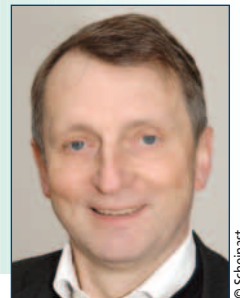


## Editorial

### Wie steht es um das Markenzeichen „Allgemeinmedizin“?

Dr. Reinhold Glehr  
8230 Hartberg



© Scheinast

**S**o wie man nach Heraklit nicht zweimal in denselben Fluss steigen kann, ändert sich nicht nur das Gesundheitssystem ständig, sondern in Abhängigkeit von den angebotenen medizinischen Möglichkeiten auch die Bedürfnisse der Patienten. Es gibt zwar einen relativ konstanten Bedarf nach medizinischer Grundversorgung, bei der Bewertung, was Basis, was spezialistische Medizin ist, scheiden sich jedoch die Geister.

Trotz aller Bemühungen durch Messungen, Statistiken, Interpretationen die Versorgungswirklichkeit darzustellen gibt es nur sehr subjektive Antworten auf die Frage nach dem Stellenwert der medizinischen Grundversorgung. Wie in Platons Höhlengleichnis erlebt jeder etwas anderes aus den flackernden Bildern der Datensammlungen an der Wand. Die Marke „Allgemeinmedizin“ stellt sich unscharf dar, insbesondere ihre Bedeutung in den Großstädten, wo sich spezialistische Medizin nicht nur um Spezielles sondern reichlich auch um Undifferenziertes und Allgemeines kümmert.

Die Zahlenkonvolute geben die leicht messbaren Anteile der Wirklichkeit wieder, die schwer erfassbaren Anteile, wie die optimale Aufgabenverteilung unter den Leistungserbringern jedoch schlecht. Trotzdem wissen wir aus verlässlichen Studien, dass diese einen hohen Stellenwert bei der Zufriedenheit der Patienten mit dem System haben.

Die großen „E's“: E-card, EKO, EBM, in Zukunft vielleicht ELGA bestimmen die Alltagswirklichkeit der Hausärzte ähnlich wie Zeitdruck, Patientenbegehrlichkeit, Ausbildungsproblematik und abnehmendes Interesse junger Ärzte an diesem Beruf. Die Rollendefinition ist nach wie vor

unscharf, eine „integrierte Versorgung“ entwickelt sich eher zögernd, die partizipative Entscheidungsfindung wird durch eine zunehmende Zahl von Regelwerken erschwert, die bürokratische Belastung nimmt zu.

Dies hat Auswirkungen auf die Wertschätzung der Marke „Allgemeinmedizin“ aus Patientensicht aber auch aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. Sie ist ebenso unscharf wie die Sicht der Steuerungsverantwortlichen im System und vor allem in Stadt und Land sehr unterschiedlich. Was erwarte ich von der Allgemeinmedizin? Welche Aufgaben und welche Werkzeuge traue ich den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin zu? Wie wichtig ist der „persönliche“ Arzt, der für medizinische Grundversorgung zuständig ist? Wie spezifisch muss seine Ausbildung sein?

Die österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin erregt manchen Unmut aber auch interessierte Zustimmung, weil sie sich mit Zukunftsfragen beschäftigt und die Systemverantwortlichen drängt, Antworten auf grundlegende Systemfragen zu finden. Es geht ihr dabei um die Aufrechterhaltung der Qualität in der medizinischen Grundversorgung. Es geht um Motivation junger Ärzte für die spezifische Ausbildung zum Arzt für Breitenmedizin / Basismedizin. Ob das Markenzeichen dafür Arzt für Allgemeinmedizin, Hausarzt oder Facharzt für Allgemeinmedizin ist, soll nur ein sekundäres Problem sein. Wichtig ist, dass die Rolle zeitgemäß definiert wird, dass die Rahmenbedingungen den Veränderungen entsprechend angepasst werden und dass die Patienten klar erkennen können, was sich mit dem Markenzeichen, wie immer es auch in Zukunft genannt wird, verbindet.

