

Editorial

Die Notwendigkeit fachspezifischer Begriffe in der Allgemeinmedizin

Dr. Gustav Kamenski,
Präsident NÖGAM,
Univ.-Lektor Abteilung Allgemeinmedizin,
Zentrum für Public Health,
Medizinische Universität Wien,
Leiter des Karl-Landsteiner-Instituts
für Systematik in der
Allgemeinmedizin, Angern



Das Besondere der Diagnostik an der ersten ärztlichen Linie liegt in der Notwendigkeit des **problemorientierten** Vorgehens, die sich aus der Knappheit von Zeit, personellen sowie materiellen Ressourcen ergibt. Dieser Knappheit steht die Masse unausgelesener Fälle gegenüber, die den Allgemeinarzt zwingt, theoretisch mit sämtlichen Krankheitsbildern zu rechnen, die in der Heilkunde überhaupt eintreten können. Jeder diagnostische Behandlungspfad kann daher immer nur etwas Vorläufiges sein, dessen Erwartung in Richtung der größten Wahrscheinlichkeit geht. Diese Wahrscheinlichkeit lässt sich mit Hilfe von **Fälle-Statistiken** (mit genau definierten vergleichbaren Begriffen) vorhersagen (ICPC-2-R, WICC). Bei einem fieberhaften Infekt mit leichten katarrhalischen Symptomen liegt mit sehr großer Wahrscheinlichkeit ein banales, flüchtiges Geschehen vor. Trotzdem ist der Allgemeinarzt immer verpflichtet, sich nicht auf die Häufigkeit des Harmlosen zu verlassen, sondern sein ganzes Augenmerk in vernünftiger Weise auf das Vorliegen möglicherweise bedrohlicher, wenn auch im Augenblick harmlos erscheinender Verläufe zu richten. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von einem **abwendbar gefährlichen Verlauf**. Es gilt somit an das wenig Wahrscheinliche, jedoch potenziell Gefährliche, so lange zu denken, bis die rasche und gutartige Entwicklung des Krankheitsbildes

den Allgemeinarzt weiterer diagnostischer Sorgen enthoben hat. Wichtig dabei ist es, sich einen nötigen diagnostischen Kurswechsel nicht durch eine voreilige **Diagnosestellung** selbst zu verbauen. Solange keine eindeutige diagnostische Weichenstellung erfolgte, lassen wir den Fall **abwartend offen**. Egal ob eine Krankheit (z.B. Nachweis eines Influenzavirus) in streng wissenschaftlichem Sinn **diagnostiziert** oder das Ergebnis ohne jeglichen Erregernachweis als „grippaler Infekt“ **klassifiziert** wurde, erhalten wir nach Abschluss der problemorientierten allgemeinärztlichen **Anamnese** und **Diagnostik** ein **Beratungsergebnis**. Von entscheidender Bedeutung ist somit das Wort **Diagnose** ausschließlich bei sicheren Krankheitserkennungen (10%) zu verwenden. Alle anderen **Beratungsergebnisse** (90%) werden als **Klassifizierungen** bezeichnet. Durch die unterschiedliche Verwendung der Begriffe **Krankheit** und **Erkrankung** wird diesem Sachverhalt Rechnung getragen (Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Braun, Fink, Kamenski. Verlag Berger Horn/Wien 2007).

Durch ein entsprechendes selbstkritisches Vorgehen sollte es zu einer (wenn auch niemals vollständigen) Minimierung von ansonsten schwer vermeidbaren Fehlern beim direkten Patientenkontakt, aber auch bei der Erhebung praxisstatistischer Daten kommen.

Gender-Aspekte in der Kardiologie



Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ
Jeanette Strametz-Juranek

Die Frau in der Kardiologie:

Frauen sind sich viel zu wenig über ihre Gefährdung durch Herzerkrankungen bewusst. Entgegen landläufiger Meinung, dass Krebserkrankungen – vor allem Brustkrebs – im Vordergrund stehen würden, sind auch bei Frauen kardiovaskuläre Erkrankungen die häufigste Todesursache. Mehr als die Hälfte aller Todesfälle bei Frauen sind dadurch bedingt – und die Zahl steigt weiter. Während die Inzidenz bei den Männern, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, sinkt, steigt diese bei den Frauen. Das mangelnde „Herz-Bewusstsein“ der Frauen bedingt auch ein vermindertes Bewusstsein durch Lebensstiländerung (z.B. mehr Bewegung, mit dem Rauchen aufzuhören) und durch Behandlung von Risikofaktoren wie Kontrolle des Blutdrucks und der Blutfette dem Fortschreiten der Erkrankung vorzubeugen.

