

Editorial

Allgemeinmedizin in einem neuen Gesundheitssystem

Dr. Erwin Rebhandl,
Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach,
Präsident der ÖGAM



Österreich hat angeblich eines der besten Gesundheitssysteme.

Trotzdem sind alle Verantwortlichen darüber einig, dass es unbedingt und rasch reformiert werden muss – wie, darüber gehen die Meinungen aber wieder weit auseinander.

Um weiterhin hohe Qualität zu garantieren, sind echte Reformen im Bereich der Struktur und der Organisation erforderlich. Wir stehen zur Grundversorgung durch freiberufliche Arztpraxen. Dies ermöglicht ein soziales und solidarisches Versorgungssystem mit einer langfristigen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Nur ein zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer vereinbarter Gesamtvertrag ermöglicht eine effiziente, den Bedürfnissen der Bevölkerung angemessene Gesundheitsversorgung und er garantiert Kontinuität. Es sollten Anreize geschaffen werden, dass die Bevölkerung bei Gesundheitsproblemen und in Fragen der Vorsorge primär einen frei wählbaren Arzt des Vertrauens aufsucht. Dies garantiert einerseits eine Betreuung und Behandlung auf der richtigen und bestgeeigneten Ebene und entlastet andererseits die spezialisierte Facharztebene von Routinefällen und falscher Inanspruchnahme. Oft kritisierte Wartezeiten auf Termine und auch so manche Weiterleitung in die Spitalsebene könnten so verhindert werden. Auch positive ökonomische Effekte wären die langfristige Folge.

Ein Ziel der Reform muss es sein, den Grundversorgern ausreichend Zeit für den einzelnen Patienten sicherzustellen. Dies ist nur durch eine Beschränkung der durch einen Arzt für Allgemeinmedizin zu betreuenden Einwohnerzahl möglich. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die optimale Einwohnerzahl pro Hausarzt bei 1.500–2.000 liegt, eine absolute Obergrenze ist bei 2.500 gegeben.

Sowohl Hausärzte als auch spezialisierte Fachärzte behandeln die Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst oder verweisen sie, wenn erforderlich, an die jeweils bestgeeignete Versorgungsebene weiter. Das heißt, dass sowohl Allgemeinmediziner zu Fachärzten und Fachärzte zu Allgemeinmedizinern als auch Fachärzte zu anderen Fachärzten zuweisen. Fachärzte sollten verpflichtet werden, auch bei primärer Inanspruchnahme kurze Befunde an den – nach Möglichkeit über die e-card identifizierbaren – Arzt des Vertrauens zu senden.

Mit dem in langen Arbeitskreisdiskussionen erarbeiteten Grundsatzpapier zur Neuorientierung des österreichischen Gesundheitssystems (s. www.oegam.at) will die ÖGAM die Diskussion in eine sachliche und konstruktive Form lenken.

Wir erwarten von den Verantwortungsträgern eine intensive Auseinandersetzung mit unseren Vorschlägen.

Diagnostik der Demenz: Schwierig

Bedeutung der Demenz für den Hausarzt

In Österreich leiden derzeit etwa 120.000 Personen an Demenz.¹ In der Schweiz wird die Zahl der Demenzkranken auf etwa 90.000 geschätzt. Aufgrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung ist anzunehmen, dass die Anforderungen bei der Diagnostik, Therapie und psychosozialen Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen eine der größten hausärztlichen Herausforderungen der Zukunft sein werden.

Derzeitiger Stand der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

Wie in Österreich vermutet und in der Schweiz durch Longchamp 2004 nachgewiesen², bleibt ein Drittel der demenzkranken Personen unerfasst, bei einem weiteren Drittel besteht der Verdacht auf Demenz und nur bei einem Drittel wird die Diagnose Demenz gestellt (s. Abb.).

Das Problem der Unterdiagnostik und Untertherapie der Demenz ist ein länderübergreifendes Phänomen, dessen Ursachen vielgestaltig sind. Die wesentlichen Gründe sollen nachfolgend dargestellt werden.

