

ögam NEWS

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

Editorial

Wintertagung 2008 – war das ein Erlebnis!

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier,
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Zentrum für Public Health,
Medizinische Universität Wien



© Scheinast

Diese Überschrift verdient meiner persönlichen Einschätzung nach die diesjährige, nunmehr schon 7. Wintertagung der Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Während die Betreuung in Lech im Hotel „Rote Wand“ und die kollegial-gelöste, nette Atmosphäre unter den Teilnehmern mit zahlreichen fachlichen Diskussionen mittlerweile zu den garantierten Qualitäten dieser Tagung zählen, ist die Gestaltung des wissenschaftlichen Programms jedes Jahr ein gewisser Unsicherheitsfaktor. Nicht so dieses Mal!

Schon der Beginn der Tagung hob sich deutlich von üblichen Festvorträgen im Zuge einer Kongresseröffnung ab: Dr. Michael Peintinger, allseits bekannt für seine Kompetenz und sein Engagement für das Thema Ethik in der Medizin, erörterte die Zielsetzungen der Patientenverfügung, die Entwicklung des entsprechenden Gesetzes und dessen Implementierung, wobei er sich im Besonderen der Relevanz im Bereich der Grundversorgung widmete. Die damit unvermeidlich verbundenen juristischen Fragen griff am folgenden Tag Univ.-Prof. Dr. Erwin Bernat auf und erweiterte sie um die vielen Facetten der Verschwiegenheitspflicht des Arztes. Anhand von konkreten Beispielen wurden dabei die vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten der relevanten Gesetzesstellen zum Thema Datenschutz offenkundig. Prof. Bernard Gay aus Frankreich berichtete über rezente Entwicklungen im Gesundheitssystem und der Grundversorgung seiner Heimat und erarbeitete mit den Zuhörern im Workshopstil wichtige Grundlagen zur Schulung von Patienten – ein Thema, das in Anbetracht der anlaufenden Disease-Management-Programme (Diabetes) auch in Österreich sehr aktuell ist. Der derzeitige Präsident der DEGAM, Prof. Michael Kochen aus Göttingen, legte überzeugend und motivierend dar, wie wichtig die Forschung in der Praxis des niedergelassenen Arztes für unser Fach und für die Verbesserung der Patientenversorgung

ist. Im Verlauf der Woche wurden weitere überaus praxisorientierte Fragen und Probleme aufgegriffen. Bei den klinischen Themen spannte sich der Bogen von den chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen, zu denen es demnächst einen ÖGAM-Konsensus geben wird, über die Harninkontinenz, die Gefäßerkrankungen, die Alkoholabhängigkeit bis zur Neurodermitis und die zahlreichen Zuhörer hatten mit den durchwegs hochinteressanten und engagierten Vorträgen ihre helle Freude. Ein Höhepunkt aus allgemeinmedizinischer Sicht war die Präsentation von Dr. Eva Mann aus Vorarlberg, die gemeinsam mit ihrem Kooperationspartner aus Deutschland, CA PD Dr. Clemens Becker, ihren Arbeits- und Forschungsschwerpunkt „Stürze im Alltag“ aus dem Bereich der Geriatrie vorstellte. Dazu ist auch unlängst erst eine wissenschaftliche Publikation in dem renommierten Journal „Family Practice“ erschienen – ein gutes Beispiel dafür, dass Forschung in der Praxis möglich und auch erfolgreich sein kann. Beschlossen wurde die Woche mit dem Thema Herzinsuffizienz, welches durch Internist Dr. Reinhold Gilhofer besonders praxisgerecht aufbereitet wurde. Besonderes Interesse fand auch das Rechercheservice Evidenzbasierte Medizin der Abteilung für Allgemeinmedizin der PMU Salzburg (Prof. Dr. Andreas Sönnichsen), das Fragen von Kolleginnen und Kollegen evidenzbasiert beantwortet. Die Rückmeldungen seitens der Anwesenden bestätigten meinen überaus positiven subjektiven Eindruck: Diesmal war die Auswahl der Themen und die Auswahl der Vortragenden wirklich sehr gelungen und alle waren mit großer Freude bei der Sache.

