

OBGAM-Aktivitäten

Die Landesgesellschaften für Allgemein- und Familienmedizin verstehen sich als wissenschaftliche Gruppierungen und widmen sich daher einerseits der Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin sowie andererseits der postpromotionellen Fortbildung der niedergelassenen Allgemeinmediziner.

Durch das jährliche Angebot von Kongressen, teils in Kooperation mit anderen lokalen Anbietern, DFP-Fortbildungsabenden und Unterstützung von regionalen Qualitätszirkeln konnte in OÖ ein gut verfügbares Angebot für die Kollegenschaft etabliert werden und deckt die aktuellen Fortbildungsanforderungen breit ab.

Ein viel komplexeres Feld eröffnet sich in Bezug auf die notwendig erscheinende Festigung und damit unabdinglich notwendige Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin zur Sicherstellung eines niederschweligen, flächendeckend verfügbaren Zuganges der Bevölkerung zu medizinischer Grundversorgung. Mangelndes Interesse an der Allgemeinmedizin sowohl der Öffentlichkeit als auch unter den MedizinerInnen ist ein Alarmzeichen!

Die OBGAM hat daher seit zwei Jahren die Initiative „Gesund im Bezirk“ gestartet. Die Zielsetzung ist, regional in den Bezirken die Vielfalt der erbrachten allgemeinmedizinischen Leistungen für andere Gesundheitsberufe, Meinungsbildner und nicht zuletzt für die Politik transparent zu machen. Auf diese Weise ist es möglich, die zentrale und unverzichtbare Rolle der Allgemeinmedizin für das Gesundheitssystem eindringlich und plausibel darzustellen. Dies hat sich als besonders notwendig erwiesen, da bei diesen Veranstaltungen zu Tage kommt, dass auf allen Ebenen ein erhebliches Informationsdefizit über die Möglichkeiten und Kompetenz der Allgemeinmedizin besteht! Die zunehmende Schwierigkeit der Nachbesetzung von Arztpraxen in den Randgebieten erweckt bei den lokalen Politikern des Landes langsam Aufmerksamkeit, nicht so jedoch bei unseren Vertragspartnern!

Die zweite Schiene, der Stagnation der Niederlassungen von AllgemeinmedizinerInnen entgegen zu wirken, eröffnet die angestrebte

Etablierung einer medizinischen Fakultät an der JKU Linz mit einem geplanten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und dem Schwerpunkt Alters- und Versorgungsforschung! Dazu ist die OBGAM in engem Kontakt mit der Medizinischen Gesellschaft OÖ als treibender Kraft der Fakultätsgründung und bietet ihre allgemeinmedizinische Expertise an!



Dr. Wolfgang Zillig,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Linz

Die zukünftige Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Grundleistungen wird bei sinkenden finanziellen Ressourcen neuer Kooperationsmodelle der Gesundheitsberufe bedürfen. In OÖ ist durch Schließung von Abteilungen in kleineren Spitälern schon ein Versorgungsengpass entstanden, sodass unter Führung bzw. Einbindung von AllgemeinmedizinerInnen neue Strukturen aufgebaut werden müssen, wie z.B. PHC-Modelle!

Die Zukunft der Allgemeinmedizin darf nicht allein der Standesvertretung und den Vertragspartnern überlassen werden. Sie kann nur durch eine nach vorne gerichtete Sicht, Bereitschaft zur Weiterentwicklung, Annahme der Herausforderungen neuer Ansprüche an die medizinische Versorgung und somit ständigen Wandel durch die Kollegenschaft selbst gesichert werden. Die OBGAM ist aktiv und jederzeit zur Unterstützung von Initiativen bereit!

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Der Dialysepatient in der

(EbM-Guidelines, Artikel reviewt am 13. 1. 2012)

Allgemeines

Es existieren im Wesentlichen zwei Dialyseformen: die Peritonealdialyse und die Hämodialyse. In der Grundversorgung wird man meist dann mit den Problemen von Dialysepatienten konfrontiert, wenn Infektionen auftreten.

Die ersten Anzeichen einer Peritonitis bei einem Peritonealdialysepatienten sind in der Regel Bauchschmerzen oder ein trübes Dialysat. Bei Peritonitisverdacht ist der Patient sofort an eine nephrologische Abteilung zu überweisen.

Wenn Sie den Verdacht haben, dass ein Problem entweder mit dem Peritonealdialysekatheter besteht, etwa durch eine Infektion an der Austrittsstelle, oder mit dem Hämodialysezugang, sollten Sie unverzüglich einen Nephrologen konsultieren.