Charakteristika der Diagnostik

Im Gegensatz zur neurologischen oder psychiatrischen Facharztpraxis ist die Demenz in der Hausarztpraxis keine Bring-, sondern eine Hol- oder Suchdiagnose. Nur ganz wenige Patienten suchen den Hausarzt von sich aus wegen Gedächtnisstörungen auf. Jungwirth konnte zeigen, dass Patienten ohne kognitive Defizite häufiger über Gedächtnisstörungen klagen als Patienten mit solchen Defiziten.³ In der Regel sind wir Hausärzte gefordert, bei Gedächtnis- oder Verhaltensstörungen, die uns meist von Angehörigen berichtet werden, an eine mögliche Demenz zu denken

und eine Abklärung zu initiieren. Entsprechend dem derzeitigen Wissensstand kann man postulieren, dass die traditionelle klinische Untersuchung für die Demenzdiagnostik nicht ausreicht. Neben der Fremdanamnese mit einer dem Patienten möglichst nahe stehenden Person sind validierte Screeningtests – wie der Mini-Mental-State-Test (MMST)⁴ und der Uhrenzeichentest⁵ – für eine Primärabklärung notwendig. Für die Früherkennung einer Demenz eignet sich der DemTect⁶. Zwei Beispiele sollen diese Behauptung erläutern:

- Bei einer Untersuchung in 67 Allgemeinpraxen in Deutschland lag die Sensitivität der hausärztlichen Einschätzung einer Demenz verglichen mit einem kognitiven Screening bei nur 14%. Bei 86% der im Testverfahren auffälligen und somit möglicherweise an Demenz leidenden Patienten fielen dem Hausarzt die kognitiven Einschränkungen nicht auf.⁷
- Von 1.107 Patienten in 7 Hausarztpraxen in den USA, die ein Demenzscreening mittels MMST durch eine Studienmitarbeiterin erhielten, erreichten 31% weniger als 25 Punkte. Von diesen 343 Personen fand sich bei der Durchsicht ihrer Karteikarten bei den Hausärzten nur bei 12,2% die Diagnose Demenz.⁸

Eine Professionalisierung unserer geriatrischen Kompetenzen zur Wahrnehmung unseres gesundheitspolitischen Auftrages, eine erste Anlauf-, aber auch Expertenstelle zu sein, ist für uns Hausärzte von größter Wichtigkeit.

Barrieren beim Hausarzt

Meist besteht durch die Betreuung über einen langen Zeitraum und die Kenntnis des sozialen Umfeldes eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die empathische Grundhaltung ist bei der Demenzdi-

agnostik allerdings nicht immer ein Vorteil, sondern kann auch eine Barriere beim Ansprechen auf mögliche kognitive Defizite und deren weitere Abklärung sein. In einer holländischen Befragung⁹ gaben 28 Hausärzte Hindernisse für eine Diagnostik auf mehreren Ebenen an:

- Scham des Hausarztes, den Patienten auf kognitive Defizite zu testen und das Wort „Demenz“ in den Mund zu nehmen
- diagnostische Schwierigkeiten, besonders in frühen Stadien der Demenz, verbunden mit unklaren diagnostischen Kriterien
- zeitliche Beschränkungen in der normalen Sprechstunde

Eine der größten Schwierigkeiten besteht darin, dem Patienten nach erfolgter Diagnose nur eine geringe und nur vorübergehend wirksame antidemenzielle Medikation anbieten zu können. Die fatalistische Reaktion mancher Patienten und ihrer Angehörigen („Dann kann man ja gar nichts machen!“) beeinträchtigt gleichermaßen unsere eigene Motivation für eine Diagnostik wie auch jene der Betroffenen selbst.

Barrieren bei Patienten und Angehörigen

Sowohl die Verkennung der Symptome einer Demenz als zum Alter gehörende Gedächtnisstörungen als auch die Leugnung der kognitiven Defizite durch Patienten, Angehörige oder beide können zu einer Ablehnung der Demenzdiagnostik führen. Als übergeordnete Barriere kann dabei das „Stigma der Demenz“ gesehen werden, das ein Tabu darstellt und deshalb einen offenen Umgang mit dieser Erkrankung verhindert. In einer amerikanischen Studie lehnten 50% der Patienten, bei denen kognitive Defizite festgestellt wurden, eine weitere diagnostische Abklärung ab.¹⁰ Menschen mit Demenz haben meist eine Ahnung, was mit ihnen geschehen wird, bevor die Diagnose gestellt wird, und fürchten sich vor dem Verlust der Selbstständigkeit, vor Immobilität, Inkontinenz und einer Heimeinweisung. Oft bestehen in der Familie Schuldgefühle

