

Mit Praxistools zur Sicherheit

Wir hören es von allen Seiten, seit Jahren und immer wieder: Die Österreicher sind zu viel im Spital. Wovon wenig zu hören ist: Warum ist das so?

Dass das ein multifaktorielles Problem ist, ist klar. Eine rationale Analyse kenne ich bisher nicht. Es gibt Teilerklärungen: Selbstzuweiser über die Ambulanzen, ein niedergelassenes System, das nicht ausreichend gut funktioniert, die Finanzierungsstruktur.

In letzter Zeit wächst die Erkenntnis, dass der hausärztliche Bereich gestärkt werden muss – weniger Patienten, die direkt in die Ambulanzen gehen, oder zum Spezialisten.

Das ist sicher der richtige Weg, denn sowohl österreichischen als auch internationalen Untersuchungen zufolge können 80–90% aller Fragestellungen innerhalb der Hausarztpraxis abschließend behandelt werden, ohne dass weitere Untersuchungen nötig wären.

Wir Hausärzte wissen alle, dass auch wir Patienten hospitalisieren, die ambulant behandelt werden könnten, wenn ...

Nach diesem „Wenn“ hat uns bisher noch niemand gefragt. Das ist aber eine unerlässliche Information, wenn wir in die Lage versetzt werden sollen, unsere Möglichkeiten auszuschöpfen. Eine wissenschaftliche Untersuchung der Einweisungsgründe im hausärztlichen Bereich wäre eine gute Investition.

Antworten, die sich aufdrängen, sind natürlich Überlastung und Zeitmangel: Für diffizile Entscheidungen ist Zeitdruck schlicht eine Gefahrenquelle. Die diagnostischen Mittel in der Praxis werden durch das Honorierungssystem (regional unterschiedlich) planlos und gegen jede Evidenz (Spirometrie, CRP, D-Dimer, Doppler, teils sogar das EKG) begrenzt, obwohl sie Zuweisungen an die sekundäre Ebene ersparen könnten. Dann fehlt es oft an rechtzeitigen Terminen, weil Spezialisten durch falsch oder überflüssig dorthin geratene Patienten blockiert sind. Oder häusliche Betreuung und Aufsicht können nicht gesichert werden, weil mobile Dienste nicht rasch genug verfügbar oder, ohne zuerst Pflegegeld zu organisieren, für viele schlicht zu teuer sind.

Was die meisten der angeführten Gründe anbelangt, bleibt uns nur das Warten auf die Politik.

Worauf wir selbst Einfluss haben, ist die Erhöhung der Sicherheit, mit der Entscheidungen mit den Mitteln der hausärztlichen Praxis getroffen werden können, denn darum geht es in erster Linie: Wir wollen Sicherheit – für unsere Patienten und auch für uns selbst.

In der Praxis sitzt man meist alleine – niemand, den man fragen könnte, niemand, der die lastende Verantwortung teilt.

Was hilft, ist ein strukturiertes Vorgehen, sind validierte Scores und Algorithmen und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen, die auch Erfahrung- und Expertenwissen einbeziehen, mit denen Entscheidungen abgestützt und gesichert werden können.

Die EbM-Guidelines in der elektronischen Version sind ein solches Werkzeug, so wie der ARRIBA-Risikorechner, der Wells-Score in Zusammenhang mit dem D-Dimer, der Marburger Herz-Score, HAS-BLED, CHA₂DS₂VASc und viele andere. Zugänglich sind diese Scores und Rechner schnell und einfach ebenfalls über „die Guidelines“, was die Suche im Internet erspart. Das ist der Grund, warum die ÖGAM den Zugang den Mitgliedern der JAMÖ nun kostenfrei zur Verfügung stellt: Schließlich sind die jungen Kollegen unsere Zukunft. Aber auch einige Landesgesellschaften haben sich dazu entschlossen, weitere werden folgen. Für Kollegen, die sie unterwegs nutzen wollen, oder mit dem Ordinationscomputer nicht online sein möchten, sind unsere Guidelines nun auch auf allen mobilen Endgeräten gut lesbar. Sie finden Ihren Zugang über die ÖGAM-Website www.oegam.at. Wir wünschen Ihnen viel Freude und Befriedigung durch Ihre Arbeit!



