

## Editorial

### Was wird aus der ambulanten Primärversorgung?

Prof.  
Dr. Andreas  
Sönnichsen



**D**ie neue Gesundheitsministerin, Frau Dr. Andrea Kdolsky, hat kundgetan, dass der „niedergelassene Bereich“ in der ambulanten Primärversorgung gestärkt werden soll. Die Spitalsambulanzen sollen zwar nicht geschlossen, aber deutlich entlastet werden. Doch darüber, wie die Stärkung der Niedergelassenen aussehen soll, gibt es bisher wenig Konkretes. Da ist die Rede von „neuen Kooperationsformen“ zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen, von Gesundheitszentren mit gleichem Leistungsspektrum und gleichen Öffnungszeiten wie Spitalsambulanzen sowie von auf regionale Ziele ausgerichteter Versorgungsplanung.

Wo bleibt da der Allgemeinarzt, der bisher als Einzelkämpfer in seiner eigenen Ordination in Stadt und Land eine wohnortnahe, auf persönlichem Vertrauensverhältnis basierende, patientenzentrierte Versorgung sichergestellt hat? Manch einer mag bei dieser Frage ein bisschen wehmütig an den früheren „Tante-Emma-Laden“ denken, der inzwischen weitgehend von Supermärkten und Shoppingcentern verdrängt wurde und somit ausgestorben ist. Wird es uns mit den allgemeinärztlichen Ordinationen genauso ergehen? Wird es bald nur noch (staatliche?) Gesundheitssupermärkte geben?

Die Frage sollte aber nicht sein, was ist für uns Ärzte am besten, sondern, was ist das Beste für unsere Patienten. Und das gilt es zu analysieren.

Die Patienten brauchen eine räumlich nahe und jederzeit angemessen rasch verfügbare, evidenzbasierte Primärversorgung. Dies gilt sowohl für den akuten Notfall, der durch ein funktionierendes Notarztsystem abgedeckt sein muss, als auch für akute, subakute und chronische Erkrankungen, die primär in den Verantwortungsbereich der Allgemeinmedizin fallen. Diese allge-

meinmedizinische Primärversorgung vermag aber heute kaum mehr ein einzelner Allgemeinarzt sicherzustellen. Zum einen sind nur wenige Ärzte bereit, wie der alte Landarzt rund um die Uhr zur Verfügung zu stehen und die Ordination zumindest an allen Werktagen vormittags und nachmittags zu öffnen. Zum anderen erfordert die Komplexität moderner Versorgungsstrukturen integrative Teamarbeit, die von einem Einzelnen nicht geleistet werden kann. Die Antwort hierauf sollte lange vor den „Gesundheitszentren“ mit „neuen Kooperationsformen“ zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen die Zulassung und Favorisierung der allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis sein. In kaum einem anderen europäischen Land wird die Bildung einer Gruppenpraxis derart erschwert wie in Österreich.

Die Gruppenpraxis kann zum einen längere Öffnungszeiten anbieten. Der kollegiale Austausch führt zu einer Steigerung der Versorgungsqualität. Der gewonnene Freiraum des einzelnen Arztes kann für Fortbildung und Qualitätsmanagement genutzt werden. Die Vermeidung von Doppelbesuchen in mehreren Ordinationen oder Ordination und Spitalsambulanz aufgrund limitierter Öffnungszeiten führt zu deutlichen Einsparungen.

Aber warum dann nicht gleich Versorgung in der Spitalsambulanz, mag man fragen. Das ist doch auch eine „Art Gruppenpraxis“? Diese Frage bekommt ein klares Nein zur Antwort. Die Spitalsambulanz ist ungeeignet für eine ökonomische und evidenzbasierte Primärversorgung. Spitalsmedizin unterscheidet sich in einigen wichtigen Punkten von der hausärztlichen Medizin. Im Krankenhaus liegt eine wesentlich höhere Prävalenz ernster Erkrankungen vor, was zu hohen prädiktiven Werten bei technisch-diagnostischen Maßnahmen führt. Wird die

► gleiche Diagnostik im Niedrigprävalenzbereich der Primärmedizin angewandt, so führt dies zur Erhebung einer Vielzahl falschpositiver Befunde, die weitere, teure und für den Patienten mit Nachteilen verbundene invasive Folgediagnostik nach sich zieht. Eine wesentliche Aufgabe der Allgemeinmedizin ist es, den Patienten vor unnötiger Diagnostik zu bewahren, als erste Anlaufstelle und Koordinator im Gesundheitssystem. Diese Position wird umgangen, wenn die Patienten direkt eine Spitalsambulanz aufsuchen. Das derzeitige System führt somit nicht nur zu einer Überlastung der Spitalsärzte, die von ihren eigentlichen Aufgaben abgehalten werden, sondern in vielen Fällen auch zu ökonomisch unsinniger und für den Patienten belastender Über- und Doppeldiagnostik.