Lediglich ein Drittel aller Demenzkranken wird diagnostisch erkannt

1/3
unerkannt

1/3
Verdacht

1/3
Diagnose

keiten in der Hausarztpraxis

und Angst vor dem „Verlust der Privatsphäre“ bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung.¹¹ Für uns Hausärzte ist diese Ablehnung oft schwer verständlich und lässt in uns Gefühle der Hilflosigkeit oder Aggression aufkommen.

Bedeutung der Diagnostik für die Betroffenen

In ihrem 2006 erschienenen Buch¹² nennt Gabriela Stoppe folgende Argumente für eine frühe Diagnosestellung der Demenz:

- Andere, differenzialdiagnostisch abzugrenzende (besser) behandelbare Störungen, die sonst oft unbehandelt bleiben, insbesondere Depressionen, profitieren von einer frühen Diagnostik.
- Es gibt genügend Hinweise darauf, dass die Behandlung umso wirkungsvoller ist, je weniger weit der biologische Verlauf der Demenz fortgeschritten ist.
- Die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Sekundärprävention gewinnt zunehmend an Bedeutung (Prävention ischämischer Ereignisse, Prävention eines Delirs bei Krankenhausaufenthalten).
- Ethische Konsequenzen sind wichtig, da die Betroffenen selbst nur in Frühstadien rechtliche und betreuungsrelevante Dinge regeln und sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen können. Die Betroffenen haben ein Recht auf Lebensplanung (z.B. Patientenverfügung).

Bedeutung der Diagnostik für betreuende Angehörige

Im Rahmen des PRODEM-Projektes beurteilten Angehörige die Betreuung eines Demenzkranken in 46% der Fälle als stark und in 15% der Fälle als sehr stark belastend.¹³ Als Hauptprobleme nennt Elmar Grässel Zeitmangel, soziale Isolation, Traurigkeit, Verlust der Beziehung und Verlust der Unabhängigkeit.¹⁴ Angehörige haben ein eigenes Krankheitsrisiko (vor allem für depressive Erschöpfungszustände) von bis zu 50%.¹⁵ Erst nach erfolgter Diagnostik erhalten

Angehörige die formale und die von ihnen als besonders wichtig empfundene „moralische Legitimation“, Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen. Dabei soll die Unterstützung nicht nur auf sachliche Informationen, sondern vor allem auf eine ideelle Anerkennung der Pflgetätigkeit und eine Stärkung des Selbstwertgefühls der Pflegenden zielen. Gleichzeitig gibt die Diagnostik den Angehörigen auch die Chance für Verhaltensmodifikationen gegenüber dem Demenzkranken. Die Entkatastrophisierung kognitiver Defizite und die Stärkung der noch erhaltenen Funktionen können bereits zum Abbau familiärer Spannungen führen. Wie in der Pädiatrie wird auch bei der Betreuung von Demenzkranken die Dyade Arzt – Patient zu einem komplexen triadischen System, in dem aufgrund der zunehmenden Unselbstständigkeit der Patienten einerseits viele Belange mit Angehörigen abgesprochen werden, andererseits aber die Autonomie der Patienten so lange wie möglich gefördert werden soll.

Strukturelle Erfordernisse für eine Verbesserung der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

Nicht nur eine Professionalisierung von geriatrischen Kenntnissen und Fähigkeiten, sondern auch adäquate strukturelle Bedingungen in der Hausarztpraxis sind für die Diagnostik der Demenz notwendig. Der hohe Zeitaufwand zur Durchführung von Screeningtests, Angehörigenanamnese und Aufklärungsgesprächen erfordert eine angemessene Honorierung. Diese gibt es in Österreich derzeit lediglich in einem der neun österreichischen Bundesländer und in der Schweiz nur für Fachärzte für Allgemeinmedizin oder innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie. Die für die meisten Hausärzte fehlende Entlohnung ist ein wesentlicher Grund für Unterdiagnose und Untertherapie der Demenz.