Dr. Susanne Rabady

*Dr. Susanne Rabady
Vizepräsidentin der ÖGAM,
Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig*

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

EbM-Guidelines für die Allgemein

* **Letztes Update: 10. 1. 2014**

Wichtiges in Kürze

- Erstbehandlung einer akuten Kolik mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR) i. v.; auch der Einsatz von Opioiden ist möglich. *Anmerkung: In Österreich wird auch die Verabreichung von Metamizol p. o. oder als Kurzinfusion (kein Bolus!) empfohlen, wobei auf die Gefahr der Flüssigkeitsverabreichung ohne Ultraschallbefund hinzuweisen ist (Hydronephrose!).*
- Sicherung der Diagnose mittels Nativröntgen oder Sonografie bzw. Spiral-CT. Die Nierenfunktion ist regelmäßig zu kontrollieren.
- Entfernung und Analyse des Steins
- Laboruntersuchungen zur Klärung der Ätiologie der Steinerkrankung sind zur Abklärung der Steinzusammensetzung immer angezeigt.

Steinarten und Ursachen

Kalziumsteine

- 75–85% aller Harnsteine
- Sie finden sich vorwiegend bei Männern über 20.
- Häufig besteht eine familiäre Prädisposition.
- Ursachen: idiopathische Hyperkalziurie 25–30%, Hypozitraturie 20–25%, Hyperurikosurie 10%, primäre Hyperparathyreose 5%, Hyperoxalurie (bei Diätfehlern, nach Darmresektion) 15–30%
- seltene Ursachen: z. B. renale tubuläre Azidose

Uratsteine

- 5–8% aller Harnsteine
- bei Männern häufiger als bei Frauen
- häufig erblich (evtl. getriggert durch Dehydratation). Ein Harn-pH < 5,5 kann ein Hinweis sein.
- Gicht in 20% der Fälle

Infektassoziierte Steine

- häufig bei Magnesiumammoniumphosphatsteinen
- 10–15% aller Harnsteine
- bei Frauen häufiger als bei Männern, Entstehung im Rahmen von Harnwegsinfektion (Proteus, Staphylokokken, E. coli)

Zystinsteine

- angeborene Stoffwechselstörung
- etwa 1% aller Harnsteine

Symptome und klinische Befunde

- Der typische Patient ist ein Mann in mittlerem Alter.
- Starke kolikartige Schmerzen, die vom Rippenbogen schräg nach unten in Richtung Unterbauch, Leistenbeuge und Hoden ausstrahlen. Dysurie ist für eine Lokalisation im distalen Ureter typisch.
- Übelkeit und Erbrechen sind häufig.
- In 90% der Fälle findet sich eine Mikro-, selten eine Makrohämaturie.
- In der Anamnese finden sich oft frühere Steinabgänge, häufig familiäre Veranlagung. 50%ige Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv innerhalb von 10 Jahren.

- Nieren sind häufig klopfempfindlich.
- Der Patient entwickelt einen Bewegungsdrang (anders als bei einer Ulkusperforation, wo der Patient jede Bewegung scheut).
- 75–90% aller Steine sind schattengebend (Uratsteine bleiben im Röntgenbild unsichtbar, Zystinsteine können schlecht sichtbar sein).
- Kleine Steine sind im Nativröntgenbild schwer erkennbar.
- Nierensteine verursachen häufig chronische Rückenschmerzen oder Harnwegsinfekte.

Differenzialdiagnosen

- Schmerzen, die vom Kolon ausgehen
- Appendizitis
- Gallenkolik, Dyspepsie
- Aortenaneurysma
- gynäkologische Ursachen
- Hodentorsion
- Niereninfarkt (im Nativ-CT nicht nachweisbar)

Notfallbehandlung einer Steinkolik

- intravenös: NSAR (Prostaglandinsynthese-Hemmer, rascher Wirkungseintritt) oder i. m. (langsamerer Wirkungseintritt), z. B. Diclofenac 75 mg i. m. oder als langsame i. v. Infusion (> 30 min) Ketoprofen 50–100 mg i. m. oder 100–200 mg als langsame i. v. Infusion (> 30 min). *Anmerkung: In Österreich wird von Schmerztherapeuten auch die Verabreichung von Metamizol p. o. oder als Kurzinfusion (kein Bolus!) empfohlen, wobei auf die Gefahr der Flüssigkeitsverabreichung ohne Ultraschallbefund hingewiesen wird (Hydronephrose!). Auch Spasmolytika (z. B. Hyoscin-N-Butylbromid) werden in Kombination mit Analgetika gegeben. Eine Evidenz für dieses Vorgehen ist allerdings nicht bekannt.*