Aber auch der Ärzteschaft sind geschlechtsspezifische Aspekte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – und damit wichtige Unterschiede im Entstehen und Fortschreiten der Atherosklerose, Unterschiede in der Symptomatik, unterschiedliche Aussagekraft von Untersuchungen und generell über geschlechtsdifferenzierten Behandlungserfordernissen – viel zu wenig bekannt und bewusst. In wissenschaftlichen Studien wurden bis vor kurzem geschlechtsspezifische Unterschiede komplett vernachlässigt und Ergebnisse aus Untersuchungen, in denen ausschließlich oder hauptsächlich Männern untersucht wurden, einfach auf Frauen übertragen. Aus den neuesten Studien zeigt sich aber, dass es bei Herz-Kreislauf-Medikamenten, die bereits lange bekannt und am Markt sind, signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt, die bedeutenden Einfluss auf die klinischen Praxis haben.

Die Frau und die koronare Herzkrankheit

Frauen sind bei der Erstmanifestation der koronaren Herzkrankheit im Ver-

gleich zu Männern um ca. 10 Jahre älter, da Östrogene einen protektiven Effekt auf das arterielle Gefäßsystem haben. Nach dem 60. Lebensjahr – d.h. nach der Menopause – ist in der Regel der protektive Effekt der Östrogene nicht mehr gegeben, und Frauen haben dasselbe Risiko wie Männer, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen.

Im folgenden Überblick die wichtigsten Fakten, die durch rezente wissenschaftliche Untersuchung belegt sind:

Mythen und Fakten:

Mythos Nr. 1: Frauen glauben, dass sie mehrheitlich an Krebs sterben, nämlich an Brustkrebs.

Faktum ist aber: 1 von 30 Frauen stirbt an Brustkrebs; 1 von 2,6 Frauen stirbt an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Mythos Nr. 2: Bisher wurde davon ausgegangen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Frauen weniger gefährlich sind.

Faktum ist aber: Myokardinfarkte sind häufiger tödlich für Frauen unter 60 Jahren als für Männer; 25% der Männer und 38% der Frauen sterben innerhalb des ersten Jahres nach einem Myokardinfarkt.

Mythos Nr. 3: Bisher ist die Wissenschaft davon ausgegangen, dass die Ursache eines Myokardinfarktes bei Männern und Frauen gleich ist.

Faktum ist: In der WISE-Study konnte erstmals nachgewiesen werden, dass etwa bei einem Drittel der Frauen die Ursache eines Herzinfarktes eine andere ist als bei Männern.

Mythos Nr. 4: Die Ärzteschaft und die Betroffenen selbst sind davon ausgegangen, dass die typischen Risikofaktoren wie Rauchen, Hypertonie und Diabetes bei Männern und Frauen denselben Stellenwert haben.

Faktum ist: Durch Nikotin wird das Risiko an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung bei Männern um das 2,5-Fache, bei Frauen um 4,5-Fache gesteigert, männlicher Diabetiker haben ein 3-faches Risiko, Diabetikerinnen haben ein 8-fach erhöhtes

Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen.

Mythos Nr. 5: Auf Stress reagieren Männer und Frauen gleich.

Faktum ist: Negativer Stress im Bereich des beruflichen Umfelds steigert bei Frauen das Risiko für einen Herzinfarkt um 69%, durch Stress im familiären Bereich wird bei Frauen das Risiko für einen Herzinfarkt sogar um 300% gesteigert. Das höchste Risiko für die Entstehung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung haben allein erziehende Mütter mit niedrigem Einkommen.