So ist es für mich sicher, dass die 7. Wintertagung der ÖGAM inhaltlich und organisatorisch allen in überaus positiver Erinnerung bleiben wird, und ich freue mich auf 2009!

Hinweis: Nachlese der Vorträge auf www.oegam.at unter Fortbildung/Kongresse.

Kardiovaskuläre Prävention und Risiko

In allen europäischen Ländern haben kardiovaskuläre Erkrankungen nach wie vor eine vorrangige Bedeutung für Morbidität und Lebensqualität, obwohl in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte bei Behandlung und Prävention erzielt wurden. Stand in den 70er-Jahren die wissenschaftliche Beweisführung betreffend die Zusammenhänge zwischen Lebensführung und Wahrscheinlichkeit des Eintretens unerwünschter Ereignisse und damit das Risikobewusstsein im Vordergrund, verlegte sich die Aufmerksamkeit zwischenzeitlich zunehmend auf die praktische Anwendung des Wissens um die Risiken. Dementsprechend wurde auch in Österreich mit der Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung ein Schwerpunkt auf das Erkennen und das Management kardiovaskulärer Risiken gelegt. Eine Lebensstiländerung wurde zum wichtigen Ziel. Sie soll über Risikokommunikation und strukturierte Interventionen erreicht werden. Österreich hat mit diesem Programm europaweit eine Vorreiterrolle übernommen. Die Inanspruchnahme durch die Bevölkerung blieb jedoch unter den Erwartungen. Die Aufnahme des neuen Programms war im ärztlichen Bereich anfänglich kontrovers, was sich inzwischen aber geändert hat. Die Problematik der Risikokommunikation und der präventiven Interventionen wurde inzwischen aber wesentlich bewusster.

Risikowahrnehmung im Vorfeld einer präventiven Konsultation

Die Bereitschaft, Hausärztin oder Hausarzt als Partner für Prävention und Risikomanagement anzuerkennen, hängt einerseits von der Risikowahrnehmung im Vorfeld, andererseits von der Kompetenzzuerkennung ab. Die Risikowahrnehmung ist abhängig von der Eintrittswahrscheinlichkeit einer Krankheit, der Kenntnis von Risikofaktoren, von Verlauf und Heilbarkeit, von der Möglichkeit, pathogene Prozesse selbst zu beeinflussen, von Alter, Haushaltseinkommen, religiö-

sem oder kulturellem Hintergrund, aber auch vom ländlichen oder städtischen Lebensraum. Vieles von der Wissenskomponente bei der Risikowahrnehmung entsteht über die öffentlichen Medien, ein Teil aber als Nebenprodukt von ärztlichen Konsultationen wegen akuter Beschwerden. Die Kompetenzzuerkennung an die Hausärzte hängt ebenfalls von einer Vielzahl von Faktoren ab, in erster Linie aber von erlebten oder berichteten erfolgreichen Konsultationen bei den ärztlichen Partnern.

Risikokommunikation – ein interaktiver, kontinuierlicher Prozess

Risikokommunikation wird von einem partizipativen Dialog getragen, der über reine Information weit hinausgeht. Dieses hat einerseits die Erkenntnisse der Wissenschaft als Basis zu vermitteln, andererseits die erhobenen individuellen Daten, die Lebensgeschichte, die Lebensumstände damit in Relation zu setzen. Die persönlichen Vorstellungen des Betroffenen, die unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung von Risikofaktoren, aber auch der persönliche Umgang mit Veränderung bzw. die Bereitschaft und Fähigkeit dazu, sind bestimmende Faktoren. Eine große Rolle spielen die je nach Vorwissen unterschiedlichen Vorstellungen von Wahrscheinlichkeit. Wer kann schon konkrete Betroffenheit über Statistiken gewinnen, wer möchte schon anhand von Statistiken über eigene Krankheit und eigenen Tod nachdenken, wer kann sein langjähriges Verhalten tatsächlich mit der Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, verbinden? Und wenn die Übermittlung der Botschaft gelungen ist, besteht noch die Abhängigkeit ihrer Wirkung von der individuellen Verdrängungsbereitschaft, aber auch von der Fähigkeit, sich selbst zu organisieren bzw. sich zu ändern. Auf ärztlicher Seite spielen ähnlich vielfältige Faktoren eine Rolle, sehr viel Persönliches, nicht unwesentlich dabei die unterschiedliche Fähigkeit, das linguistische Problem zu