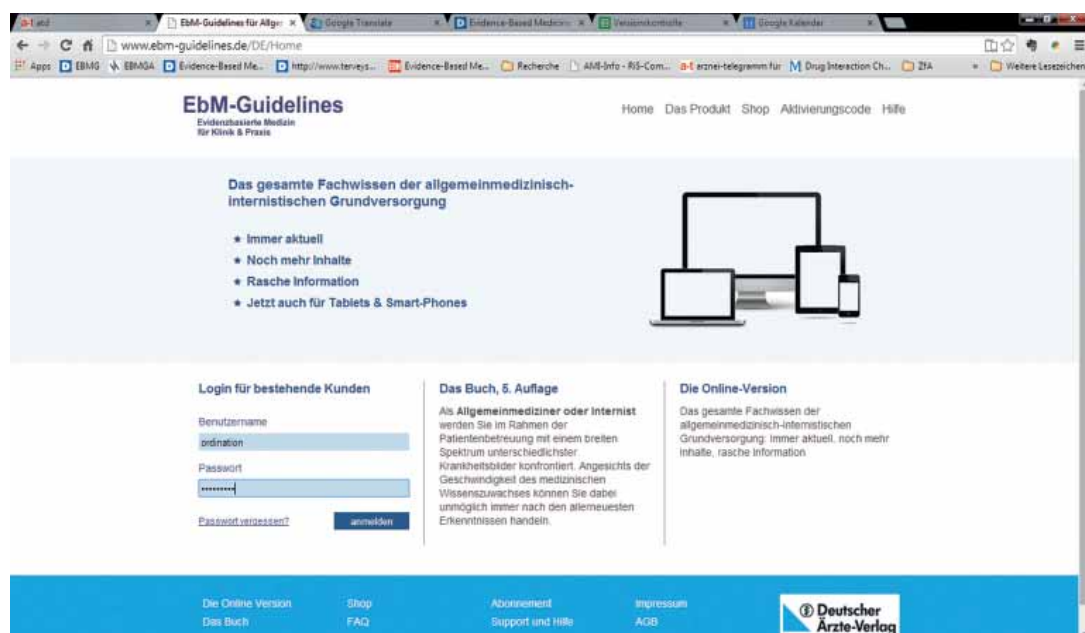
Untersuchungsstrategie

- Ist eine Steinbestimmung sofort möglich, kann sich der weitere Untersuchungsgang an der wahrscheinlichen Ursache orientieren.
- Nach der ersten Kolikepisode werden folgende Untersuchungen empfohlen: Kalzium, Harnsäure und Kreatinin im Serum sowie Harnkultur zur bakteriologischen Abklärung.
- Bei Rezidiven in einem Abstand von weniger als zwei Jahren sollten auch noch die folgenden Untersuchungen durchgeführt werden: Kreatinin, Kalzium und Zitrat im 24-Stunden-Harn. Eine routinemäßige Bestimmung von Oxalat, Urat und Magnesium wird nicht empfohlen.
- Zunehmend wird die Spiral-CT in der Erstdiagnostik eingesetzt.

Behandlung

- Die Behandlung kann in der Grundversorgung eingeleitet werden, wenn ein Stein nachweisbar ist. Unspezifische Zufallsbefunde sind häufig, wie etwa Phlebolithen.
- Eine Ultraschalluntersuchung ist sinnvoll und vielfach in der Grundversorgung zugänglich; sie deckt z. B. auch eine Hydronephrose auf. Sie ist auch bei einer Schwangerschaft möglich. Die Möglichkeit eines Aortenaneurysmas sollte nicht aus den Augen gelassen werden. Bei Steinen unter 5 mm ohne Hydronephrose

medizin: Urolithiasis*



In den EbM-Guidelines findet man über 1.000 Artikel zu den verschiedensten Krankheitsbildern

und Plasmakreatininwerten im Normalbereich sind nur Kontrollen erforderlich.

Eine stationäre Einweisung ist erforderlich, wenn die erwähnten Untersuchungen vor Ort nicht zur Verfügung stehen, der Stein größer als 5 mm ist, der Patient einen Harnwegsinfekt oder eine Einzelniere hat, eine Schwangerschaft besteht oder es sich um ein Rezidiv handelt.