# Allergie aus allgemein

**Dr. Wolfgang Zillig, Arzt für Allgemeinmedizin, Linz, Präsident der OBGAM**

*Weltweit stellen allergische Erkrankungen für Millionen von Menschen eine steigende Belastung dar. In der Praxis zeigt sich eine Diskrepanz zwischen diagnostizierten Allergien und der erhobenen Prävalenz allergischer Erkrankungen. Allgemeinmediziner haben eine Schlüsselfunktion in der Früherkennung allergischer Erkrankungen. Bei Verdacht auf Allergie stehen nun effiziente Werkzeuge für eine einfache und rasche Eingangsdiagnostik im niedergelassenen Bereich zur Verfügung.*

Allergie bezeichnet eine entzündliche Systemerkrankung mit Überempfindlichkeitsreaktionen, die bei Exposition gegenüber einem an sich harmlosen Stimulus ausgelöst werden. Diese immunologischen Reaktionen sind nicht geeignet, einen Abwehrmechanismus darzustellen. Antigene, die Allergien verursachen, werden als Allergene bezeichnet. Allergien können antikörper- oder zellvermittelt sein.

**Allergien vom Soforttyp** basieren auf der Bildung von IgE-Antikörpern; Symptome manifestieren sich unmittelbar im Gastrointestinaltrakt, an der Haut, in der Augen-/Nasenschleimhaut und in den Bronchien. **Allergien vom verzögerten Typ** sind typischerweise allergische Kontaktekzeme, die durch sensibilisierte T-Lymphozyten vermittelt werden. Ursache ist meist Exposition gegenüber Metallen und Kosmetika;

Zielorgane sind vor allem Haut- und Mundschleimhaut. Die neue Nomenklatur der Europäischen Akademie für Allergologie und Klinische Immunologie (EAACI) wird der Tatsache gerecht, dass IgE-vermittelte Allergien bei weitem am häufigsten für allergische Reaktionen verantwortlich sind. Daher werden primär IgE-vermittelte und nicht IgE-vermittelte Allergien differenziert.

**Atopie** bezeichnet die individuelle oder familiäre Neigung, schon auf kleine Allergenmengen – meist Proteine – IgE-Antikörper zu produzieren und dadurch typische Symptome wie Asthma, Rhinokonjunktivitis oder eine atopische Dermatitis (Neurodermitis) zu entwickeln. Bevor nicht eine IgE-Sensibilisierung diagnostiziert wurde, sollte der Begriff „Atopie“ zurückhaltend verwendet werden. Nicht alle IgE-assoziierten Reaktionen treten bei atopischen Patienten auf.

Die Neurodermitis stellt eine Sonderform dar, bei der häufig, aber nicht immer neben stark erhöhtem Gesamt-IgE auch spezifische IgE-Antikörper gegen inhalative und/oder nutritive Allergene sowie nicht selten auch sensibilisierte T-Lymphozyten zu finden sind.

Eine **Anaphylaxie** (Schock) entsteht durch Freisetzung großer Mengen vasoaktiver Amine. Es handelt sich um eine systemische Reaktion, die stets als potenziell lebensbedrohlich anzusehen ist. Die klinische Manifestation setzt binnen kurzer Zeit nach Exposition gegenüber dem Antigen ein. Eine sofortige Behandlung ist unbedingt erforderlich, auch wenn die initialen Symptome mild erscheinen. Die klassische Reaktion stellt die IgE vermittelte Anaphylaxie dar.

**Intoleranzen** („Pseudoallergien“) sind Überempfindlichkeiten ohne immunologische Basis. Meist liegen Enzymdefekte vor, z.B. bei Laktoseintoleranz oder Histaminintoleranz. Milchunverträglichkeit im Kindesalter etwa ist eine IgE-medierte Allergie, im Erwachsenenalter typischerweise jedoch eine Intoleranz.

**Das empfohlene Vorgehen zur Diagnose-sicherung und Therapieeinleitung umfasst folgende 3 Stufen:**

1. Symptomorientierte Diagnose in Zusammenarbeit mit Labors (Basisdiagnostik) in der niedergelassenen Allgemeinmedizin- oder Pädiater-Praxis.

2. Weiterführende Test und Therapieempfehlungen durch allergologisch versierten niedergelassenen Facharzt oder Allergiezentrum.

3. Spezialuntersuchungen, Provokationstests, spezielle Therapien an einer Krankenhausabteilung mit allergologischem Schwerpunkt.

## **Basisdiagnostik**

Um die diagnostische Routine zu erleichtern, hat die EAACI drei typische allergische Symptomprofile für die weitaus häufigsten auslösenden Allergene bei Kindern entwickelt. Die Profile eignen sich auch für Erwachsene. Österreichische Experten haben die Allergen-Zusammensetzung für heimische Verhältnisse adaptiert. Ein sensitiver Bluttest weist auslösende Allergene mittels **Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper** nach. Im Befund werden die Ergebnisse für jedes angeführte Allergen quantitativ bestimmt. Mit den Symptomprofilen lässt sich bereits bei Säuglingen eine symptomorientierte serologische Abklärung durchführen. Frühe Allergietests sind besonders wichtig bei Kindern mit schweren, persistierenden oder rezidivierenden möglichen „allergischen“ Symptomen.