Fazit: Durch Kontrolle der Cholesterin- und Blutdruckwerte und durch das Aufhören zu Rauchen wird bei Frauen im Alter von 40–59 Jahren das Risiko um 42% und bei Männern um 72% gesenkt. Derzeit wird auch international bei Frauen über niedrigere Zielwerte für den Blutdruck <130/80 mmHg in der Primärprävention und Cholesterinwerte (Gesamtcholesterin <200 mg/dl, Triglyzeride <200 mg/dl, HDL >45 mg/dl, LDL <130 mg/dl in der Primärprävention und LDL <100 mg/dl in der Sekundärprävention) als derzeit geltend diskutiert. Das bedeutet für die klinische Praxis, dass Aufklärung und eine strenge Kontrolle der Risikofaktoren und deren frühzeitige Behandlung bei Frauen einen besonderen Stellenwert einnehmen.

Die Frau und die unterschiedliche Wirkungsweise von Medikamenten:

Auch im Bereich der medikamentösen Therapie gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Der Hauptgrund dafür liegt in der Tatsache, dass in den vergangenen Jahrzehnten ausschließlich Männer in Studien untersucht wurden und die Ergebnisse automatisch auf Frauen übertragen wurden. Dabei wurde überhaupt nicht bedacht, dass die Aufnahme, die Verteilung und die

Ausscheidung von Medikamenten vom Körperfettverteilungsmuster, den Hormonen, der Körperoberfläche u.a. abhängig sind und daher bei Frauen im Vergleich zu Männern unterschiedliche Wirkungen bei Medikamenten auftreten können.

1. Digitalis ist eine seit langem etablierte Standardtherapie bei Vorhofflimmern und in der Behandlung der Herzinsuffizienz. Erst 2001 wurde diese Substanz auf eine mögliche unterschiedliche Wirkungsweise untersucht, und es konnte gezeigt werden, dass die Gabe von Digitalis bei herzinsuffizienten Frauen mit einer deutlich erhöhten Mortalität im Vergleich zu Männern verbunden war.

2. Aspirin: Auch Acetylsalicylsäure ist eine Substanz, die sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention seit langem eingesetzt wird. In einer großen einer Primärpräventionsstudie publiziert im New England Journal of Medicine 2006, konnte nun gezeigt werden, dass bei Frauen <65 Jahren durch die Gabe 100 mg Acetylsalicylsäure/Tag zwar das Auftreten eines Infarkts um 17% reduziert werden konnte, im Vergleich zu Männern aber kein Effekt in der Primärprävention eines Myokardinfarktes nachgewiesen werden konnte.

3. Verschiedene Antihistaminika, Antiemetika, Antiarrhythmica (z.B. Sotalol) und Antibiotika können bei Frauen zu einer Verlängerung des QT-Intervalls führen und weisen daher ein erhöhtes Arrhythmierisiko auf. Hier wird eine östrogenspezifische Wirkung an Ionenkanälen und im Bereich der Cytochrome in der Leber diskutiert.

4. Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer (ACE-Hemmer): In den Studien hat sich gezeigt, dass bei Frauen wesentlich häufiger Reizhusten als Nebenwirkung bei einer ACE-Hemmer-Therapie

auftritt als bei Männern. Derzeit gibt es noch keine Erklärung, warum das so ist.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Bereich der kardiologischen Diagnostik:

1. Ergometrie: Derzeit ist wenig bekannt, dass die Ergometrie – die als „Goldstandard“ der nicht-invasiven kardiologischen Diagnostik angesehen werden kann – bei Frauen eine deutlich niedrigere Sensitivität und Spezifität aufweist als bei Männern. Handelt es sich bei der Frau noch um eine Diabetikerin, sinkt die Sensitivität der Ergometrie <50%. Daher soll für die Abklärung von Diabetikerinnen die Myokardszintigraphie mit speziellen Tracern (Technetium) kommen. Mögliche Ursachen für die eingeschränkte Aussagekraft der Ergometrie sind eine geringere Belastbarkeit aufgrund schwächerer Muskelkraft bei älteren Patientinnen (Frauen sind durchschnittlich 10 Jahre älter als Männer bei Auftreten der ersten Beschwerden) und falsche positive Befunde durch das Auftreten von Repolarisationsstörungen bei Frauen, wofür ein digitalisähnlicher Effekt der Östrogene diskutiert wird.