bewältigen. Damit ist die Verständigungsschwierigkeit gemeint zwischen dem wissenschaftlichen Wissen (mit ständig sich erneuernder Fachsprache) und dem Laienwissen (mit der von der Laienpresse geprägten Terminologie). Wichtig ist auch die richtige Einschätzung des Wissenshintergrundes des Adressaten, des richtigen Zeitpunkts der Botschaft und der richtigen Menge an Information. Die Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen tendiert dazu, die Variabilität der Konsultationsergebnisse zu vermindern. Die Komplexität, die sich aus den oben angeführten Faktoren ergibt, verdeutlicht jedoch auch die Stärken einer behandlerbedingten Variabilität im Sinne einer möglichst guten Widerspiegelung unterschiedlicher Patientenerwartungen. Die als individuelle Person dem Patienten gegenüberstehenden, frei gewählten ärztlichen „Partner“ sind eine wichtige Ressource für eine erfolgreiche Risikokommunikation. Gerade die Unterschiedlichkeit ist nicht nur Bedrohung, sondern auch Chance.

Risikokommunikation – eine hausärztliche Aufgabe

Hausärzte sehen Erkennung, Einschätzung, Beratung, Behandlung und Begleitung von Menschen mit gesundheitlichen Risiken als wichtige Aufgaben. Die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei die Basis einer erfolgreichen Risikokommunikation. Eine salutogenetische Orientierung der Konsultation im Sinne von Antonovsky, bei der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit beachtet werden, ist die zweite wichtige Komponente. Eine systematische, strukturierte Vorgehensweise ist jedoch ebenfalls für gleichmäßige Qualität unverzichtbar. Dementsprechend beschäftigte sich auch ein Arbeitskreis der ÖGAM bald nach Implementierung der neuen Vorsorgeuntersuchung mithilfe mehrerer Qualitätszirkel mit der Evaluation des neuen Programms für die Vorsorgeuntersuchung und übermittelte die Ergebnisse an diesbezügliche Arbeitsgruppen in

Management im hausärztlichen Bereich

Hauptverband und Kammer. Gleichzeitig war und ist auch die Vermittlung von Know-how bezüglich der in der Vorsorgeuntersuchung vorgesehen Interventionen ein wichtiges Anliegen der ÖGAM.

EPA Cardio – eine Studie zur Verbesserung von Prävention und Risikomanagement im kardiovaskulären Bereich

Die Beteiligung der ÖGAM an einem europäischen Projekt, bei dem Prävention und Risikomanagement kardiovaskulärer Erkrankungen in der Primärversorgung im Zentrum stehen, erfolgte aus den oben angeführten Überlegungen. Das Projekt wird gemeinsam mit einer Gruppe von führenden europäischen Forschungseinrichtungen und Fachverbänden auf dem Gebiet der Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung, durchgeführt. Insgesamt sind unter der Leitung von Prof. R. Grol vom Centre for Quality of Care Research in Nijmegen zehn verschiedene Länder beteiligt. Finanziell unterstützt wird das Projekt auf internationaler Ebene von der Bertelsmann Stiftung Deutschland. In mehreren Phasen sollen im Rahmen dieses Projekts die Ansätze zu Prävention und Risikomanagement im kardiovaskulären Bereich in verschiedenen europäischen Ländern identifiziert und analysiert und Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet werden. In der ersten Phase wurde eine Liste organisatorischer, klinischer und kommunikativer Qualitätsindikatoren erstellt, die sich für einen internationalen Vergleich eignen. In der zweiten Phase wurden Werkzeuge zur Risikokommunikation und zur Verhaltensänderung entwickelt, die die Eigenverantwortlichkeit des Patienten im Umgang mit der Er-

krankung fördern sollen. In einer weiteren Phase der Studie ist eine Bewertung der nationalen Qualitätsstrategien zur Verbesserung der Prävention und des Risikomanagements in der ambulanten Versorgung vorgesehen.