Zusammenfassung

Die Diagnostik der Demenz ist nicht nur für den Betroffenen und

seine Angehörigen, sondern auch für uns Hausärzte von zentraler Bedeutung. Nur bei erfolgter Diagnostik können wir eine umfassende Behandlung, die sich bei weitem nicht nur auf die antidemenzielle Medikation beschränkt, gewährleisten. Dazu gehören gleichermaßen präventive Maßnahmen, Behandlung der Komorbiditäten wie Stürze und Mangelernährung sowie eine adäquate Pharmako- und insbesondere Psychopharmakotherapie. Verstärken sollten wir unsere Bemühungen, dem Patienten die Sicherheit zu geben, trotz oder gerade wegen seiner demenziellen Erkrankung nicht auf ein „therapeutisches Abstellgleis“ zu geraten, sondern regelmäßig und entsprechend seinen Bedürfnissen betreut zu werden. Meiner Meinung nach ist die Betreuung von Demenzkranken eine wertvolle und lohnende hausärztliche Aufgabe, die meist von Patienten und Angehörigen mit großer Dankbarkeit honoriert wird.

Primary Care 2007; 7: Nr. 42-43, Dr. med. Eva Mann, Ärztin für Allgemeinmedizin, Mitglied der Vorarlberger Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Geriatriereferentin der Vorarlberger Ärztekammer

LITERATUR:

- 1 Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Internationales Jahr der älteren Menschen, Gesund leben – Gesund altern, 2001; 2 Longchamp C, Aebersold M, Ratelvand-Pally S, Rousselot B. Verbreitung und Versorgung Demenzkranker in der Schweiz, Kurbericht für die Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung; 2004; 3 Jungwirth S, Fisher P, Weissgram S, Kirchmeyer W, Bauer P, Tragl KH. Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube Aging Community. JAGS. 2005;52:263-8; 4 Folstein M, Folstein S, McHugh PR. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Res. 1975;12:189-98; 5 Sunderland T, Hill J, Mellow A, Lawlor B, Gundersheimer J, Newhouse P. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. J Am Geriatr Soc. 1989;37(8): 725-29; 6 Kessler J, Calabrese C, Kalbe E, Berger F. DemTect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. Psycho. 2000;6:343-7; 7 Sandholzer H, Breull A, Fischer G. Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. Z Gerontol Geriatr. 1999;32(3):172-8; 8 Boustani M, Callahan C, Unverzagt F, Austrom M, Perkins A, Fultz B. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. J Gen Int Med. 2005;20(7):572-7; 9 Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. Patient Educ Couns. 2000;39(2-3):219-25; 10 Boustani M, Perkins A, Fox C, Unverzagt F, Austrom M, Fultz B. Who refuses the diagnostic assessment for dementia in primary care? Int J Ger Psychiatry. 2006;21(6):556-63; 11 Pratt R, Clare L, Kirchner V. It's like a revolving door syndrome: professional perspectives on models of access to services for people with early-stage dementia. Aging Ment Health. 2006;10(1):55-62; 12 Stoppe G. Demenz – Aufgaben des Hausarztes. Basel: Reinhardt Verlag; 2006; 13 Klingenberg A, Szecsenyi J. Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen. Befragungsergebnisse von Familien Demenzkranker in einer ländlichen Region bei Bremen. Z Allg Med. 1999;75:1113-8; 14 Grässel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchungen zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen (Deutsche Hochschulschriften; 1134); 1997; 15 Rainer M, et al. Pflegenden Angehörige von Demenzkranken: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. Psychiatr Prax. 2002;29:142-7

Motivation zur Lehrpraxis am Ende der Turnusausbildung

Ich habe vor ca. 2,5 Jahren meine Ausbildung als Turnusarzt im LKH Rohrbach begonnen und konnte in dieser Zeit viele wichtige Fertigkeiten und Erfahrungen bezüglich Therapie und Betreuung von Patienten sammeln. Den letzten Teil meiner Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin möchte ich in einer Lehrpraxis absolvieren. Ich habe mich dafür entschieden, weil ich selbst gerne als Hausarzt arbeiten möchte, aber nur sehr ungenaue Vorstellungen vom tatsächlichen Aufgabenbereich eines Allgemeinmediziners habe. Im Krankenhausalltag lernt man die Hausärzte in erster Linie als Zuweiser kennen, bekommt aber keinen Eindruck vom gesamten Betätigungsfeld eines Praktikers. Es wäre für mich sicherlich sehr hilfreich, den Tagesablauf in einer Landarztpraxis kennenzulernen.

