

## Editorial

### Aus Sicht einer Turnusärztin: Warum Facharzt für Allgemeinmedizin?

Dr. Silke Farthofer



**D**ie österreichische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin besteht aus einer mindestens 3 Jahre dauernden Turnusausbildung im Krankenhaus, wobei derzeit keine verpflichtende Ausbildung in einer niedergelassenen Hausarztpraxis vorgesehen ist. Diese stiefmütterliche Behandlung des Faches Allgemeinmedizin ist nicht mehr tragbar und wirkt im internationalen Vergleich antiquiert.

In keinem anderen Fach wäre es denkbar, dass die Ausbildungszeit nicht die fundamentalen Erfordernisse der jeweiligen Disziplin enthält. Es ist kaum vorzustellen, dass ein Chirurg, der noch nie einen Operationsaal von innen gesehen hat, seine Facharztausbildung erfolgreich abschließen kann. Dieser Missstand findet aber in übertragenem Sinn derzeit in der Ausbildung vieler junger Turnusärztinnen statt. Es sind nur wenige junge Kolleginnen und Kollegen, die während der Ausbildung zum Allgemeinmediziner eine Lehrpraxis absolvieren können. Nur die zusätzliche Absolvierung einer Lehrpraxis ermöglicht eine bedarfsgerechte Ausbildung der jungen Allgemeinmedizinerinnen. Nur in diesem Umfeld wird man ausreichend mit Fragestellungen der Primärversorgung konfrontiert und ein praktisch orientiertes Lernen ist ausgezeichnet möglich. Die Effektivität der Lehrpraxisausbildung in Österreich ist durch zahlreiche aktuelle Umfragen unter der Ärzteschaft belegt worden und somit gilt es, diese Ausbildung allen zukommen zu lassen, die in Zukunft in der Allgemeinmedizin arbeiten wollen.

Nach 3 Jahren Turnus im Krankenhaus hat man wohl einen guten Überblick über die Medizin der Sekundärversorgung, doch notwendige Fertigkeiten der allgemeinmedizinischen Routine werden nicht vermittelt. Hierbei bestehen z.B. Ausbildungsdefizite im allgemeinen Praxismanagement und ferner werden kaum Kenntnisse über eine strukturierte Grundversorgung von chronisch Kranken vermittelt.

Die Einbindung der Lehrpraxis in die Facharztausbildungszeit ist unumgänglich und dabei sind mindestens 18 Monate Lehrpraxis notwendig. Dabei ist eine adäquate finanzielle Honorierung unbedingt erforderlich, denn das Engagement in einer Lehrpraxis darf nicht wie derzeit als finanzielle Bestrafung ausgelegt sein. Zudem müssen die Lehrinhalte im Rahmen der Facharztausbildung verbindlich festgelegt werden und es sind Strukturen erforderlich, die eine mangelnde Umsetzung korrigieren lassen.

Als Folge der Umstrukturierungen an den österreichischen Universitäten wird Allgemeinmedizin als eigenes Fach unterrichtet und somit muss die Adaptierung der postpromotionellen Ausbildung, d.h. Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin, eine logische Folge sein.

Durch die Etablierung der Institute für Allgemeinmedizin an den österreichischen Universitäten wächst auch die Forschungsaktivität im Bereich Primärversorgung, was wiederum der Professionalisierung des Faches Allgemeinmedizin und letztendlich der Sicherung des österreichischen Gesundheitssystems dienen soll.

# Reisefieber, Fernweh –

Fernreisen sind für viele erschwinglich geworden. Der erhöhte CO<sub>2</sub>-Ausstoß im Flugverkehr kümmert kaum jemanden, eher noch die Gefahr von Krankheiten, die man aus exotischen Gegenden mitbringen könnte.

In einer im „New England Journal of Medicine“ erschienenen Arbeit<sup>1</sup> wird berichtet, dass 8% der Reisenden in südliche oder weniger entwickelte Länder entweder noch im Land oder nach der Rückkehr so krank werden, dass sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Welche Erkrankungen sind bei Rückkehrern aus solchen Reisedestinationen tatsächlich häufig und ist das Krankheitsspektrum von Region zu Region unterschiedlich?