Dialysebehandlung

Zu den häufigsten Erkrankungen, die in eine Dialysepflichtigkeit münden, zählen die diabetische Nephropathie, die chronische Glomerulonephritis, zystische Nierenerkrankungen und die Nephrosklerose.

Dialyseformen und Patientenvorbereitung

- Selbstdialyse: Heimperitonealdialyse und Heimhämodialyse
- Dialyse in einer Gesundheitseinrichtung: Hämodialyse in einem Krankenhaus oder an einer Dialysestation

Die Verschlechterung der Nierenfunktion bis zur Dialysepflichtigkeit geht im Allgemeinen schrittweise vor sich. Nephrologische Abteilungen verfügen über Prädialyseambulanzen, wo die geeignete Dialyseform ausgewählt und der Patient auf die bevorstehende Dialysebehandlung vorbereitet wird.

Dies ist der Zeitpunkt, zu dem festgestellt werden sollte, ob eine Nierentransplantation durchführbar ist und ob eine Spenderniere zur Verfügung steht.

Bei einigen Patienten entwickelt sich die Niereninsuffizienz jedoch so rasch, dass es schnell zur Notwendigkeit einer regelmäßigen Dialyse kommt.

Hämodialyse

Normalerweise dreimal pro Woche über vier bis fünf Stunden

Die Therapie findet gewöhnlich in einer Einrichtung statt, die der Patient ambulant aufsucht. Patienten in Langzeitbetreuungseinrichtungen werden nur selten dialysiert. Manche Patienten werden mit Hämodiafiltration behandelt. Dies ist eine intensiviertere Form der gewöhnlichen Hämodialyse.

Einige Patienten lassen sich zu Hause eine Dialysemaschine mit allen notwendigen Anschlüssen aufstellen und führen die Dialyse selbst durch.

Da die Blutwäsche intermittierend erfolgt, müssen urämische Toxine und überschüssige Flüssigkeit, die sich zwischen den Sitzungen ansammeln, in kurzen Intervallen entfernt werden. Wenn die ausgeschiedene Urinmenge gering ist, ist es notwendig, die Trinkmenge einzuschränken. Dadurch können das Ableiten großer Flüssigkeitsmengen und die damit verbundenen hämodynamischen Veränderungen vermieden werden.

Bei der Hämodialyse ist es notwendig, einen Zugang zum Blutkreislauf herzustellen, da während der Behandlung ein Blutaustausch im Ausmaß von 200–300 ml/Min. stattfindet.

In den meisten Fällen legt ein Gefäßchirurg im Bereich des Handgelenks oder des Unterarms einen AV-Shunt an. Der Arm mit dem Shunt bedarf spezieller Aufmerksamkeit; er darf nicht für Blutdruckmessungen, für die Einführung einer Kanüle oder zur Entnahme von Blutproben herangezogen werden.

Wenn kein AV-Shunt angelegt werden kann, dann kann ein Gefäßchirurg einen Kunststoffshunt in den Arm einsetzen.

In vielen Fällen erfolgt die Hämodialyse mittels eines in eine zentrale Vene eingesetzten Katheters. Bei einer langfristigen Behandlung sollte zur Verringerung des Infektions- und Venenverschlussrisikos ein weicher getunnelter Katheter eingesetzt werden.

Peritonealdialyse

Für die Peritonealdialyse wird laparoskopisch ein Dialysekatheter fest in die Bauchhöhle eingenäht. Der Patient schließt dann in einem sterilen Prozess die Beutel mit der Dialyseflüssigkeit an den Katheter an.

Zu Hause infundiert der Patient zwei bis drei Liter Flüssigkeit vom Beutel in die Bauchhöhle. Die Flüssigkeit verweilt einige Stunden in situ. Das Dialysat wird dann aus dem Bauchraum ausgeleitet und durch neue Dialyseflüssigkeit ersetzt.

Die Dialyseflüssigkeit enthält Salze, Zucker und sowohl Laktat als auch Bicarbonat als Puffer.

Der Flüssigkeitsentzug geschieht osmotisch, d.h. ein hyperosmolares Dialysat mit einem hohen kolloidosmotischen Druck zieht Wasser aus dem Körperkreislauf in die Bauchhöhle.

Harnpflichtige Substanzen treten über das Peritoneum in die Dialyseflüssigkeit über, bis ein Gleichgewicht zwischen Körper und Dialysat erreicht ist.

