

Editorial

Über das Gesundheits-Wesen

Dr. Susanne Rabady,
Ärztin für Allgemeinmedizin,
1. Vizepräsidentin der ÖGAM



Jeder Arzt, der im öffentlichen Gesundheitssystem zugelassen ist, muss **unabhängig von seiner Fachausbildung** bereit sein, für seine Patienten die Primärarztrolle zu übernehmen, wenn der Patient das wünscht – wobei die Rolle des Primärarztes als Lotse, Koordinator, Teamleader, Case- und Disease-Manager definiert und mit der Mitübernahme von Verantwortung und verpflichtender Dokumentation nach Maßgabe eines (implizit als gegeben angenommenen) „Public Health Institutes“ verbunden wird. So zu lesen bei Korosec/Pichlbauer in „Gesunde Zukunft“, das sich als „Diskussionsgrundlage zu neuen Strategien im Gesundheitswesen“ versteht. Diskussionsbedarf besteht offensichtlich und die im Untertitel geäußerte Diskussionsbereitschaft sollten wir nutzen.

Der zitierte Satz impliziert, dass die Funktion eines Primärarztes eine ziemlich einfache Sache ist, die man nicht lernen muss, die jeder Arzt, unabhängig von seiner Ausbildung, wahrnehmen kann. Er impliziert auch, dass diese Funktion keine ärztliche mehr ist, sondern eigentlich nur noch im Verwalten und Steuern von Abläufen besteht, die natürlich einen gewissen Patientenkontakt, aber keine Arzt-Patienten-Beziehung mehr und nur sehr eingeschränkte medizinische Kompetenz voraussetzen.

Jedem hausärztlich tätigen Allgemeinarzt stockt angesichts einer solchen Vision vermutlich der Atem: wissend, wie komplex und umfassend, wie medizinisch vielfältig und schwierig diese Primärversorgung ist, wie zentral die Langzeitbeziehung zum Patienten und wie hochkompliziert und aufwendig Betreuung und Behandlung von Multimorbiden – allesamt Domänen des generalistisch tätigen Allge-

meinarztes. Gleichzeitig werden gewisse Zögerlichkeiten hinsichtlich der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin nachvollziehbar: Wenn das Bild von dieser Funktion so einfach wahrgenommen wird, wozu dann auch eine spezielle Ausbildung dafür ...

An dieser und vielen anderen Stellen wurde schon häufig und detailliert dargestellt, was die Funktion des hausärztlichen Primärarztes ist – und sein muss, wenn eine hochwertige Patientenversorgung angestrebt wird – und welche Schritte dafür erforderlich sind.

Natürlich ist der oben zitierte Satz nur einer von vielen, auch vielen tatsächlich zukunftsweisenden in diesem Buch, das sei in aller Ausdrücklichkeit vermerkt. Aber willkürlich herausgegriffen ist er nicht. Ich halte ihn für symptomatisch für den Zugang, den nichtärztliche oder nicht praktisch tätige ärztliche „Experten“ zum Gesundheitssystem immer wieder präsentieren:

Sie interpretieren das Gesundheitswesen ausschließlich als System und denken im Rahmen von Modellen zur Systemorganisation darüber nach – letztlich sind diese allesamt aus industriellen Zusammenhängen entlehnt und werden mit der entsprechenden Unpersönlichkeit und institutionalisierten Kälte präsentiert.

In unserem patientenorientierten Verständnis ist das Gesundheits-Wesen aber eben auch ein Wesen, nicht nur ein System, sondern lebendig – für, mit und durch die Patienten. Wir sind wie immer gerne bereit, die Diskussion über die tatsächlichen Aufgaben des Hausarztes weiterzuführen, und können nur hoffen, auf offene Ohren, Köpfe und Gemüter zu treffen.

Palliative Care in der Geriatrie

Palliative Care hat sich bei der Betreuung von Krebspatienten im Endstadium etabliert. Doch immer mehr wird uns bewusst, dass auch unsere geriatrischen Patienten an unheilbaren chronisch-progredienten Erkrankungen leiden und schließlich sterben und daher nach den Grundzügen der Palliative Care betreut werden sollten.