Konservative Behandlung

- Alle Patienten sind darauf hinzuweisen, dass reichliches Trinken notwendig ist (sechs bis acht Glas Wasser pro Tag). Zu Beginn einer akuten Kolik kann exzessives Trinken die Schmerzen verstärken.
- Bei Hyperkalzämie (und Hyperkalzurie) ist eine Abklärung erforderlich.
- Die Ausfällung von Oxalaten sollte durch Ernährungsmaßnahmen minimiert werden. Der Patient sollte: ausreichend Flüssigkeit trinken, oxalathaltige Nahrung meiden (z. B. Trockenfrüchte, Stachelbeeren, Brennnesseln, Spargel, Petersilie, Bohnen, Spinat, Nüsse, Rhabarber, Schokolade, Kakao und Tee), kalziumhaltige Nahrung kann in normalen Mengen verzehrt werden.
- Eine idiopathische Hyperkalzurie kann mit einer Einschränkung der Aufnahme von tierischen Proteinen und Salz behandelt werden. Die Aufnahme von Kalzium kann unverändert bleiben. Bei Bedarf kann ein Thiazid (1-mal 25–50 mg) in Kombination mit einer Kaliumsubstitution gegeben werden (Vorsicht: an eine eventuelle

Gicht denken!). Kontrolle des Kalziums im 24-Stunden-Urin nach drei bzw. sechs Monaten ab Beginn der Behandlung.

- Bei erhöhten Harnsäurewerten im Plasma ist zu klären, ob eine Gicht vorliegt (klinisches Bild, Untersuchung der Gelenkflüssigkeit bei Gelenkbefall). Die Behandlung erfolgt durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr, Ernährungsumstellung und Allopurinol.
- Finden sich nur erhöhte 24-Stunden-Werte im Harn, sind Kalzium- und Uratsteine gleichermaßen möglich. Die Therapie der Wahl besteht in einer harnsäurearmen Ernährung und – bei Therapieresistenz – Allopurinol.
- Zeigt sich im Harnbefund ein Infekt, sollte er entsprechend dem Antibiogramm behandelt werden. Der Harn ist zu kontrollieren, meist ist eine prophylaktische Medikation indiziert.
- Tamsulosin kann den Spontanabgang von kleinen Steinen erleichtern.

Kontrolluntersuchungen

- Wurde ein Konkrement diagnostiziert, das einer konservativen Behandlung zugänglich ist, so wird der Steinabgang nach 1–3 Monaten mit Hilfe einer Nierenleeraufnahme bzw. einer i. v. Pyelografie überprüft.
- Der Patient soll den Harn durch ein feines Sieb (Filter) gießen, damit der Stein analysiert werden kann.
- Kommt es zu keinem Steinabgang, werden die Kontrolluntersuchungen (Nativaufnahmen, Ultraschall zum Ausschluss einer Hydronephrose, Bestimmung des Serumkreatinins) so lange fortgesetzt, bis der Stein abgeht und der Patient symptomfrei ist. Geht der Stein nicht binnen sechs Monaten ab, ist eine chirurgische Entfernung angezeigt.

Indikationen für Stoßwellenlithotripsie (ESWL) und endoskopische Steinentfernung

- Steindurchmesser > 4–5 mm
- Ein Konkrement mit geringerem Durchmesser, das nicht spontan abgeht und immer wieder Koliken auslöst. Der Abgang eines kleinen asymptomatischen Steins kann bis zu sechs Monate unter regelmäßigen Kontrollen abgewartet werden, wenn sich keine Hydronephrose entwickelt.

Literatur:

Teichman JMH, Acute renal colic from ureteral calculus. Clinical Practice. N Engl J Med 2004; 350:684–93



Das Redaktionsteam:

Dr. Cornelia Croy, Dr. Barbara Degn, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Elisabeth Modler, 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

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

ÖGAM-Förderungspreis für Diplomarbeiten im Fach Allgemeinmedizin

AN DEN ÖSTERREICHISCHEN UNIVERSITÄTEN besteht Nachholbedarf, was den Aus- und Aufbau des Faches „Allgemeinmedizin“ betrifft. Um das Forschungsinteresse anzuregen, werden Arbeiten und ihre Mitbetreuung von der ÖGAM gefördert.

DIE ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZIN hat sich entschlossen, einen Förderungspreis für studentische Diplomarbeiten mit dem Schwerpunkt Allgemeinmedizin auszuschreiben. Ziel dieser Initiative ist es, Mediziner anzuregen, sich schon während des Studiums mit diesem Fachgebiet wissenschaftlich auseinanderzusetzen.