Da das Dialysat fast den ganzen Tag in der Bauchhöhle verweilt, stellt die Peritonealdialyse eine kontinuierlichere und konstantere Behandlungsform als die Hämodialyse dar.

Es gibt 2 Peritonealdialyseformen:

- Bei der CAPD (kontinuierliche ambulante PD) wechselt der Patient in regelmäßigen Abständen die Flüssigkeit aus, in der Regel viermal innerhalb von 24 Stunden.
- Bei der APD (automatische PD) schließt sich der Patient beim Zubettgehen an einen automatischen Cyclus an, der während der Nacht vier bis sechs Flüssigkeitswechsel durchführt. Am Morgen füllt der Cyclus dann frische Flüssigkeit für den Tag in die Bauchhöhle.

Allgemeinpraxis



© Eisenhans - Fotolia.com

Allgemeine Dialyseprobleme

Hypotonie

Tritt üblicherweise bei exzessiver Flüssigkeitsausleitung und Dehydrierung auf.

Überwässerung

Zu den Symptomen zählen unter anderem Ödeme, Dyspnoe und Stauungszeichen im Thoraxröntgen oder aber nur Hypertonie.

Das Management einer Flüssigkeitsüberlastung erfolgt durch Dialyse; insbesondere bei Hämodialysepatienten kann auch eine Flüssigkeitsrestriktion indiziert sein. (z.B. 800 ml Flüssigkeit + Harnmenge). Bei Patienten mit Restdiurese können hohe Furosemid-Dosen unter Umständen wirksam sein (Ausscheidung von Flüssigkeit und Salz).

Krämpfe

treten häufig gegen Ende einer Hämodialysebehandlung auf und werden durch exzessive Flüssigkeitsüberlastung verschlimmert.

Erhöhtes Infektionsrisiko, assoziiert mit einer Urämie

Es muss daran gedacht werden, dass bei Dialysepatienten der Dialy-

sezugang einen zusätzlichen Infektionsweg darstellt. Bei Hämodialysepatienten kann sich der Dialyse-Shunt oder der Dialysekatheter infizieren. Bei Peritonealdialysepatienten kann der Dialysekatheter eine Peritonitis hervorrufen oder es kann eine Infektion an der Katheteraustrittsstelle entstehen.

Die Führung von Dialysepatienten durch den Hausarzt

Alle Dialysepatienten werden durch eine nephrologische Abteilung kontinuierlich betreut.

Patienten, die ihre Hämodialyse im Krankenhaus erhalten, müssen in den meisten Fällen dreimal pro Woche die Dialysestation aufsuchen, wo alle auftretenden Probleme angesprochen werden können.

Bei Patienten, die ihre Dialyse selbst durchführen, finden die Kontrollen weniger häufig statt, in der Regel nur alle vier bis acht Wochen.

Wenn spezielle Probleme auftauchen, sollte der Patient an eine Abteilung mit nephrologischer Kompetenz überwiesen werden.

Bei einem fiebernden Patienten sollte immer primär an eine Sepsis gedacht werden.

Bei Verdacht auf Peritonitis bei einem Peritonealdialysepatienten ist der Patient sofort an eine Nephrologie zu überweisen. Die ersten Peritonitiszeichen sind im Allgemeinen Bauchschmerzen und ein trübes Dialysat.

Bei Verdacht auf ein Problem entweder mit dem Peritonealdialysekatheter (etwa eine Infektion an der Austrittsstelle oder die Entwicklung einer Bauchhernie) oder mit dem Hämodialysezugang (zum Beispiel eine Infektion am Dialyse-Shunt oder am Dialysekatheter) ist sofort ein Nephrologe zu konsultieren.

Dialysepatienten haben auch alle Arten von gewöhnlichen Erkrankungen, die vom Hausarzt gut behandelt werden können. Beispielsweise gelten bei Erkrankungen des Bewegungsapparats und leichten Infektionen des oberen Respirationstrakts normalerweise die gleichen Therapieprinzipien wie für andere Patienten im niedergelassenen Bereich. Sorgfältige Mund- und Zahnhygiene und -behandlung sind wichtig. Vor Zahnsteinentfernung oder anderen größeren Behandlungen sollte eine Antibiotikaprophylaxe gegeben werden (z.B. 2 g Amoxicillin zwei Stunden vor der Intervention).