Ab wann ist Palliative Care notwendig?

Häufige progrediente und unheilbare und zum Tod führende Krankheiten des älteren Menschen sind

- schwere degenerative Veränderungen des Bewegungsapparats wie Arthrosen, degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule und Osteoporose (erhöhte Mortalität vor allem durch Sturz und Immobilisierung)
- chronische Herzinsuffizienz
- chronische Lungenerkrankungen, vor allem COPD
- chronische neurologische Erkrankungen wie M. Parkinson und die Folgen von Insulten
- progrediente Demenzerkrankungen

Diese Krankheiten entsprechen also den Kriterien für Palliative Care. Im Unterschied zu Krebserkrankungen, bei denen eine klare Schwelle von kurativer und palliativer Therapie definiert ist, gibt es beim älteren Patienten meist einen fließenden Übergang zwischen kurativer und palliativer Therapie (Abb. 1). Oft ist der Verlauf langsamer und die Prognose unsicher. Sicher ist nur, dass die Patienten durch eine symptomorientierte Behandlung, allem voran eine optimale Schmerztherapie, sehr an Lebensqualität gewinnen können.

Schwierige Entscheidungen im Krankheitsverlauf

Typischerweise treten im Krankheitsverlauf geriatrischer Patienten Krisen auf, die uns Ärzte oft vor schwierige Entscheidungen stellen. Welche Abklärungen sind noch zielführend? Welche Therapien sind zumutbar? Wie kann ab-

gewogen werden zwischen einem möglichen Gewinn an Lebenszeit bei hohem Risiko und einer oft schlechteren Lebensqualität bei maximaler Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten – Beispiel Tumorerkrankung bei multimorbidem Patienten?

Folgende Fragen können eine Entscheidungshilfe sein:

- Wie ist der Patientenwille?
- Ist die geplante Untersuchung oder Therapie dem Patienten überhaupt zumutbar?
- Wie sind die Erfolgsaussichten aus der Sicht des Patienten?

Erich Loewy, Professor für Bioethik, sagt: „*Es ist schwer zu wissen, was die Patienten wollen ... erheblich leichter ist es jedoch, sich ein Bild zu machen, was die Patienten nicht wollen*“

Und was wollen unsere Patienten nicht?

Sie wollen keine Schmerzen und anderen belastenden Symptome haben. Meist möchten sie nicht alleingelassen werden und sie wollen ernst genommen werden. Oder wir stellen uns die Frage: „Was müssen wir tun und was dürfen wir tun?“

Laut einer japanischen Studie aus dem Jahr 2000 wurden Patienten mit Demenz noch zu 25% reanimiert. Ist das ein würdevolles Sterben?

Palliative Care in den letzten Tagen und Stunden

Auch am Lebensende des Patienten hilft uns eine möglichst gute Einschätzung der Situation.

Wann ist der Patient als sterbend anzusehen? Hier einige Kriterien:

- leidet an einer fortgeschrittenen progressiven Krankheit mit schlechter Prognose
- ist bettlägrig, extrem geschwächt
- ist stark verwirrt oder bewusstlos
- isst und trinkt immer weniger
- zeigt immer weniger Interesse für seine Umgebung und sein Leben

- es treten lebensbedrohliche Komplikationen auf

Wenn viele dieser Punkte zutreffen und der Arzt auch in Absprache mit der Pflege zum Schluss kommt, dass dieser Patient sterbend ist, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass er in den nächsten Stunden bis Tagen sterben wird.

Nun sollte eine klare Umstellung der Behandlung und Betreuung erfolgen:

- Information an alle Beteiligten
- unnötige Medikamente absetzen
- unnötige Maßnahmen absetzen
- die Pflege auf das reduzieren und fokussieren, was unmittelbar nützt
- es muss für die Kontinuität der Fürsorge für den Sterbenden und die Angehörigen gesorgt werden

Erreichbarkeit rund um die Uhr

Das Team steht der Familie „24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche“ zur Verfügung. Um das zu bewältigen, sind besonders bei der hausärztlichen Betreuung neue Formen der Zusammenarbeit zu finden. Mein Ansatz ist das kleine lokale und temporäre Palliativteam bestehend aus Kollegen und der Hauskrankenpflege. In Zukunft kann das vielleicht noch durch die mobilen Palliativteams verstärkt werden.