Einladung zur Teilnahme an der Studie EPA Cardio

Im Frühsommer 2008 soll nun in 30 allgemeinmedizinischen Praxen eine Studie durchgeführt werden, bei der nach den von der internationalen Arbeitsgruppe festgelegten Kriterien die Situation bei Prävention und Risikomanagement im Bereich kardiovaskulärer Erkrankungen erfasst werden soll. Mit zwei Fragebögen an Praxisinhaber und Mitarbeiter und einem Patientenfragebogen sollen die Unterschiede im Umgang mit dieser Thematik ermittelt und analysiert werden. Internationaler Vergleich und Qualitätsverbesserung sind die Ziele dieses ÖGAM-Projekts. Die Kompetenz der Allgemeinmedizin bei Prävention und Risikokommunikation soll unter Beweis gestellt werden.

Kolleginnen und Kollegen, die Interesse an der Mitarbeit an diesem Projekt haben, werden ersucht, an glehr@aon.at ihre E-Mail-Adresse unter dem Stichwort „EPA Cardio“ zu senden. Sie erhalten dann näheres Informationsmaterial.

Dr. Reinhold Glehr,
Hartberg,
QS-Referent ÖGAM

INITIATIVE Ärzte und Ärztinnen für Integration

www.aerzte-fuer-integration.at

Veranstaltungen

➤ 29. März 2008

14. FRÜHLINGSKONGRESS DER OBGAM

THEMA: HERZINSUFFIZIENZ

Zeit & Ort: 9–16.15 Uhr, AKH Linz

Infos & Anmeldung:

Medizinische Fortbildungsakademie OÖ,
Frau Renate Hartl,
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz,
Tel. 0732/77 83 71-313,
hartl@medak.at

➤ 26. April 2008

ALLGEMEINMEDIZIN- KONGRESS IN INNSBRUCK DER ALTE MENSCH – DEMENZ

Ort: Hypocenter Innsbruck,
Hypopassage 1, 6020 Innsbruck

Infos & Anmeldung:

Hon.-Prof. Dr. Peter Kufner, Tel. 0512/34 65 26,
peter.kufner@i-med.ac.at
Dr. Klaus Schweitzer, Tel. 05223/78 89 20,
klausschweitzer@medway.at

➤ 29.–31. Mai 2008

4. KONGRESS FÜR ALLGEMEIN- MEDIZIN & INTEGRIERTE GE- SUNDHEITSVERSORGUNG – PREIS FÜR INNOVATIONEN

Ort: MuseumsQuartier, Arena21, Wien

Preisausschreibung:

Machen Sie mit und gewinnen Sie den
2. Österreichischen Preis für Innovationen
in der extramuralen Versorgung!
Alle Informationen zur Preisausschreibung
finden Sie unter www.oegam.at.
Der Preis wird unterstützt von



und



Infos & Anmeldung:

www.oegam.at



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

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.

Studie über Sexualität und Gesundheit älterer Erwachsener in den USA

In dieser Studie wurden Interviews und eine zusätzliche Befragung mittels Fragebogen mit älteren Menschen in den USA durchgeführt. Das Alter der Befragten lag zwischen 57 und 85 Jahren, sie waren Bewohner von Gemeindefunktionen. 3.000 Personen, je zur Hälfte Männer und Frauen, wurden durch professionelle Interviewer im Zeitraum 2005/2006 interviewt, sowohl in englischer als auch in spanischer Sprache. Gleichzeitig wurden folgende Parameter gemessen: Blut, Speichel, Probe Vaginalschleimhaut, körperlicher Zustand, sensorischer Status.

Ausgangslage

Trotz Älterwerdens der Bevölkerung gibt es nur wenige Daten über das sexuelle Verhalten älterer Menschen. Ein wachsender Markt von Medikamenten und Hilfsmitteln zur Therapie von sexuellen Störungen führt nicht zuletzt auch zu zunehmender Nachfrage nach diesbezüglicher medizinischer Beachtung und Versorgung.

