenersatz: befristete orale AK, INR-Einstellung und Dauer nach Klappenpass

Dilatative Kardiomyopathie

Orale AK empfohlen, Kontraindikationen beachten.

Z.n. Bypass unterer Extremitäten

Orale Antikoagulation je nach chirurgischer Empfehlung

Ersteinstellung orale Antikoagulation

- 1) Ersteinstellung Beginn mit 2 – 2 – 1 Tbl., am 4. Tag Kontrolle INR (gemessen wird bei Einnahme am Abend der Werte vor 1,5 Tagen)

- 2) Beginn mit der zu erwartenden Tagesdosierung

Indikationen für das Absetzen einer oralen Antikoagulation (z.B. geplante Operationen (HTEP))

Marcoumar®: 8–10 Tage vor OP absetzen, Beginn mit niedermolekularen Heparinen
 Sintrom®: 3 Tage vor OP absetzen, Beginn mit niedermolekularen Heparinen

Wiederbeginn der oralen Antikoagulation: Wie oben, wenn unter niedermolekularen Heparinen und oraler AK der INR-Wert Richtung 2 ist, kann niedermolekulares Heparin abgesetzt werden.

Kontraindikation einer oralen Antikoagulation schlecht eingestellter Hypertonus, spontane intrazerebrale Blutung in den letzten 6 Monaten, Zirrhose, Thrombozytopenie, floride Blutungen (Magenulzera, Epistaxis etc), diabetische Retinopathie, persönlichkeitsbezogene KI: Morbidität, IQ

Medikamenteninteraktionen

INR-ermindernde Faktoren

Clofibrat, kardiale Dekompensation, Breitbandantibiotika, verminderte Leberfunktion, Diphenylhydantoin = Phenytoin?, Niereninsuffizienz, Phenylbutazon, Fieber, D-Thyroxin, Alkohol, Phenytoin, Röntgenbestrahlung, ACTH, diätetischer Vitamin-K-Mangel, Adrenokortikosteroide, fettarme Kost, Chinin, Azetylsalizylsäure

INR-erhöhende Faktoren

Digitalis, Alphamethyldopa, Barbiturate, orale Kontrazeptiva, Glutethimid, Vitamin K, Meprobramat, Purinkörper, Griseofulvin, fettreiche Kost, Guanethidin, Stillperiode, Chloralhydrat, Diarrhö (auch antibiotikainduziert)

Ernährung bei oraler Antikoagulation

Bei Marcoumar®-Behandlung sollte keine plötzliche Umstellung der Ernährung hin zu vermehrtem Konsum von Blattgemüsen stattfinden. Vitamin-K-haltige Nahrungsmittel nicht in größeren Mengen verzehren (z.B. Sauerkraut, Karfiol, Broccoli, Kohl, Lauch, Spinat, Fenchel, Kopfsalat, Endiviansalat, Tomaten, Gurken (ungeschält), Kichererbsen, Linsen, Bohnen, Olivenöl, Schlagobers, Pistazien, Erdbeeren, Hagebutten, Innereien von Dorsch, Kalb, Huhn, Rinderleber

Dr. Franz Burghuber

* Qualitätszirkelprotokoll IKF Rohrbach vom 2. 10. 2006



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

Für Gesundheitsbewusste: 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

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