Bei der Verschreibung von Medikamenten ist zu beachten, dass die Dosierung sowohl von der Niereninsuffizienz als auch von der sonstigen Medikation beeinflusst wird.

Das Redaktionsteam:

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Barbara Degn,
Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Susanna Michalek,
Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady

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

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 Allgemein- und Familienmedizin.

Wählen Sie immer die für den ungünstigsten Fall einer Niereninsuffizienz angegebene Dosierung, weil der Serumkreatininwert eines Dialysepatienten nicht den tatsächlichen Zustand der Nierenfunktion widerspiegelt.

Bestimmte Medikamente sollten vermieden werden, z.B. Metformin und Nitrofurantoin.

Wenn eine Rehydrierung indiziert ist, beachten Sie, dass beim Patienten aufgrund der mangelhaften oder gänzlich fehlenden Diurese das Risiko einer Überwässerung bestehen könnte. Wenn Probleme mit Elektrolythaushalt oder Flüssigkeitsbilanz zu erwarten sind, sollten Patienten großzügig an eine nephrologische Abteilung überwiesen werden.

Ein Patient mit Überwässerung zeigt möglicherweise nur eine schwache oder gar keine Reaktion auf ein Diuretikum.

Unter normalen Umständen beträgt der Flüssigkeitsbedarf eines Hämodialysepatienten durchschnittlich 800 ml zusätzlich zu der 24-Stunden-Harnmenge.

Bei einem Patienten mit Peritonealdialyse wird der Flüssigkeitshaushalt durch ein Zusammenspiel von Flüssigkeitsabgang über die Peritonealdialyseflüssigkeit und die Diurese kontrolliert. Viele Peritonealdialysepatienten können daher mit Flüssigkeit etwas freier umgehen als Hämodialysepatienten.

Der Flüssigkeitshaushalt eines Dialysepatienten kann beispielsweise durch Blutdruck, Veränderungen des Körpergewichts verglichen zum Grundzustand, klinische Zeichen der Dehydratation, mögliche Ödeme, Dyspnoe und Thoraxröntgen kontrolliert werden.

Bei einer parenteralen Flüssigkeitsgabe sollten Kalium enthaltende Flüssigkeiten vermieden werden, weil es – insbesondere bei Hämodialysepatienten – häufig zu einer Hyperkaliämie kommt. Es wird zum Beispiel, wenn nötig, eine physiologische Kochsalzlösung mit 5% Glukose verwendet.

Die effektivste Therapie bei Hyperkaliämie ist die Dialyse, aber meist ist auch eine Kaliumrestriktion ebenso indiziert wie Gaben von kaliumbindendem Resonium®-Pulver.

Zur Alltagskompetenz des Dialysepatienten:

Eine Dialysetherapie stellt an sich noch keinen Grund dar, das Lenken von Kraftfahrzeugen zu untersagen; das entscheidende Kriterium sollte hier der Allgemeinzustand des Patienten sein.

Viele Beschäftigungsformen können grundsätzlich auch von Dialysepatienten ausgeübt werden, aber dialyseinduzierte Probleme, wie etwa die zu bestimmten Zeitpunkten durchzuführenden Dialysen und die beschränkte Fähigkeit des Patienten, Lasten zu heben, können dazu führen, dass er aus dem Arbeitsleben ausscheiden muss. Etwa 25% der Dialysepatienten können auf eine Nierentransplantation hoffen, nach der ihre Arbeitsfähigkeit dann erneut zu beurteilen ist.

Risto Tertti

Review:

Barbara Degn

Artikel ID: ebd00959 (010.023)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd



WINTERTAGUNG 2013 WINTER CONFERENCE 2013



12. ÖSTERREICHISCHE WINTERTAGUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

12. bis 18. Jänner 2013, Hotel Rote Wand, Lech am Arlberg, Zug

12TH AUSTRIAN WINTER CONFERENCE ON GENERAL PRACTICE AND FAMILY MEDICINE

January 12–18, 2013, Hotel Rote Wand, Lech am Arlberg, Zug

INFORMATION UND ANMELDUNG

INFORMATION AND REGISTRATION

Wiener Medizinische Akademie
Christian Linzbauer
Alser Straße 4, A-1090 Wien | Vienna
Tel. | Phone: +43 (0)1 405 13 83-17
E-Mail: christian.linzbauer@medacad.org

VERANSTALTER

ORGANISATION

Österreichische Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin
www.oegam.at
E-Mail: office@oegam.at