Allgemeinmedizin sollte von Allgemeinmedizinern gemacht werden – so wie ja auch keiner auf die Idee kommen würde, dass die Chirurgen die internistischen Patienten mitversorgen, wenn der Internist nach Hause gegangen ist. Das heißt aber auch, dass der Allgemeinmediziner als solcher qualifiziert sein muss – ausgebildet für die speziellen Anforderungen in der Allgemeinmedizin: den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit im Niedrigprävalenzbereich, Disease-Management bei chronischen Erkrankungen, Prävention, Familienmedizin u.a.m. Diese Ausbildung muss durch die entsprechenden Fachkreise erarbeitet, definiert und strukturiert werden. Und für diese spezielle Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin sollte dem Allgemeinarzt eine Anerkennung als Facharzt zuteil werden, so wie es in den meisten europäischen Ländern bereits üblich ist.

Wenn die Politik es schafft, die Facharztausbildung und -anerkennung in der Allgemeinmedizin gesetzlich zu verankern und die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch allgemeinmedizinische Gruppenpraxen sicherzustellen, so hat sie zwei große Schritte in die richtige Richtung getan.

# Kosten und Nutzen

**Der Zürcher Stadtarzt und Neurologe Albert Wettstein und der Allgemeininternist Dr. Hans-Ulrich Kull aus Küsnacht behandelten im Rahmen eines Workshops auf dem KHM-Kongress in Luzern das Thema „Kosten und Nutzen der Demenzbehandlung“. Ob wirklich der Nutzen überwiegt, konnte nicht schlüssig beantwortet werden und die Diskussion bewies, wie kontrovers das Problem ist. Auch wenn jeder einzelne Krankheitsfall gesondert beurteilt werden muss, konnten doch einige bemerkenswerte Richtlinien aufgezeigt werden.**

Auf dem KHM-Kongress 2005 in Luzern wurden sowohl in den Hauptvorträgen als auch in den Workshops von verschiedenen Referenten das Thema Demenz, deren Prävention, die Differenzialdiagnose und die therapeutischen Möglichkeiten besprochen. Die Tatsache, dass diese Thematik bei den zahlreich erschienenen Besuchern des Symposiums breiten Anklang fand, beweist, dass bei der Ärzteschaft einerseits ein großes Interesse an dieser „Geißel“ des vorgerückten Alters vorhanden ist, andererseits aber auch ein gewisses Unbehagen im Zusammenhang mit den fragwürdigen Behandlungsmöglichkeiten und den anfallenden hohen Therapiekosten herrscht.

## Mild Cognitive Impairment oder beginnende Demenz?

Albert Wettstein betonte gleich zu Beginn, dass das so genannte Mild Cognitive Impairment (MCI), das durch eine rein kognitive Minderleistung charakterisiert ist (Vorkommen 20% bei unter 70-Jährigen, 45% ab 90 Jahren), von einer beginnenden eigentlichen Demenz (mit Einbußen auch der praktischen Fähigkeiten; Vorkommen 2% unter 70 Jahren, 20% bei den über 90-Jährigen) unterschieden werden muss – auch wenn 80% der MCI-Patienten später trotzdem eine Alzheimer-Demenz entwickeln werden. Während beim MCI Präventivmaßnahmen gegen

kardiovaskuläre Risikofaktoren, Mnemotechnik und allenfalls der Einsatz von Ginkgopräparaten einen therapeutischen Nutzen zeigen können, gelten die eigentlichen „Alzheimer-Medikamente“ (Cholinesterasehemmer und Memantin) in diesem Stadium als unwirksam.