## Die Studie im Detail

Dem Netzwerk von 30 GeoSentinel Surveillance Sites gehören medizinische Einrichtungen an, die auf Reise- und Tropenkrankheiten spezialisiert sind. Diese Kliniken befinden sich in Europa (zu 49%), den USA/Kanada (33%), Israel (8%), Australien/Neuseeland (8%) und anderen Ländern (3%).

Im Zeitraum von Juni 1996 bis August 2004 wurden in die Studie 17.353 Patientinnen und Patienten aufgenommen, die sich in folgenden Regionen aufgehalten hatten: Mittelamerika, Karibik, südliches Afrika, Südostasien, Südzentralasien, andere Entwicklungsländer (in Westasien, Nordostasien, Osteuropa, Ozeanien, Nordafrika, Antarktis). Für die Behandelnden stand eine Liste von 524 Krankheitscodes, die sich auf 21 Gruppen von Erkrankungen verteilten, zur Auswahl. War eine bestimmte Krankheit sehr wahrscheinlich, weil das klinische Bild, der Ausschluss konkurrierender Krankheiten und das Ansprechen auf bestimmte Medikamente ganz für das „Bild“ dieser Krankheit sprachen, dann wurde diese Bildklassifizierung (nach Braun<sup>2</sup>) auch unter der betreffenden Diagnose registriert. Bestätigte („confirmed“) Diagnosen gab es beispielsweise bei den fieberhaften Erkrankungen bei Malaria (zu 98,2%), *Campylobacter* (98,1%), Shigellen (100%), *Cyclospora* Infektion (100%), Dengue (82,6%) und Tickborne Rickettsial Disease (nur 62,6%).

Zu den häufigsten Krankheitsgruppen zählten fieberhafte Erkrankungen (23%), akute Durchfallerkrankungen (22%), Hautleiden (17%) und chronische Durchfallerkrankungen (11%). Die restlichen Gruppen waren mit < 10% vertreten. Bei der Auswertung nach Regionen gab es bei 15 der 21 Krankheitsgruppen signifikante Unterschiede in den Fallhäufigkeiten:

Fieberhafte Erkrankungen dominierten in Afrika südlich der Sahara und in Südostasien im Gegensatz zu Zentralasien, wo die Durchfallerkrankungen überwogen. Hautkrankheiten wurden seltener bei Afrika- und Zentralasienreisenden gesehen, häufiger bei Mittel- und Südamerikareisenden und Rückkehrern aus der Karibik.

Mit welchen Krankheiten muss insbesondere in den Gruppen mit großer Fallzahl gerechnet werden? Sowohl die spezifischen Ätiologien als auch der Anteil der unspezifischen Erkrankungsfälle finden sich – bezogen auf die Regionen – in Tabelle 1.