Wir erhoffen uns dadurch positive Entwicklungen in mehreren Bereichen:

Das Interesse an dem sehr breiten und vielfältigen Fachgebiet soll bei den Studenten geweckt werden.

Wir wollen damit auf die Fülle an interessanten Themen im Fach Allgemeinmedizin hinweisen, die noch nicht beforscht sind.

Ziel ist natürlich auch, den Grundstein für weitere wissenschaftliche Tätigkeit der künftigen Allgemeinmediziner zu legen.

Es gilt aber auch generell die Sicht- und Denkweisen des Faches an möglichst viele künftige Mediziner zu vermitteln, gleich welches Fach sie letztendlich ergreifen. Das Wissen um die Möglichkeiten der medizinischen Primärversorgung ist für alle Fachrichtungen für die integrierte Versorgung der Patienten und die künftig erforderlichen Kooperationsformen von Bedeutung.

Unser Fachgebiet ist auf universitärem Boden ein junges und damit auch ein sehr zartes Pflänzchen. Nicht alle Lehrstühle sind besetzt, die personelle Ausstattung ist oft sehr knapp dimensioniert.

Aus diesem Grund stellt manchmal die Betreuung der Diplomanden ein Problem dar. An manchen Universitäten werden deswegen niedergelassene Allgemeinmediziner zur Mitbetreuung gewonnen. Um auch hier Anreize zu setzen und diese derzeit noch erforderliche freiwillige und nicht honorierte Zusatzleistung anzuerkennen, wurde auch für diese Kollegen ein Förderbetrag festgesetzt.

Sowohl im internationalen Vergleich als auch im Vergleich zur erforderlichen Anzahl an Allgemeinmedizinern im Gesundheitssystem besteht an den Universitäten ein gewaltiger Nachholbedarf zum Aus- bzw. Aufbau von fachspezifischen Strukturen. Unter den gegenwärtigen budgetären Bedingungen ist das sogar bei bestehendem politischen Willen nur eingeschränkt möglich.

Als wissenschaftliche Gesellschaft wollen wir unseren Teil zur Verbesserung der Situation beitragen.

Dr. WALTER HECKENTHALER
Schatzmeister der ÖGAM,
Arzt für Allgemeinmedizin, Maria Enzersdorf
walter.heckenthaler@gmx.at



Facts zum Förderungsprogramm der ÖGAM

1. Gefördert werden zwei Arbeiten pro Studienjahr und Universitätsstandort.
2. Das Thema der eingereichten Arbeit ist vom Förderungsbeirat der ÖGAM (FB) als förderungswürdig zu erachten. Jeder Verfasser kann nur einen Antrag einreichen.
3. Die eingereichten Arbeiten müssen in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Die Genehmigung des Projektes, das der eingereichten Arbeit zugrunde liegt, durch die zuständige Ethikkommission ist Voraussetzung für die Zuerkennung der Förderung.
4. Der Verfasser sichert mit der Einreichung der ÖGAM zu, die eingereichte Arbeit oder Auszüge daraus auf der Website www.oegam.at sowie in Papierform zu veröffentlichen. Entsprechende Texte sind der ÖGAM vor der Preisverleihung zur Verfügung zu stellen.
5. Voraussetzung für die Ausschüttung des Preises sind der Abschluss der Arbeit und die positive Beurteilung durch den ÖGAM-FB. Ausgeschüttet werden jeweils 500 Euro für den Studierenden und eine Aufwandsentschädigung von maximal 500 Euro für den mitbetreuenden ehrenamtlichen Allgemeinmediziner.
6. Einsendeschluss ist der 30. September 2014. Der ÖGAM-FB trifft die Entscheidung innerhalb von vier Wochen. Der Preis wird voraussichtlich im November 2014 in feierlichem Rahmen verliehen. Die Anträge sind per E-Mail inklusive Lebenslauf einzureichen unter: Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin; e-Mail office@oegam.at
7. Der wissenschaftliche Beirat des „ÖGAM-Preises für Diplomarbeiten“ setzt sich wie folgt zusammen: jeweils ein Vertreter der Universitäten Graz, Innsbruck, Salzburg, Wien + vier Vertretern der ÖGAM.
8. Ein Rechtsanspruch auf Verleihung des Förderungspreises besteht nicht. Es gibt auch keine Rechtsmittel gegen die Entscheidung des Förderungsbeirates. Der Preis stellt kein Entgelt für die Leistung der PreisbewerberInnen dar.