## Beginnende Demenz – Beeinträchtigung im Alltag

Wenn zur reinen Gedächtnisabnahme auch die Behinderung im Alltag hinzukommt, muss von einer beginnenden Demenz gesprochen werden. Der Alzheimer-Typ ist dabei von der vaskulären Demenz und weiteren, selteneren Demenzformen abzugrenzen. Da die Alzheimer-Demenz durch eine lange nicht diagnostizierbare Vorphase (mit zunehmender Einlagerung von Betaamyloidplaques) charakterisiert ist, ist deren weiterer Verlauf bei der klinischen Manifestation bereits vorbestimmt. Die Behandlung der Alzheimer-Krankheit ist deshalb rein symptomatisch und kann den Verlauf zwar möglicherweise verzögern, nicht aber aufhalten.

## Medikamentenwirkung versus Kosten

Zahlreiche Studien zeigen, dass die propagierten Medikamente (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, später auch Memantin) nur eine beschränkte Wirkung (nur wenige Punkte im Mini-Mental-Status und Verbesserung mehrheitlich nur im 1. Jahr) zeigen. Die Pflegebedürftigkeit kann allenfalls um einige Monate bis zu 1 Jahr hinausgeschoben werden; die Verzögerung der kognitiven Einbußen und die Verbesserung der Verhaltensstörungen dauern unter der Behandlung auch kaum länger an. Dies ist zu berücksichtigen, wenn Kosten und Nutzen gegeneinander abgewogen werden: Cholinesterasehemmer kosten in der gängigen Dosierung etwa 6 Franken täglich, Memantin je nach Packungsgröße etwa gleich viel. Die monatlichen Kosten betragen demnach ungefähr 180

# n der Demenzbehandlung

Franken. Der in diesem Stadium (MMS 25–15 Punkte) weniger wirksame Ginkgo ist etwas billiger (etwas unter 2 Franken pro Tag). Dem sind natürlich einerseits die Pflegeheimkosten und die nicht bezifferbare psychische und physische Belastung der Angehörigen und des Pflegepersonals entgegenzuhalten. Viele der von Hans-Ulrich Kull auf dem Workshop vorgestellten Studien zeigen bemerkenswerte Kosteneinsparungen, wobei diese Arbeiten meistens präparatbezogen und daher nicht ganz neutral sind. Kritische Kommentatoren (wie Etzel Gysling, das Hortenzentrum und auch Albert Wettstein) stellen die Situation objektiver und weniger optimistisch dar und lassen dadurch sogar Zweifel am Nutzen der genannten Medikamente aufkommen. Besonders interessant ist eine Studie, in welcher Patienten und Angehörige danach gefragt wurden, ob und in welchem Umfang sie bereit wären, für die Heilung des Morbus Alzheimer selbst zu bezahlen. Die erhobenen Resultate sind eindrücklich: Die meisten Angehörigen von Betroffenen wären nämlich nur bereit, 10–20% ihres Vermögens auszugeben bzw. maximal 463 Franken pro Jahr und MMS-Punkt (Verbesserung der Hirnleistung), was ungefähr zwei Drittel der effektiven Kosten der Behandlung mit Cholinesterasehemmern entspricht. Diese ernüchternden Zahlen erlauben es, die zurückhaltende Einstellung der Grundversorger, der Gerontologen und auch der Krankenkassen bei der Indikationsstellung und Kostengutsprache für die verschiedenen „Antidementiva“ besser zu verstehen.

## Nutzen der speziellen Schulung der Angehörigen

Schließlich diskutierten die Referenten auch den Wert einer speziellen Schulung von Angehörigen (und Patienten) im Umgang mit der Alzheimer-Demenz.<sup>1</sup> Die Studienresultate sind bemerkenswert: Die Schulung an geeigneten Zentren durch entsprechende Fachleute ist

kostengünstig und wirkungsvoll, die entsprechende Investition der knappen finanziellen Mittel ist allemal lohnend und stellt eine wertvolle Ergänzung und/oder Alternative zur medikamentösen Therapie dar.