Ich stelle es mir oft gerade für einen Anfänger schwierig vor, medizinische Entscheidungen treffen zu müssen und nur sehr wenige technische Hilfsmittel wie Röntgen oder Ultraschall zur Verfügung zu haben. Ein Allgemeinmediziner ist sicherlich auch mit einem gänzlich anderen Patientengut konfrontiert, als man es im Spital antrifft. Ich erhoffe mir, diesbezüglich einiges lernen zu können.

Weiters interessieren mich auch die hausärztlichen Tätigkeiten in einem Seniorenheim. Welche Aufgaben man in dieser Funktion zu erfüllen hat und wie man eine optimale Betreuung der Patienten sicherstellt.

Außerdem ist mir nicht ganz klar, welche Medikamente ein Praktiker verschreiben darf. Was ist in der grünen,

gelben und welches Medikament in der roten Box? Bisher musste ich mir darüber kaum Gedanken machen, da hauptsächlich jene verordnet wurden, die in der Spitalsapothek vorbanden waren.

Als sehr spannend stelle ich mir das Visitefahren vor. Patienten im eigenen Haus, der eigenen Wohnung kennenzulernen und somit einen Einblick in ihr Leben und soziales Umfeld zu gewinnen. Diese, so glaube ich, wichtigen Informationen, die man dabei gewinnen kann, fehlen oft im Krankenhaus.

Komplettes Neuland für sicherlich fast jeden Turnusarzt werden viele organisatorische und vor allem unternehmerische Belange eines Praktikers sein. Wie organisiert man einen reibungslosen Ordinationsbetrieb? Welche Tätigkeiten können von Ordinationsgehilfinnen übernommen werden und was muss der Arzt selbst machen? Welche technischen Einrichtungen sind sinnvoll? Welche Computerprogramme stehen zur Verfügung und wie werden sie sinnvoll angewendet?

Der Hausarzt nimmt auch eine zentrale Rolle als Schnittstelle zwischen Krankenhaus, Patienten, Angehörigen, niedergelassenen Fachärzten und anderen für die Versorgung wichtigen Einrichtungen wie Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, mobilen Hilfsdiensten, Hauskrankenpflege, Hospiz, Sozialarbeitern usw. ein. Ich erhoffe mir einen Einblick in das Zusammenspiel und die Koordination der Beteiligten. Ich vermute, dass eine Flut von Papieren, Anträgen und Formularen auf mich zukommt, die für mich alle neu und unbekannt sind.



Dr. med. Hermann Füssl
Turnusarzt, Aigen,
familiefuessl@gmx.at

Ich kann mir vorstellen, dass es im Sinne einer guten und verständnisvollen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und praktischen Ärzten für jeden Turnusarzt sinnvoll ist, die Möglichkeit einer Lehrpraxis zu nutzen, auch wenn man eigentlich später eine Facharztausbildung anstrebt.

Trotz der oben genannten Vorteile und Möglichkeiten, die einem eine Lehrpraxis bietet, ist es leider aus finanzieller Sicht sehr schwierig zurechtzukommen. Bei einer Förderung von 4.035 Euro für 3 Monate muss man drastische Einbußen hinsichtlich der Bezahlung in Kauf nehmen. Daher wäre es sehr wünschenswert, eine bessere Lösung bei der Entlohnung eines Lehrpraktikanten zu finden. Ich vermute, dass durch das niedere Einkommen in der Lehrpraxis viele Kollegen auf diese wichtige Erfahrung verzichten bzw. verzichten müssen.

Ich freue mich schon sehr auf mein neues Betätigungsfeld und hoffe, das richtige Rüstzeug für eine spätere Praxisgründung zu bekommen.



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.