Ein oft kontroversiell diskutiertes Thema ist die Flüssigkeitssubstitution in der Finalphase

Pro:

- Wie sicher sind wir, dass sich der Patient in der Finalphase befindet?
- Wenn der Patient exsikkiert ist, können Unruhe, Bewusstseinsstörungen und Muskelkrämpfe die Folge sein.

Kontra:

- Ist nicht notwendig, weil Durst meist nicht wegen der Austrocknung, sondern wegen der trockenen Schleimhaut bei Mundatmung entsteht. Das kann nur durch gute Mundpflege verbessert werden.

e aus der Sicht des Hausarztes

- Evidenzbasierte Daten fehlen auch hier wie bei vielen anderen Fragen der Palliative Care bei Hochbetagten.
- Parenterale Flüssigkeitszufuhr kann zu peripheren Ödemen und Wassereinlagerung in der Lunge führen und so Atemnot oder Todesrasseln begünstigen.

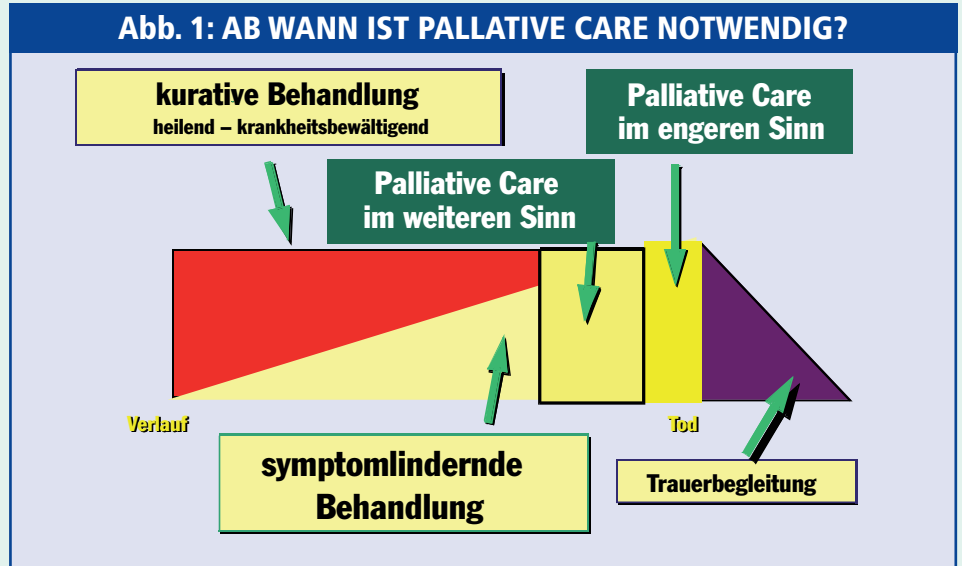
Die parenterale Flüssigkeitssubstitution durch Subkutaninfusion ist bei der Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim eine ausgezeichnete Alternative zur intravenösen Infusion.

Sie ist wirksam, unkompliziert und ungefährlich. Einen sehr pragmatischen Standpunkt vertritt Prof. Daniel Grob, Chefarzt für Akutgeriatrie in Zürich: Er ergänzt durch subkutane Infusion die orale Flüssigkeitsaufnahme auf ca. 1 l pro Tag.

Wie alle medizinischen Maßnahmen kann auch die Infusionsbehandlung wieder abgesetzt werden. Zum Beispiel bei Überwässerung, wenn der Patient absehbar rasch sterbend ist und bei terminaler Bewusstlosigkeit.