## Zusammenfassend hat der Workshop ergeben

- Das MCI (mit reinen Gedächtniseinbußen) sowie andere Demenzformen sind von der eigentlichen Alzheimer-Demenz abzugrenzen und nicht mit den üblichen „Alzheimer-Medikamenten“ zu behandeln. Ginkgopräparate können hilfreich sein.
- Die zur Behandlung des Morbus Alzheimer empfohlenen Medikamente (Cholinesterasehemmer, Memantin) haben im 1. Behandlungsjahr eine mäßige Wirkung bewiesen, sie sind aber rein symptomatisch und können den Krankheitsverlauf nicht stoppen.
- Die hohen Medikamentenkosten sind der Kosteneinsparung durch eine verzögerte Pflegebedürftigkeit entgegenzuhalten.
- Die Medikamentenwirkung ist immer wieder zu hinterfragen (vgl. Limitatio), die Verschreibung nach einem Heimeintritt ohnehin fragwürdig.
- Die Alzheimer-Schulung von Angehörigen (und Patienten) ist eine wertvolle Ergänzung und Alternative im Behandlungsplan.

### Kontakt:

Dr. Hans-Ulrich Kull  
Facharzt für innere Medizin  
FMH (Foederatio Medicorum  
Helveticorum)  
Obere Heslibachstraße 42  
8700 Küsnacht  
hansulrich.kull@hin.ch

<sup>1</sup> Alzheimer Info 42, Sommer 2005:10–4. Das Heft kann bestellt werden bei der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Rue des Pêcheurs 8 E, 1400 Yverdon-les-Bains, Tel. 024 426 20 00, Fax 024 426 21 67, E-Mail info@alz.ch

Quelle: Kosten und Nutzen der Demenzbehandlung, Workshop der 7. Fortbildungstagung des KHM vom 30. Juni bis 1. Juli 2005 in Luzern, PrimaryCare 2006; 6: Nr. 28-29

## Veranstaltungen

➤ **27.–29. März 2007**

### FORTBILDUNGS- VERANSTALTUNG: DIE ORTHOMOLEKULARE MEDIZIN – EINE NATURWISSEN- SCHAFTLICHE UND PRAXISNAHE DARSTELLUNG

#### Termine:

INNSBRUCK: Dienstag, 27. März, 19.15 Uhr  
WIEN: Mittwoch, 28. März, 19.15 Uhr  
GRAZ: Donnerstag, 29. März, 19.15 Uhr

#### Orte:

INNSBRUCK: Hotel Europa Tyrol,  
Südtiroler Platz 2, 6020 Innsbruck  
WIEN: Hotel Penta Renaissance,  
Ungargasse 60, 1030 Wien  
GRAZ: Steirische Akademie für Allgemein-  
medizin, Pestalozzistraße 62, 8010 Graz

#### Infos und Anmeldung:

Veronika E. Häusler,  
Tel. 01/402 13 41-36,  
kommunikation2@oegam.at

**Download Einladung und Anmeldeformular:**  
www.oegam.at

➤ **27. März / 12. April 2007**

### FORTBILDUNGS- VERANSTALTUNG: SPEZIFISCHE IMMUNTHERAPIE – NEUE MÖGLICHKEITEN IN DER ALLERGIEBEHANDLUNG

#### Zeit:

Dienstag, 27. März 2007,  
19.15 Uhr

#### Ort:

Gasthaus Hansy,  
Hauptstraße 31,  
2230 Gänserndorf

#### Zeit:

Donnerstag, 12. April 2007,  
19.15 Uhr

#### Ort:

Hotel Europa Tyrol,  
Südtiroler Platz 2,  
6020 Innsbruck

#### Infos und Anmeldung:

Veronika E. Häusler,  
Tel. 01/402 13 41-36,  
kommunikation2@oegam.at

**Download Einladung und Anmeldeformular:**  
www.oegam.at

# Chronische Prostatitis

**Die chronische Prostatitis zeigt oft nur uncharakteristische Symptome und ist mühsam zu diagnostizieren und zu behandeln. Sie haben bei einem Patienten Verdacht auf eine solche Entzündung und überlegen sich, ob Sie die Diagnose selbst stellen oder ihn zum Urologen überweisen sollen? Das Durchlesen dieser Guideline kann Ihnen die Entscheidung nicht abnehmen, zeigt Ihnen aber das Vorgehen in der Praxis in konzentrierter Form.**

## Grundsätzliche Regeln

- Den Patienten ausführlich aufklären.
- Unnötige Antibiotikagaben vermeiden.
- Bei häufig rezidivierender Prostatitis nach einer bakteriellen Ätiologie fahnden (fraktionierte Urinprobe).