## **Spezifisches IgE und Gesamt-IgE**

Zur Bestimmung des spezifischen IgE wird auf schwammartigen Scheiben (CAP) gebundenes Allergen mit Serum inkubiert und mittels enzymmarkiertem Antikörper das am Allergen gebundene IgE nachgewiesen. Der spezifische IgE-Spiegel wird in Form von CAP-Klassen erfasst, wobei eine Sensibilisierung bei CAP-Klassen > 1 festgestellt werden kann. Die Bestimmung des Gesamt-IgE relativiert die CAP-Klasse. Erhöhtes Gesamt-IgE ist ein Indikator für atopische Erkrankungen; ein normaler Gesamt-IgE-Spiegel schließt eine Allergie nicht aus.

**Tab. 1: ALLERGIE-SYMPTOMPROFILE UND HÄUFIGSTE ALLERGENE**

<b>Ekzem</b>	<b>Asthma/Rhinitis saisonal (Beschwerden im Frühjahr/Sommer)</b>	<b>Asthma/Rhinitis perennial (Beschwerden im Herbst/Winter oder ganzjährig)</b>
f1 Hühnereiweiß	t3 Birke	d1 Hausstaubmilbe
f2 Milcheiweiß	g6 Lieschgras	mx1 Schimmelpilzmix
f4 Weizenmehl	w6 Beifuß	g6 Lieschgras
f14 Sojabohne	mx1 Schimmelpilzmix	e1 Katzen(schuppen)
d1 Hausstaubmilbe	d1 Hausstaubmilbe	e5 Hunde(schuppen)

# medizinischer Sicht

## Testinterpretation und Risikoabschätzung (IgE-Dynamik)

Ein positives Gesamtergebnis in der Basisdiagnostik weist eine Sensibilisierung nach (wahrscheinliche Allergie), wobei erst anamnestisch ein Zusammenhang zwischen Allergenen und Symptomen hergestellt werden kann. Ein negatives Ergebnis schließt eine Allergie nicht aus, da mit den Symptomprofilen nur die am häufigsten auftretenden IgE-bedingten Sensibilisierungen erfasst werden. Bei negativem Testergebnis, aber erhöhtem

Gesamt-IgE ist eine weitere Abklärung zu empfehlen. Spezifische IgE-Spiegel variieren je nach Allergenexposition und Krankheitsentwicklung. Die Erfassung der IgE-Dynamik stützt nicht nur die klinische Diagnose und Risikoeinschätzung, sondern ist auch hilfreich zur Verlaufskontrolle und Überwachung der Behandlungseffekte. Eine frühe Sensibilisierung kann ein Prädiktor für künftige Allergien sein.

Allergenspezifische IgE-Antikörperkonzentrationen sind stets im Kontext mit Anamnese und Risikofaktoren zu interpretieren. So können sich unterschiedliche Sensibilisierungen akkumulieren; manche Allergene gelten als besonders gefährlich für schwere Symptome wie Asthma oder Anaphylaxie. Bei Kleinkindern (< 2 Jahre), Patienten mit familiärer Vorbelastung oder schweren Symptomen in der Anamnese sind selbst niedrige IgE-Antikörperkonzentrationen zu berücksichtigen. Luftverschmutzung, Bakterien- und Virusinfektionen können für eine Exazerbation der Symptome verantwortlich sein.

## Spezifische Diagnostik

Je nach Verdacht steht eine breite Palette an Testmethoden zur Verfügung. Haut-, Inhalations- und Provokationstests werden in der Regel von Spezialisten durchgeführt.

## Hauttests

Standard ist der **Prick-Test**, bei dem Allergene in Tröpfchenform auf die Haut aufgetragen werden. Mit einer Lanzette wird die Haut durch den Tropfen angeritzt; die Freisetzung von Mediatoren verursacht beim

sensibilisierten Patienten eine charakteristische Quaddelbildung. Bei Verdacht auf allergisches Kontaktekzem wird eine **Epikutantestung** durchgeführt, bei der mit Allergen beladene Testplättchen auf die Rückenhaut aufgeklebt werden.

## Provokationstests

Kleine Allergenmengen werden in Nase, Augen oder Bronchien eingebracht und die Konzentration erhöht, bis eine Reaktion zu beobachten ist. Aufgrund des erhöhten Risikos für die Patienten werden die Tests nur im Krankenhaus durchgeführt.