Eine Sexualstörung kann Warnsymptom für das Vorhandensein einer körperlichen Erkrankung sein, führt zu Depression und sozialem Rückzug. Aber sie kann auch zur Folge haben, dass Patienten wichtige Medikamente nicht nehmen. Andererseits kann Selbstmedikation aus dem Internet zu Interaktion mit anderer Medikation führen.

Gefragt wurde nach sexueller Aktivität in den letzten 5 Jahren, nach Partnerschaften und nach der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Sexuelle Aktivität wurde definiert als gegenseitige freiwillige Aktivität mit einer anderen Person, die sexuellen Kontakt inkludierte, egal ob diese Aktivität tatsächlich Geschlechtsverkehr oder Orgasmus beinhaltete.

Anschließend kamen Fragen nach Frequenz, oralem Verkehr, vollzogenem Geschlechtsverkehr, nach Problemen be-

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN MÄNNERN UND FRAUEN			
Sexuelle Aktivität allg.	57-64 Jahre	65-74 Jahre	75-85 Jahre
Männer	83%	67%	38%
Frauen	61%	39%	16%
Sexuelle Aktivität > 2-3x/Monat			
Männer	67%	65%	54%
Frauen	62%	65%	54%
AUFTRETENDE PROBLEME:			
Mangelndes Interesse			
Männer	28%	28%	24%
Frauen	44%	38%	49%
Erektionsprobleme			
Männer	30%	44%	43%
Trockene Schleimhäute			
Frauen	36%	43%	43%
Ejaculatio praecox			
Männer	30%	28%	21%
Schmerzen			
Männer	3%	3%	3%
Frauen	17%	18%	11%

züglich sexuellem Interesse, Erregung, Orgasmus, Schmerzen und nach Befriedigung bzw. Zufriedenheit. Gemessen wurde in den drei Graden „sehr“, „etwas“, „gar nicht“.

Wenn die Befragten keinen Sex hatten, so fragte man warum. Die Teilnehmer konnten aus einer Liste möglicher Gründe wählen.

Die ärztliche Betreuung wurde mit „haben Sie jemals mit einem Doktor über Sex gesprochen, seit Sie 50 sind?“ abgefragt.

Ergebnis

Nicht überraschend ist die Tatsache, dass die sexuelle Aktivität mit zunehmendem Alter abnimmt. Diese Aktivität ist bei Frauen geringer als bei Männern.

Die sexuelle Aktivität korreliert eindeutig mit einem guten subjektiven Gesundheitszustand. Wenn die älteren Menschen sexuell aktiv sind, so haben sie

eine ähnliche Frequenz an Sexualkontakten wie jüngere Erwachsene.

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen in ihrer Aktivität ist auch dadurch begründet, dass Frauen zwischen 75 und 85 Jahren nur zu 40% einen Lebenspartner haben, Männer gleichen Alters allerdings zu 78%.

Probleme:

Mindestens 50% der Befragten hatten zumindest ein störendes Problem.

Frauenprobleme waren: Mangelndes Interesse, trockene Schleimhäute, Orgasmusschwierigkeiten, manche Frauen finden an Sex keinen Gefallen, Schmerzen bei der Penetration.

Männerprobleme waren: eine Erektion haben und halten, mangelndes sexuelles Interesse, zu rascher Orgasmus, Ängstlichkeit und Leistungsdruck, Unmöglichkeit, zum Orgasmus zu kommen.

Die Prävalenz sexueller Probleme war bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand deutlich höher als bei den Gesünderen. Vor allem Typ-2-Diabetiker hatten Schwierigkeiten. Bei den sexuell nicht aktiven Personen war der Hauptgrund der eigene schlechte Gesundheitszustand oder der physische Zustand des Partners.

14% der Männer und 1% der Frauen nahmen verschriebene und nicht verschriebene Medikamente oder Hilfsmittel im Jahr vor dem Interview. Ein Viertel der Befragten vermeidet Sex wegen eines gravierenden Problems. Diese Menschen brauchen ärztliche Beratung und Therapie.

Allerdings: Nur 38% der Männer und 22% der Frauen hatten seit dem 50. Lebensjahr mit ihrem Arzt über Sex gesprochen.