2. Koronarangiographie: Aufgrund des höheren Manifestationsalters der koronaren Herzkrankheit bei Frauen ist zum Zeitpunkt der invasiven Diagnostik die Erkrankung meist weiter fortgeschritten als bei Männern, d.h. häufiger Mehrgefäßerkrankungen mit eher diffusen Veränderungen im Bereich der Koronarien. Da Frauen aufgrund der kleineren Körper- und Herzgröße auch kleinere Durchmesser der Koronararterien aufweisen, kommt es häufiger zu Koronarspasmen, Dissektionen, spontanen Verschlüssen und technischen Schwierigkeiten während der Koronarangiographie. Auch periphere Komplikationen nach erfolgter Intervention

(Hämatome, Pseudoaneurysmen, Gefäßverschlüsse) und die Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention sind bei Frauen häufiger als bei Männern.

Neu entdeckte Herzerkrankung – fast ausschließlich bei Frauen: das Tako-Tsubo-Syndrom

Das Tako-Tsubo-Syndrom ist eine erstmals 2001 beschriebene akut auftretende linksventrikuläre Pumpleistungsstörung, die fast ausschließlich bei Frauen (ca. 95%) nach einer starken psychischen oder emotionalen Stresssituation (Todesfall, aber auch bei positiven emotionalen Situationen) auftritt. Klinisch präsentiert sich die Symptomatik der Patientinnen als akuter Myokardinfarkt oder kardiogener Schock mit einer diffusen Pumpleistungsstörung, die das Territorium einer Koronararterie überschreitet. Weiters charakteristisch eine ballonartige Auftreibung des gesamten Apex bei Erhalt der basalen Kontraktion. Die Koronarangiographie ist ohne Hinweis auf ein relevantes Strombahnhindernis. Ursachen scheinen katecholamininduzierte mikrovaskuläre Spasmen zu sein, die mit einer akuten diffusen Minderdurchblutung einhergehen. Diese Areale weisen dann wieder eine normale Perfusion auf, behalten aber für einen gewissen Zeitraum diese postischämische Dysfunktion und linksventrikuläre Pumpleistungseinschränkung. Je nach Ausprägung besteht eine gute Prognose.

Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ
Jeanette Strametz-Juranek,
FÄ für Innere Medizin und Kardiologie
Abt. für Kardiologie und Stabsstelle
Gender Mainstreaming,
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: jeanette.strametz-juranek@
meduniwien.ac.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.

Bio-psycho-sozialer Alltag

Als mir unser Bürgermeister sagte: „Das wird von dir akzeptiert, ja sogar erwartet“, war ich überrascht.

Doch eins nach dem anderen: Ich lebe und arbeite als Landarzt in Ungenach, einem kleinen Dorf im Hausruck, Oberösterreich. Im Herbst letzten Jahres war dieser Name in den Schlagzeilen der Tageszeitungen, der Journale und des ORF, da sich unser (katholischer) Pfarrer schützend vor ein junges Mädchen stellte; ein Teil der Familie wurde in den Kosovo abgeschoben, also zerrissen.

Ich dachte, wie ist das so mit dem bio-psycho-sozialem Ansatz, den wir Ärzte selbstverständlich und tagtäglich leben, mit dem integrativen Prinzip, mit dem wir uns und unsere Patienten umfassen, mit der täglichen Empathie, mit der wir in die Welt unserer Patienten hineinhorchen. Wären das nicht auch Konzepte, die in der Politik ihren Platz, ihren Reiz hätten, und seien es lediglich zuhörende, gewährende, abwägende, abwartende Gesten (Watchful Waiting)? Die Bedeutung von Begriffen wie adaptive Prozesse, Selbstorganisation, Copying, Salutogenese, Relienz nimmt in der Medizin zu: Wir erfahren es oft, dass schon lediglich aktives Zuhören und uneingeschränkte Aufmerksamkeit heilende Prozesse in Gang bringen, als Teil einer Beziehungsarbeit. Ich wünschte mir, dass es so etwas wie eine Bewegung wie „Evidence-based Politics“ gäbe, die kluge, sinnvolle Entscheidungen (Decision Making) unterstützt.