**Tab. 1: VEREINFACHTE DARSTELLUNG SPEZIFISCHER ÄTIOLOGIEN UND DER ANTEILE UNSPEZIFISCHER ERKRANKUNGSFÄLLE**

	Caribbean	Central America	South America	Sub-Saharan Africa	South Central Asia	Southeast Asia	Other or multiple Regions
<b>Systemic febrile illness (n = 3.907 = 100%)</b>							
(%) Specific pathogen or cause reported	<b>46</b> Dengue (23,8%) Mononucleosis (7%) Malaria (6,5%) Salmonella typhi/paratyphi (2,2%) Rickettsial infection (tickborne) (0%)	<b>53</b> Malaria (13,3%) Dengue (12,3%) Mononucleosis (6,9%) Salmonella typhi/paratyphi (2,5%) Rickettsial infection (tickborne) (0%)	<b>45</b> Dengue (13,8%) Malaria (13,3%) Mononucleosis (7,9%) Salmonella typhi/paratyphi (1,7%) Rickettsial infection (tickborne) (0%)	<b>72</b> Malaria (62,2%) Rickettsial infection (tickborne) (5,6%) Mononucleosis (1%) Dengue (0,7%) Salmonella typhi/paratyphi (0,7%)	<b>52</b> Dengue (14,2%) Salmonella typhi/paratyphi (14,1%) Malaria (13,9%) Mononucleosis (1,7%) Rickettsial infection (tickborne) (1%)	<b>55</b> Dengue (31,5%) Malaria (13%) Mononucleosis (3,2%) Salmonella typhi/paratyphi (2,6%) Rickettsial infection (tickborne) (1,6%)	<b>45</b> Malaria (23,4%) Mononucleosis (6,3%) Dengue (3,5%) Rickettsial infection (tickborne) (2,4%) Salmonella typhi/paratyphi (2,4%)
(%) No specific cause reported	<b>54</b>	<b>47</b>	<b>55</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>45</b>	<b>55</b>
<b>Acute diarrhea (n = 3.859 = 100%)</b>							
<b>Parasitic diarrhea</b>	<b>28,3</b>	<b>40,3</b>	<b>36,8</b>	<b>35,3</b>	<b>45,3</b>	<b>26,2</b>	<b>32,3</b>
<i>davon</i>							
Giardiasis	13,2	13,6	15,8	17,7	28,6	11,8	13,2
Amebiasis	10,5	15,5	14,2	13,8	10,3	7,4	13,5
<b>Bacterial diarrhea</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>25,3</b>	<b>25</b>	<b>29,4</b>	<b>36,9</b>	<b>22,7</b>
<i>davon</i>							
<i>Campylobacter</i>	4,6	3,2	9,0	7,3	8,7	18,0	5,7
Shigella infection	3,7	2,6	4,1	4,6	6,1	2,6	3,4
Salmonella (nontyphoid)	2,7	1,3	1,4	2,9	1,2	5,6	3,0
<b>Viral diarrhea</b>	<b>2,2</b>	<b>3,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>
<b>Unspecific acute diarrhea</b>	<b>45,7</b>	<b>37,7</b>	<b>37,6</b>	<b>39,7</b>	<b>28,9</b>	<b>39,3</b>	<b>45,1</b>

# und andere Leiden

## Fieber

Mit Ausnahme von Reisenden, die aus dem südlichen Afrika kamen, wo die Malaria den Löwenanteil ausmacht, blieben die Fieberfälle zu rund der Hälfte uncharakteristisch. Zu den am häufigsten diagnostizierten spezifischen fieberhaften Erkrankungen zählte neben der Malaria, die es in allen Reisedestinationen gab, das Denguefieber, das man sich vor allem in Südostasien, aber auch in der Karibik holen kann. Die Rickettsien gab es bei Rückkehrern aus Amerika gar nicht.

## Magen-Darm-Erkrankungen

Die Gruppe der akuten Durchfallerkrankungen umfasste 3.859 Fälle. Die Parasiten dominierten (35%), und zwar besonders Giardiasis in Südzentralasien. Amöben waren etwas häufiger in Süd- und Mittelamerika. Bei den bakteriellen Erregern (27%) gab es besonders in Südostasien *Campylobacter*, auch *Salmonellose*-fälle waren hier vermehrt vertreten, Shigellen eher in Südzentralasien. Bei 38% der akuten Durchfallfälle wurden keine spezifischen Erreger gefunden.

In der Gruppe der Magen-Darm-Erkrankungen ohne Durchfall (n = 1.421) dominierten überall Wurmerkrankungen (*Strongyloides*, *Ascaris*) zu etwa 20–30%. Hepatitis zählte man zu 20% bei Südzentralasienreisenden, während andere Länder mit knapp 10% zu finden waren.

## Hauterkrankungen

Insgesamt wurden 2.947 Fälle von Hautproblemen registriert. Insektenstiche dominierten bei Mittelamerikareisenden, bei Leishmanien führte Südamerika, Cutaneous Larva Migrans wird häufig nach Aufenthalt in der Karibik gesehen, Hautabszesse dagegen mehr nach Afrika- und Asienreisen. Als besonders tollwutgefährdet wurden Tierbisse in Asien angesehen. Bei den unspezifischen Hautre-

aktionen (allergischen Reaktionen, unspezifischem Exanthem) gab es kaum Häufigkeitsunterschiede.