## Eliminationsdiät und orale Provokation

Nach mindestens einwöchiger Elimination des Nahrungsmittels aus dem Speiseplan wird eine orale Provokation mit einer kleinen Menge des Nahrungsmittels durchgeführt. Diese Provokation wird bei Kindern regelmäßig durchgeführt, um festzustellen, ob das Kind das Nahrungsmittel allmählich verträgt.

## Therapie

### Strukturierte Patientenschulung

Die begleitende Information, Beratung und Aufklärung von Eltern und Patienten haben große Bedeutung für die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen. Nützliche psychologische Angebote sind z.B. Verfahren zur Stressbewältigung, autogenes Training oder Gruppengesprächstherapie.

### Allergenvermeidung

Maßnahmen zur Prävention oder Minimierung einer Exposition gegenüber Allergenen und Reizstoffen zielen auf eine Kontrolle von Umweltfaktoren. Anhand bekannter oder vermuteter Sensibilitäten kann eine zweckmäßige Strategie entwickelt werden.

### Akuttherapie

- Eckpfeiler der Sofortbehandlung bei anaphylaktoiden Reaktionen mit Hypotension und Hypoxie: Ausschalten des mutmaßlichen Auslösers, Atemwege offen halten, Sauerstoffzufuhr, intravaskuläre Volumengabe und Katecholamine.



- Adrenalin ist der wichtigste Wirkstoff der Notfalltherapie bei Anaphylaxie und akuter schwerer Urtikaria mit Angioödem.
- Symptomatische medikamentöse Therapie mit nicht-sedierenden Antihistaminika, Kortikosteroiden,  $\beta_2$ -Agonisten und Anti-leukotrienen. Die Mastzellstabilisatoren (Cromonyl, Nedocromil) sind sehr sicher, ihre Wirkung ist aber nur schwach.

## Spezifische Immuntherapie (SIT)

Die spezifische Immuntherapie (Hypo-/Desensibilisierung, Allergieimpfung) ist die einzige kausale Möglichkeit, Allergien bei nicht vermeidbarem Allergenkontakt zu behandeln. Dem Patienten werden steigende Mengen eines standardisierten Allergenextrakts injiziert, um die Allergieschwelle zu erhöhen. Die Wirksamkeit ist insbesondere bei Pollen- und Insektengiftallergien gut belegt. Besonders erfolgreich ist die SIT bei Kindern und Jugendlichen und bei neu entstandenen Allergien in den ersten Jahren. Voraussetzung für diese langfristige Therapie sind Motivation und Zuverlässigkeit (Compliance) des Patienten.

### Literatur:

Basisdiagnostik und Therapie allergischer Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis - Konsensus Statement der ÖGAM, 2. Auflage Jänner 2006, ISSN 1726-0027



**Das Redaktionsteam:** Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degen, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady, Dr. Wolfgang Zillig

### 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](mailto:office@oegam.at) • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

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

# Bericht aus einer Qualitätszirkelsitzung

## Moderation und Bericht: Dr. Peter Pichler, Poysdorf

*Die Runde aus 7 Teilnehmern ( 6 Allgemeinmediziner und erstmalig der Primar der Neurolog. Abteilung des lokalen Schwerpunktkrankenhauses) hatten sich zum Thema „Neurologische Notfallversorgung-Schnittstelle Hausarzt-Fachabteilung“ zusammen gefunden. In der vorausgehenden Sitzung vor 6 Wochen hatten die Allgemeinmediziner das Thema diskutiert und konkrete Fragen und Wünsche im Vorfeld an den Herrn Primarius übermittelt, der dadurch vom aktuellen Informationsstand ausgehen konnte.*

Zu den Notfällen zählt vorrangig der Schlaganfall. Die Entscheidung – cerebrale Blutung oder Encephalomalazie – ist vor Ort unmöglich. Ein frisches Ereignis gehört auf raschestem Wege (meist mit Helikopter) in ein geeignetes Zentrum (Stroke Unit). Für eine Lyse besteht ein Zeitfenster von nur 3 Stunden. Neben der Transportzeit ins Krankenhaus verstreicht ja auch dort noch viel Zeit mit Aufnahme, Transportorganisation ins CT, Anlaufzeit des CT's, Lysevorbereitung etc. Durch Vorausalarmierung des Krankenhauses (durch Arzt vor Ort bzw. Flugnotarzt) kann wertvolle Zeit gewonnen werden. Fest steht: Ohne CT gibt es keine Lyse.