## Ätiologie

- In der Regel (d.h. in 70% der Fälle) liegt eine abakterielle Prostatodynie vor. Meist treten mehrere Episoden pro Jahr auf.
- Eine Verursachung durch bakterielle Erreger, die sich in den Ausführungsgängen der Prostata angesiedelt haben, ist ebenfalls möglich.

## Symptome

Die Symptomatik ähnelt jener der akuten Prostatitis, ist jedoch weniger stark ausgeprägt, dafür aber rekurrend:

- Miktionsfrequenz erhöht
- Miktion erschwert und schmerzhaft
- Brennen in den Bereichen Unterbauch, Skrotum, Damm, Glans oder Innenseite der Oberschenkel
- Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung
- Druckgefühl im Bereich des Damms sowie um und innerhalb des Anus

- das Sitzen kann als unangenehm empfunden werden, der Patient hat den Eindruck, auf einem Kissen zu sitzen
- Blutbeimengungen im Sperma, schmerzhafte Ejakulation
- Nachlassen der Libido, erektile Dysfunktion

## Klinische und Laborbefunde

- Prostata berührungsempfindlich. Es kann jedoch auch bei einer nicht berührungsempfindlichen Prostata eine chronische Prostatitis vorliegen.
- Urinstatus o.B.

## Fraktionierte Urinprobe

- Anmerkung: In Österreich werden mancherorts Ejakulatkulturen bevorzugt, da diese von den Patienten als weniger belastend empfunden werden als die Prostatamassage.
- Nur durchzuführen, wenn die akuten Symptome häufig wiederkehren und zu wiederholter Antibiotikamedikation Anlass gegeben haben.
- Probe aus der ersten Portion der Miktion nehmen.
- Prostata massieren.
- Probe aus dem nach Prostatamassage gelassenen Urin nehmen, unter dem Mikroskop untersuchen und Kultur anfertigen.
- Zeigt die nach der Prostatamassage gewonnene Probe Bakterien und mehr als 10 Leukozyten/Gesichtsfeld und wies die erste Probe keine oder nur eine deutlich geringere Zahl von Bakterien auf, liegt wahrscheinlich eine chronische Prostatitis vor.
- Bei einer Pyurie ohne Bakterienwachstum sollte eine Probe zur Chlamydienbestimmung genommen werden.

## Behandlung

- warme Kleidung
- warme Sitzbäder
- nichtsteroidale Antirheumatika
- Alphablocker
- 5-alpha-Reduktase-Hemmer
- Eine Prostatamassage lindert manchmal die Symptome.
- Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis sollte angestrebt und aufrechterhalten werden: Der Arzt sollte die Harmlosigkeit der Erkrankung betonen und depressive Tendenzen rechtzeitig behandeln.
- Antibiotika sind zur Behandlung einer Prostatodynie nicht angezeigt.
- Bei häufiger Wiederkehr der Episoden fraktionierte Urinproben nehmen. Können bakterielle Erreger nachgewiesen werden, 1–2 Monate hindurch Medikation mit Fluorchinolonen (z.B. mit Norfloxacin, beginnend mit 2x 400 mg, später Dosis reduzieren) oder mit Trimethoprim-Sulfamethoxazol.
- Anmerkung: Die Kombination mit Sulfamethoxazol wird aufgrund des ungünstigen Nebenwirkungsprofils in Österreich nicht mehr empfohlen. Trimethoprim als Monosubstanz wird als gleich wirksam eingestuft.
- Im Fall einer Pyurie ohne Bakterienwachstum sollte ein Versuch mit dem gleichen Behandlungsschema gemacht werden; bei mangelndem Erfolg sollten jedoch wiederholte Antibiotikabehandlungen vermieden werden.

*Text aus: Erwin Rebhandl, Susanne Rabady, Frank Mader (Hrsg.). EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Wien: Verlagshaus der Ärzte. Überarbeitete und erweiterte Auflage 2006. Alle deutschsprachigen Rechte © Verlagshaus der Ärzte. [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)*

Kapitel 11.11 aus den „EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin“, ausgewählt und kommentiert von Edy Riesen, PrimaryCare 2007;7: Nr. 7-8



**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.