## Und die anderen Krankheiten?

Von den klassischen Tropenkrankheiten, die man für Prüfungen lernen muss, wie Schistosoma, Brucellose, Leptospirose, Zystizerkose, Filariasis, Histoplasmose, Echinokokken wird berichtet, dass die Fallzahlen zu klein waren, um regionale Unterschiede herauslesen zu können. Manche Krankheiten finden sich in der Datenbank des Netzwerkes überhaupt nur sporadisch oder gar nur ein einziges Mal:

Japanenzephalitis, Rift Valley Fever, Ebolavirus, Polio, Tetanus, Diphtherie, Amöbenmeningoenzephalitis, Anthrax, Cholera, Hantavirus, afrikanische Trypanosomiasis, Legionellose, Meningokokkenmeningitis, Ross River Virus, Angiostrongylus-cantonensis-Befall.

In der Studie wird eingeschränkt, dass es sich bei der Erhebung um keine umfassende „epidemiologic analysis of all illness in all travelers“ handle und dass harmlose Gesundheitsstörungen, die üblicherweise in der Primärmedizin versorgt werden, wahrscheinlich unterrepräsentiert sind, ebenso auch Fälle, die wegen perakuter schwerer Verläufe meist im nächstgelegenen Spital landen. Außerdem wird vermutet, dass Erkrankte mit Sexually Transmitted Diseases oder AIDS-Symptomen eher andere als die auf Reise- und Tropenkrankheiten spezialisierten Einrichtungen kontaktierten.



© Andrejs Priglas - FOTOLIA

## Hausarztpraxis

Das Fernweh zieht Menschen in Länder, wo klimabedingt andere Krankheiten vorkommen, wo niedrigere Hygienestandards herrschen. Auch wir Primärversorgende können von Leuten aufgesucht werden, die möglicherweise eine Krankheit eingeschleppt haben. Erschwerend in der Diagnostik ist, dass wir für diese „exotischen“ Krankheiten in den allermeisten Fällen keine Kennerschaft besitzen. Das Darandenken und die Frage nach Reisen ist besonders wichtig bei Fiebernden. Ein eigenes diagnostisches Programm widmet sich den verschiedensten möglichen Krankheiten bei „Tropenrückkehrern“.<sup>3</sup>

Waltraud Fink

<sup>1</sup> Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE et al. for the GeoSentinel Surveillance Network (2006). Spectrum of Disease and Relation to Place of Exposure among ill returned Travelers. N Engl J Med 2006; 354; 2 January 12: 119-130

<sup>2</sup> Braun RN, Fink W, Kamenski G (2007). Lehrbuch der Allgemeinmedizin – Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn

<sup>3</sup> Braun RN (1976). Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien. Überarbeitete Neuauflage: Braun RN, Mader FH (2005). Programmierete Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg



**Das Redaktionsteam:** Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, 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 • www.oegam.at

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



# Einmal mehr D-Dimere?

Wie viele andere Labortests auch trägt die Bestimmung der D-Dimer-Konzentration im Blut entscheidend zu Diagnose und Management einer potenziell tödlichen Krankheit bei. Der erfolgreiche Einsatz dieses Labortests setzt allerdings einige Kenntnisse voraus, angefangen mit der Indikation, nämlich primär dem Ausschluss von thromboembolischen Ereignissen, v.a. tiefen Beinvenenthrombosen und Lungenembolien. Wichtig in der Präanalytik ist eine Blutentnahme ohne Gerinnungsaktivierung. Durch den Einsatz eines klinischen Scores, wie z.B. desjenigen von Miron, kann die Prätestwahrscheinlichkeit abgeschätzt werden, was die Beurteilung des Resultates erleichtert. Bei der Messung muss die validierte interne Qualitätskontrolle stimmen, eine Überprüfung der Messung durch externe Ringversuche erfolgen und vor allem muss die Messmethode bzw. das Messgerät um den kritischen Entscheidungspunkt, der meistens bei 500 ng/ml liegt, ausreichend genau sein. Mit anderen Worten: Streut die Messung gerade um diesen kritischen Wert, so werden erwartungsgemäß zu viele falschpositive oder aber falschnegative Resultate erhoben. Und letztlich muss man zur Beurteilung des Resultates wissen, dass chronisch-entzündliche und postoperative Zustände sowie eine fortgeschrittene Schwangerschaft die D-Dimer-Werte im Sinne einer Akutphasenreaktion unspezifisch ansteigen lassen. Der integrativ geschätzte negative prädiktive Wert (Posttestwahrscheinlichkeit) hilft mit bei der diagnostischen und therapeutischen Entscheidung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass quantitative D-Dimer-Bestimmungen bei Verdacht auf thromboembolische Ereignisse eine äußerst wertvolle diagnostische Hilfe darstellen, sofern oben beschriebene Kontrollparameter klar beachtet werden. So können tatsächlich unnötige Venendoppler-/Ultraschalluntersuchungen, Spiral-CTs und weitere Maßnahmen eingespart werden. Die Kosten-Nutzen-Analyse spricht klar für eine Anwendung der D-Dimer-Bestimmung im Praxislabor des Hausarztes.