Wenn der Patient jedoch schon stundenlang symptomatisch war (z.B. Lähmung) und keine Progredienz erkennbar ist, dann ist außer bei vitaler Bedrohung keine besondere Dringlichkeit mehr gegeben und ein Transport ohne Zeitdruck auf normalem Wege ausreichend. Für eine Lyse ist es ja sicher schon zu spät.

Hoher Blutdruck wird akut nicht behandelt. Erst extremer Bluthochdruck (über 220/120) soll vor Ort etwas abgesenkt werden.

Kontraindikationen für eine Lyse sind u.a. orale Antikoagulation sowie RR über 185/110. Die benötigte Kenntnis der Krankengeschichte und die damit erst mögliche Abschätzung der Dringlichkeit ist hier die Domäne des Hausarz-

tes. Durch rasche Weichenstellung kann er wesentlich zum bessern Outcome des Patienten beitragen.

5% der Schlaganfälle können derzeit österreichweit lysiert werden.

15% der Schlaganfälle haben als Ursache eine intracerebrale Blutung.

Die Stroke Unit des lokalen Schwerpunktkrankenhauses ist seit über 1 Jahr mit 8 Betten in Betrieb. Diese sind meist voll belegt. Die rasche Freimachung eines Bettes durch Verlegung auf die Normalstation ist üblicherweise möglich. Bei Vollbelag ist in Einzelfällen die Weiterleitung des Schlaganfallpatienten per Hubschrauber an die nächste Stroke Unit nötig.

### Notfall TIA

#### (transit.ischämische Attacke):

Am Beginn ist die Abschätzung des Verlaufes mit der eventuellen Entwicklung eines Schlaganfalles kaum möglich. Aspirin 100mg wird in den EBM-Guidelines in jedem Fall empfohlen. Der Vorstand der neurologischen Fachabteilung sieht entsprechend geltenden internationalen Kriterien in einer vorausgehenden laufenden Aspirinmedikation keine Kontraindikation für eine Lyse bei ischämischem Insult. Von einer Aspiringabe als Akutmedikation bei Schlaganfall rät er jedoch ab. Bei klarer TIA ist Dipyridamol/ASS als Asasantin ret.200mg 2x1 die erste Wahl. Clopidogrel (Plavix) ist die 2. Wahl. Statine sind bei TIA laut den EBM-Guidelines bei zusätzlich vorliegender KHK oder peripherer Gefäßerkrankung auch bei normalen Lipidwerten indiziert! (entgegen den EKO-Richtlinien).

Die Versorgung von neurologischen Problemfällen im Krankenhaus ist auf Grund von vollem Terminkalender immer wieder schwierig. Über eine zentrale Anmeldestelle werden für einige Spezialambulanzen der Neurolog.Abteilung die Termine vergeben. Wenn dringend ein Ambulanztermin benötigt wird, ist direkte telefonische Kontaktaufnahme hilfreich.

Eine Zusammenstellung der einzelnen Ambulanzschwerpunkte und die jeweiligen Ambulanzzeiten wird der Abteilungsleiter an den Qualitätszirkel übermitteln.

Zum Abschluss wurde einhellig festgestellt, dass diese Gesprächsrunde für beide Seiten – Hausärzte wie Fachabteilung – wichtige Informationen gebracht hatte und die zukünftige Zusammenarbeit dadurch wesentlich besser gelingen kann.

## Veranstaltungen

➤ **5.-6. Oktober 2007**

### 2. DONAU-SYMPOSIUM ALLGEMEINMEDIZIN

**Termin:** 5.-6. Oktober 2007

**Ort:** Donau-Universität Krems, Kolping Campus, Alauntalstraße 95-97, 3500 Krems

#### Infos und Anmeldung:

Wiener Medizinische Akademie, Christian Linzbauer, Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel. +43/1/405 13 83-17, Fax +43/1/407 82 74, donausymposium@medacad.org

➤ **9. Oktober 2007**

### FORTBILDUNGS- VERANSTALTUNG:

#### SPEZIFISCHE IMMUNTHERAPIE – NEUE MÖGLICHKEITEN IN DER ALLERGIEBEHANDLUNG

**Termin:** Dienstag, 9. Oktober 2007, 19:30 Uhr

**Ort:** Hotel Regina, Rooseveltplatz 15, 1090 Wien

**Referenten:** Dr. Renate HOFFMANN-DORNINGER, Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien Univ.Do. Dr. Felix WANTKE, Wilhelminenspital der Stadt Wien

#### Infos und Anmeldung:

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

**Download Einladung und Anmeldeformular:** [www.oegam.at](http://www.oegam.at)