Medikamente für die letzten Tage

- Morphin (Vendal®): für Schmerzen und/oder Dyspnoe
- Haloperidol (Haldol®): opiatinduzierte Emesis (eine minimale Gabe von Haldol® verhindert verlässlich opiatinduzierte Übelkeit), in höherer Dosierung bei Unruhe, Agitation
- Midazolam (Dormicum®): bei Angst, Unruhe, Panik, zur Schlafinduktion
- Glycopyrronium (Robinul®)
- Butylscopolamin (Buscopan®): bei Todesrasseln (Death Rattle)



Alle diese Medikamente sind gut waserlöslich und deshalb subkutan verabreichbar.

(Praktischer Tipp: Subkutane Butterflykanüle legen, kann einige Tage belassen werden, erleichtert auch das Delegieren der Medikamentenverabreichung, Achtung: Nachspülen bei den geringen Volumina nicht vergessen!)

Dosierungen:

- Morphin (Vendal®) bei opiatnaiven Patienten 5–10 mg 4–6-stündlich, bei vorbestehender Morphintherapie Steigerung um 50% der Dosis pro Tag, Bolusgabe ca. ein Sechstel der Tagesdosis
- Haloperidol (Haldol®) bei Opiatnaiven 0,5–1 mg 1–2x/Tag, bei Unruhe bis 5 mg
- Midazolam (Dormicum®) 2,5–5 mg mehrmals täglich möglich, abends schlafanstoßend
- Glycopyrronium (Robinul®) 0,2 mg 6-stündlich bzw. 0,6 mg/d s.c.
- Butylscopolamin (Buscopan®) 20–40 mg/Tag

Stein Husebø (Bergen, Norwegen), ein Pionier der Palliative Care in der Geriatrie, berichtet, dass über 85% der Opiatgaben während der letzten 24 Stunden des Lebens verabreicht werden. Das heißt, sehr viele auch hochbetagt Sterbende leiden an Schmerzen oder Dyspnoe. Das friedliche Entschlafen ist eben nicht selbstverständlich, es muss von uns ermöglicht werden.

Zusammenfassung

- Die Standards für Palliative Care gelten auch in der Geriatrie!
- Der Hausarzt spielt im Team eine zentrale Rolle.
- Über sein Fachwissen hinaus braucht er auch Empathie, kommunikative Kompetenz, den Respekt vor der Patientenautonomie und Teamfähigkeit, um dieser Aufgabe gewachsen zu sein.

Literatur beim Verfasser

Dr. Siegfried Hartmann,
Arzt für Allgemeinmedizin, Rankweil



Das Redaktionsteam: Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabaday, 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
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.



ögam

Österreichische Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

www.oegam.at



WINTERTAGUNG 2008

7. Österreichische Wintertagung für Allgemeinmedizin

19.–26. Jänner 2008, Hotel Rote Wand, Lech am Arlberg, Ortsteil Zug

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Im Jänner 2008 findet die Wintertagung der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin mittlerweile zum 7. Mal statt. Von Anfang an war es das Ziel dieser Veranstaltung, relevante Themen aus dem klinischen Alltag der medizinischen Primärversorgung und aktuelle Entwicklungen aus Forschung und Lehre der Allgemeinmedizin aufzugreifen und den Referenten und Teilnehmern für deren gründliche Analyse sowie für deren Diskussion im internationalen Kontext außergewöhnlich geeignete Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen.

Die Evaluierungen der bisherigen Veranstaltungen durch die Teilnehmer haben diesem qualitätsorientierten Fortbildungskonzept ein überaus positives Zeugnis ausgestellt. Wir fühlen uns daher bestärkt, Sie auch zur Veranstaltung im Jänner 2008 einzuladen und freuen uns auf Ihre Anmeldung.

**Vorprogramm und Anmeldeformular zur Wintertagung 2008 können Sie anfordern im ÖGAM Sekretariat:
ÖGAM Sekretariat, Christian Linzbauer,
Alser Strasse 4, A-1090 Wien, Tel.: 0043 1 405 13 83-17, E-Mail: office@oegam.at**

Erwin Rebhandl
Präsident der ÖGAM

Manfred Maier
Wissenschaftlicher Leiter

Die Fortbildungsstunden werden für das
Diplomfortbildungsprogramm (DFP) der
Österreichischen Ärztekammer anerkannt.