Quelle: PrimaryCare 2005; 5: Nr. 14; Andreas R. Huber, Präsident SULM, Dr. Markus Hug, Präsident Praxislaborkommission KHM

## Anmerkung des ÖGAM-Redaktionsteams:

Zum Abschluss des Originalartikels folgt ein Text, in dem die Honorierung dieser Laborleistung in der Hausarztpraxis für die Schweiz gefordert wird. Dieser Forderung der Schweizer Kollegen können wir uns nur anschließen, da die Sinnhaftigkeit und Kostenwirksamkeit der Untersuchung unbestreitbar ist (s. dazu auch die Artikel „Pulmonalembolie“ und „Tiefe Venenthrombose“ mit den dazugehörigen Evidence Summaries in „EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin“).

Derzeit ist die Verwendung in der Allgemeinpraxis allerdings nicht nur durch die fehlende Verrechnbarkeit des Parameters erschwert, sondern auch dadurch, dass nur vollkommen unwirtschaftliche Packungsgrößen für die semi-quantitative Bestimmung erhältlich sind bzw. eine nicht geringe Summe in ein Laborgerät zur quantitativen Bestimmung investiert werden muss. Daher wäre auch eine entsprechende Initiative der Industrie äußerst begrüßenswert.

## Veranstaltungen

➤ **22.-24. November 2007**

### 38. KONGRESS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN IN GRAZ: TANZ DER HORMONE – DER PATIENT MIT HORMONELLEN STÖRUNGEN IN DER ALLGEMEIN-PRAXIS

**Ort:** Stadthalle Graz

**Veranstalter:** Steirische Akademie für Allgemeinmedizin

**Ansprechpartner:**

Barbara Fath,  
Pestalozzistraße 62,  
8010 Graz,  
Tel. 0316/83 21 21,  
barbara.fath@stafam.at

➤ **24. November 2007**

### JAMÖ-WORKSHOP AUF DEM GRAZER KONGRESS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN 2007

**Termin:** 24. November 2007, 9–12 Uhr

**Ort:** Stadthalle Graz

**Veranstalter:** JAMÖ

**Ansprechpartner:**

Barbara Fath,  
Pestalozzistraße 62,  
8010 Graz,  
Tel. 0316/83 21 21,  
barbara.fath@stafam.at

**Präsentation der JAMÖ:** Dr. med. Silke Farthofer, Turnusärztin, Zwettl/Niederösterreich

**Präsentation des Europäischen Netzwerkes für junge Allgemeinmediziner/innen (Vas da Gama Movement):** Dr. med. Eckart Blauth, Assistenzarzt/Allgemeinmediziner, Deutschland

**Erstellung eines individuellen Karriereplanes im Fach Allgemeinmedizin:** Dr. med. Andreas Rinnerberger, Allgemeinmediziner, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin/PMU Salzburg

**Kurzvorstellung des Med-Cross-Mentoring Programms für Mediziner/innen:** Bettina Stein, Leiterin des BIC (Bildungszentrum für Akademiker) Steiermark

**Impulsreferat „Der Weg zur AM-Kassenpraxis im Bundesländervergleich“:** Dr. med. Ulrich Busch, Allgemeinmediziner, Niederösterreich