In solchen Gedanken schwebend setzte ich mich an den PC und kreierte eine Homepage „Ärzte und Ärztinnen für Integration“ (<http://www.aerzte-fuer-integration.at>) und nahm an Sitzungen der Integrationsplattform im Bezirk Vöcklabruck teil. Das wurde auch in den lokalen Medien berichtet. Ich erwartete (leicht ängstlich) die eine oder andere Reaktion, die auch prompt mit ein paar Drohanrufen eintrat. Aber viel mehr freute ich mich über die sehr vielen positiven Reaktionen. Als ich mit unserem Bürgermeister darüber sprach, gab er mir die besagte Antwort. Wenn das so ist, dachte ich, dann spiele ich offensicht-

lich in unserem Dorf, in meinem sozialen Gefüge, doch eine wichtige Rolle, nämlich als einer, der natürlich biologisch (sprich: medizinisch) handelt, psychologisch doch was weiß, aber der auch soziales Gewissen (und sei es sein eigenes) äußern, kundtun darf.

Ein zweite Geschichte: Vor Jahren erzählte mir eine offensichtlich sehr depressive junge Frau – sie hatte unter anderem Suizidgedanken – ihre Leidensgeschichte: Sie hatte als Kind über mehrere Jahre sexuelle Gewalt erlitten. Ihre Verletzung konnte sie mit Hilfe einer langen Psychotherapie – mit Narben – heilen. Lange beschäftigte mich ihr Leiden, ich wollte, da das Unfassbare mitten in unserem sozialen Gefüge passiert war, in irgendeiner Form thematisieren, ohne nur annähernd ihr Geheimnis zu verraten. Da ich in der Theatergruppe des Nachbarortes „ZELL E“ mitspielte, kam ich auf die Idee, ein Stück aufzuführen, das sexuelle Gewalt zum Thema hat: Wir spielten „Die wilde Frau“ von Felix Mitterer. Die Basis dieses Stückes findet sich in vielen Alpensagen: Eine Frau („salige Frau“, „weiße Frau“) erscheint einem Mann (bei Mitterer: mehreren Männern), sie bringt Glück und Reichtum, nur darf

der Mann keinesfalls bestimmte Tabus (z.B. mit ihr tanzen, in den Korb greifen, sie kämmen) brechen. In dem Stück von Felix Mitterer werden von den Männern alle Tabus gebrochen, die Frau wird erniedrigt, zuerst als Arbeitskraft, dann sexuell missbraucht. Das Stück endet mit dem gegenseitigen Umbringen der Männer mit Ausnahme eines jungen Mannes, der nicht mittut; die Frau entschwindet. Lange Zeit war das Stück Tagesgespräch, in den Wirtshäusern, mit Für und Wider, aber seltsamerweise kein „Skandal“, so als wäre die Botschaft angekommen: ein Nachdenken über sexuelle Gewalt.

Alles, was man braucht, ist etwas Mut und Achtsamkeit.

Es kann sein, dass wir gehört werden.

Dr. Bernhard Panhofer,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Psychotherapeut
Lehrbeauftragter des Instituts
für Allgemeinmedizin der
Medizinischen Universität Wien,
Vorstandsmitglied der ÖGAM,
Ungenach,
panhofer@ungenach.at,
www.panhofer.net

Veranstaltungen

➤ 3.-4. Oktober 2008

3. DONAUSYMPOSIUM ALLGEMEINMEDIZIN

Themenschwerpunkte:

- Compliance
- Polypragmasie
- Medikamentöse Interaktionen
- Komplexität
- Multimorbide MigrantInnen
- Modul Wissenschaft/Forschung

Ort:

Langenlois

Organisation:

WIGAM, NÖGAM, JAMÖ, MedUniWien

Infos & Kongressbüro:

Wiener Medizinische Akademie, c/o Christian Linzbauer, 1090 Wien, Alser Str. 4
Tel. 01/405 13 83-17, christian.linzbauer@medacad.org

Infos & Anmeldung:

Informationen und die Kongressankündigung finden Sie unter: www.oegam.at

➤ 17.-24. Jänner 2009

8. ÖSTERREICHISCHE WINTERTAGUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Themen:

Asthma, Colon irritabile, Gastrointestinale Infektionen, Herpes Zoster, Herzinsuffizienz, Insektengiftallergie, Insulinresistenz, Osteoporose, Wundmanagement, ADHS

Ort: Hotel Rote Wand, Zug 5,
A-6764 Lech am Arlberg

Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin