

Unterschiedliche Logiken im Gesundheitsbereich

Behandlungs- bzw. Betreuungsarbeit im Gesundheitsbereich wird von vielen, die sich an der Diskussion um eine Neuorientierung des Systems beteiligen, als klassische Dienstleistung angesehen. In ihrer Vorstellung handelt es sich vorwiegend um objektivierbare Handlungen bzw. Handlungsketten, die quantitativ und qualitativ einfach erfassbar sind. Ähnlich wie in der Güterindustrie könnten sie in kürzerer Zeit erbracht werden, wenn die zugrunde liegenden Prozesse rationeller gestaltet würden. Für die direkt mit den Patienten Arbeitenden sind betreuende und behandelnde Leistungen jedoch keineswegs mit üblichen Dienstleistungen vergleichbar, denn sie beruhen auf einer kooperativen, partizipativen Beziehung zu den Patienten, die erst aufgebaut werden muss und die je nach Situation ganz unterschiedlichen Aufwand benötigt und auch unterschiedlich gelingt. Aus ihrer Sicht sind Beziehungsaufbau und Beziehungsarbeit wichtige, zeitintensive Bestandteile der eigentlichen Behandlungs- bzw. Betreuungsleistung.

Der Aufbau der Beziehung geschieht, indem Zeit für die Patienten vorhanden sein muss. Sie ist der wichtigste Rohstoff eines vertrauensvollen Verhältnisses. Diese Beziehung muss dem rasch wechselnden Bedarf angepasst werden und entsprechend der jeweils vorliegenden Komplexität bzw. dem sehr unterschiedlichen Kommunikationsbedarf zur Verfügung gestellt werden.

Patient-Arzt-Beziehungen sind asymmetrisch bzw. durch unterschiedlichen Informationsstand gekennzeichnet. Die Verwaltung dieser Asymmetrie durch möglichst gute Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungsprozesse braucht ebenfalls Zeit. Aufgrund der schlechten Vorhersehbarkeit des Bedarfs, z.B. durch unterschiedliche Gesundheitskompetenz, lässt sich der Zeitaufwand nicht wirklich standardisieren. Aufmerksamkeit und empathische Zuwendung können nicht in kürzerer Zeit erbracht werden, ohne dass sich deren Qualität wesentlich ändert.

Die hausärztliche Patienten-Beziehung mit ihren tragenden Merkmalen Selbstauswahl, Vertrauensverhältnis, Beziehungskontinuität, gemeinsame Entscheidungsfindung und Kenntnis der Lebensumstände kann zwar beim Beziehungsaufbau Zeit einsparen, schöpft aber ihre Wirksamkeit ebenfalls aus dieser kostbaren Ressource.

Mit der simplen Forderung seitens der Gesundheitspolitik nach mehr Zeit pro Patient oder nach mehr Erreichbarkeit ist primär nichts getan, wenn die Rahmenbedingungen nicht entsprechend angepasst werden. Rein betriebswirtschaftliche Betrachtungen der Arbeitsprozesse greifen zu kurz. Sie gehorchen Zwängen und Zielen, die der Behandlungs- und Betreuungsarbeit im Gesundheitsbereich fremd sind.

Im Verwaltungsbereich wird fast ausschließlich der zu objektivierende Teil der Arbeit gesehen. Für die am Patienten Arbeitenden ist die subjektive Seite in gleicher Weise bedeutend. Subjektivität bedeutet dabei einerseits die Fähigkeit, von Menschen und ihren Problemen berührt zu werden, gleichzeitig auch Distanz zu bewahren, um auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben. Andererseits ist Subjektivität wichtig, damit über die Arbeit Selbsterfüllung bzw. Sinngabe entsteht. Arbeiten heißt dementsprechend nicht nur etwas „produzieren“, sondern auch durch Ausübung der erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen die Identität über die Arbeit finden. Unter Zeitdruck geht die subjektive Seite insbesondere zum Nachteil der Beziehungsqualität verloren.

Strukturelle Reformen, die den Faktor Zeit in seiner großen Variabilität nicht ausreichend berücksichtigen, werden automatisch zum Problem des Personals im Gesundheitswesen mit Überlastung und innerem Rückzug. Unterschiedliche Logiken bestimmen die Organisation der Arbeit im Gesundheitsbereich. Zwei verschiedene Rationalitäten (Managementlogik einerseits und Behandlungs-/Betreuungslogik andererseits) stehen zunehmend konflikthaft gegenüber. Zeit für Beziehungsaufbau und Beziehungsarbeit muss jedoch ein zentrales Thema für beide sein. Wir hoffen auf das Bewusstsein dafür bei der weiteren Entwicklung der Konzepte für das Gesundheitssystem, insbesondere aber bei deren Umsetzung.



Dr. Reinhold Glehr

*Dr. Reinhold Glehr
Präsident der ÖGAM
Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg*

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 Allgemeinheit

*Letztes Update: 25. 2. 2014

Ziele

- Erkennen einer Depression bei älteren Menschen. Die Erkrankung wird oft nicht diagnostiziert und bleibt unbehandelt.
- Intervention bei akuter Depression mit dem Ziel der Linderung aller Symptome.
- Verbesserung der Lebensqualität des Patienten durch psychische Unterstützung und medikamentöse Behandlung mit möglichst geringen Nebenwirkungen.

Hintergrund und Epidemiologie

- Die Prävalenz von Depressionen unter Einbeziehung milder Verläufe wird auf etwa 12–13% geschätzt. Bei älteren Menschen, die einen Arzt aufsuchen, ist Depression eine häufige Erkrankung (17–30%), ebenso wie unter den alten Patienten im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen.
- Auch im Alter sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.
- Die Prävalenz schwerer Depression in der älteren Bevölkerung liegt bei 1–4%. Bis zu 10–12% der älteren Patienten, die stationär aufgenommen werden, leiden unter schweren Depressionen.
- Etwa 15–20% aller depressiven Störungen im Alter haben eine psychotische Komponente.
- Depression ist eine multifaktorielle, klinisch heterogene Gruppe von Erkrankungen mit einer Reihe ätiologischer Faktoren. Genetische Faktoren und Umweltfaktoren spielen eine Rolle, ebenso somatische Erkrankungen wie z.B. M. Parkinson, Schlaganfall, kardiovaskuläre Erkrankungen und chronischer Schmerz.
- Der Alterungsprozess geht einher mit einer Reduktion an Möglichkeiten, mit Verlusten und Gebrechlichkeit. Schwierigkeiten, sich diesen veränderten Bedingungen anzupassen, prädisponieren zur Depression. Auch einschneidende Ereignisse, wie die Erfahrung des Todes im unmittelbaren Umfeld (Verlust eines Partners oder anderen Familienmitglieds), lösen häufig Depressionen aus.
- Wenn die erste Episode einer Depression im fortgeschrittenen Lebensalter auftritt, so kann diese eine Gedächtniserkrankung ankündigen.

Symptome

- Die Symptome sind vielfältig, überschneiden sich teilweise mit den Symptomen körperlicher Erkrankungen und sind oft nur schwer als Depression zu erkennen.
- Die wichtigsten Symptome, die eine Depression vermuten lassen, sind Niedergeschlagenheit über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen, Verlust von Interesse oder Freude an Alltagsaktivitäten, Appetitmangel, Müdigkeit und verminderte Energie.
- Symptome wie Apathie und Antriebsschwäche können einer Gedächtniserkrankung ähneln.
- Den Patienten fällt es oft schwer, ihre täglichen Aufgaben zu bewältigen, und sie sind vor allem am Morgen antriebslos.
- Weitere Symptome sind Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Angst, Pessimismus, ein Gefühl der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe, Selbstmord-

gedanken, Einsamkeit, Furchtsamkeit und Abhängigkeit von anderen Menschen.

- Ältere Menschen, die an Depressionen leiden, verlieren schneller ihre funktionellen Fähigkeiten als jüngere Patienten. Die Verstimmung steht oft nicht im Vordergrund.
- Körperliche Symptome können eine Depression maskieren: Schmerzen verschiedenster Art, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Abgeschlagenheit.
- Bei psychotischer Depression kommen Sinnestäuschungen vor. Halluzinationen zeigen sich oft als Anklagen, Beharrungstendenzen und abfällige Äußerungen. Zusätzlich kann eine psychomotorische Verlangsamung bis zum Stupor auffallen.

Differenzialdiagnosen

- normale Trauer als Reaktion auf ein Verlusterlebnis
- Gedächtniserkrankung (Tests oder Therapieversuch mit Antidepressivum). Patienten mit Gedächtniserkrankung können aber auch gleichzeitig an einer Depression leiden.
- chronische Schmerzen
- Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus
- Parkinson-Krankheit
- Vitamin-B₁₂-Mangel
- schädlicher Alkoholgebrauch

Diagnostik

- Besprechen Sie die Symptome und die aktuelle Lebenssituation mit dem Patienten. Es ist wichtig, sich ein Bild darüber zu machen, wie der Patient seine/ihre eigene Situation sieht. Wertvolle Informationen können auch von Personen im näheren Umfeld des Patienten eingeholt werden („Er ist nicht mehr der Alte“).
- Anamnese: frühere psychische Störungen, derzeitige medikamentöse Behandlung
- körperliche und psychische Untersuchung
- Screening-Test zur Depressionsdiagnose
- Die Instrumente BDI und MADRS können die Diagnostik und die Kontrolle des Therapieerfolgs unterstützen.
- Labortests (zum Ausschluss): TSH, freies Thyroxin, Blutbild, Differenzialblutbild, Vitamin B12, Calcium, Leberenzyme, Elektrolyte und Kreatinin
- EKG
- Beim Erstauftreten einer depressiven Episode im Alter sollten bildgebende Untersuchungen (MRT) und neuropsychologische Untersuchungen zur Unterscheidung zwischen Gedächtniserkrankung und Depression in Erwägung gezogen werden.

Betreuung

- Klären Sie den Patienten sowie die Angehörigen und anderen Betreuungspersonen über die Diagnose, Therapie und Verlauf einer Depression in einer situativ angemessenen und verständlichen Form auf. Betonen Sie die Behandelbarkeit der Depression. In der Anfangsphase der Erkrankung ist der Patient am meisten daran interessiert, wann er sich besser fühlen wird.
- Behandlung gleichzeitig bestehender, somatischer Erkrankungen; die Auswirkungen einer Behinderung sind nach Möglichkeit zu

1. Medizin: Depression im Alter*

mildern oder zu kompensieren; wenn das gelingt, bessert sich oft auch die Depression.

- Der psychosoziale Status des Patienten, einschließlich des vorhandenen Unterstützungsnetzes, ist zu erheben.
- Kurzfristige Überprüfung des Therapieerfolges, damit die Therapie nicht zu früh aufgegeben wird. Gleichzeitig auftretende Ängste können die Besserung der Depression verlangsamen, müssen sie aber nicht verhindern.
- Fortgeschrittenes Alter ist kein Hindernis für eine erfolgreiche Behandlung.
- Für einen depressiven älteren Menschen ist eine aktive und unterstützende Arzt-Patient-Beziehung wichtig.
- Die Wirksamkeit psychologischer Interventionen, besonders der kognitiven Verhaltenstherapie ist bei motivierten älteren Menschen mit depressiven Störungen erwiesen.
- Nach einem Verlustlebnis braucht der Patient Zeit, um zu trauern; wenn die Symptome jedoch lange anhalten oder intensiver werden, ist an eine Depression zu denken.
- Physiotherapie wird vom Patienten möglicherweise als eine unterstützende und positive Intervention empfunden. Es gibt gute Erfahrungen mit Gymnastikgruppenprogrammen für ältere Patienten.
- Medikamentöse Behandlung:
 - Bei der Wahl eines Antidepressivums ist die Symptomatik (apathisch – erregt) zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass das gewählte Arzneimittel mit den Komorbiditäten des Patienten und den anderen verordneten Medikamenten kompatibel ist.
 - SSRI wirken eher aktivierend. Dazu gehören Citalopram, Escitalopram, Sertralin, Paroxetin und Fluvoxamin. Wechselwirkungen beachten!
 - Trizyklische Antidepressiva haben anticholinergische und kardiovaskuläre Nebenwirkungen und sind daher nicht die Medikamente der Wahl in der ambulanten Behandlung depressiver älterer Menschen.
 - Diese Medikamente haben eine geringe therapeutische Breite, was besonders bei der Behandlung von Patienten mit autodestruktiver Komponente ein Risikofaktor ist.
 - Mirtazapin in einer Anfangsdosierung von 15–30 mg tgl. hat sich bei Depressionen in Verbindung mit Angst oder Schlafstörungen bewährt.
 - Duloxetin (30–60 mg)
 - Venlafaxin (37–75–225 mg tgl.) kann bei Depressionen wirksam sein, die auf andere Medikamente nicht ansprechen.
 - Vor allem SSRI und Venlafaxin gehen bei älteren Patienten mit einem Risiko für Hyponatriämie einher.
 - Bei Depressionen mit psychotischen Symptomen wird die antidepressive Medikation mit einem Antipsychotikum der 2. Generation kombiniert (wie Quetiapin, Olanzapin, Risperidon).



17–30% der älteren Menschen, die einen Arzt aufsuchen, haben eine Depression

- Die Wirkung stellt sich meist innerhalb von vier bis acht Wochen ein, es kann aber bis zu zwölf Wochen dauern, bis die volle therapeutische Wirkung erreicht ist. Bei ausbleibender oder nur geringer Wirkung wird die Dosis erhöht oder – bei bereits optimaler Dosierung – auf ein Präparat aus einer anderen Antidepressiva-Gruppe gewechselt.
- Bei der ersten depressiven Episode wird die Medikation über ein bis zwei Jahre nach Abklingen der Depression fortgesetzt. Bei einem Rezidiv kann eine Dauertherapie über etliche Jahre erfolgen.
- Selbstmordabsichten bei älteren Patienten sind eine Indikation für eine stationäre Betreuung.
- Bei alten Menschen sollte eine stationäre Behandlung niedrigerer Schweregraden erfolgen als bei jüngeren Patienten, vor allem wenn das soziale Netzwerk nicht ausreichend ist. Psychotische und therapieresistente Depressionen bei älteren Menschen werden an psychiatrischen Einrichtungen behandelt, leichtere Erkrankungen lassen sich meist in der Grundversorgung führen.
- Die Elektrokonvulsionstherapie ist auch bei älteren Patienten wirksam und sicher, sowohl bei schweren als auch bei psychotischen Depressionen.

Beratung und Supervision für Betreuer

- Die Betreuung eines älteren depressiven Menschen kann für Pflegepersonen und andere Betreuer schwierig sein. Der Patient kann hoffnungslos und verbittert sein und macht eventuell seine Umgebung verantwortlich, ist abhängig und emotional labil.
- Supervisionsgruppen für das Betreuungspersonal und Beratung für betreuende Angehörige können sich als hilfreich erweisen.
- Bei diagnostischen Problemen oder Therapieresistenz empfiehlt es sich, einen Psychiater zu konsultieren. Bei refraktärer Depression können mehrere Antidepressiva kombiniert oder in Kombination mit einem Antipsychotikum verabreicht werden.

Autor: Hanna-Mari Alanen, Review: Eva Mann



5. Benefizball der Ärztinnen und Ärzte Wien Süd 2014

Um 1 Uhr früh nach der Tombola saß ich inmitten des Ballsaales und beobachtete erschöpft, aber auch voller Stolz die noch immer gut gefüllte Tanzfläche. Geschafft! Es war diesmal wieder ein tolles Fest. Ja, für Kollegin Dr. Maria Öhl hätte ich mir gewünscht, dass noch mehr Besucher da gewesen wären, aber dann hätten wir nicht so gut tanzen können! Immerhin hatten wir anlässlich unseres 5. Balles diesmal Taxitänzer, die von den Damen sehr gut angenommen wurden. Ich dachte auch an unseren ersten Ball, bei dem wir um diese Uhrzeit noch nicht einmal wussten, wieviel Frau Dr. Öhl und mich dieser Ball und dieses Vergnügen kosten werden, oder ob wir doch eine Spende an das Mobile Hospiz weitergeben können.

Die Tombola war diesmal etwas ganz Besonderes. Allen Sponsoren sei hier noch einmal gedankt. Ich möchte mich auf diesem Wege auch noch einmal bei allen „Heinzelmännchen“, die nicht genannt werden wollen, bedanken, ohne die dieses Fest nicht möglich gewesen wäre. Der Hauptpreis war heuer zum 3. Mal ein Flug über Wien, den ein Kollege, der selbst Flieger ist, gespendet hat. Der Preis wurde auch heuer wieder prompt eingelöst. Aber selbst die Preise der Juxtombola waren außerordentlich.

In den Jahren 2013 und 2014 hat Frau Monika Lunzer die Hauptorganisation übernommen, sie wird uns auch weiterhin unterstützen. Sie hatte heuer wieder tolle Einlagen mit den Vienna Dance Kids, Bauchtänzerinnen und einer Sängerin gefunden. Es ist immer riskant, die Geschmäcker der Ballbesucher zu treffen. Ob die Einlagen

angekommen sind, wissen wir immer erst nach dem Ball. Im Vorfeld ist für uns im Organisationsteam immer schon die spannende Frage, wie hoch der Erlös sein wird: Dank auch noch nachträglicher großzügiger Spenden durften wir diesmal 5.300 Euro an das Caritashospiz weitergeben. Diese Summe erfüllt uns alle mit Stolz!

Bei unserem ersten Ball im Jahr 2010 waren es 3.600 Euro, in den letzten fünf Jahren konnten wir insgesamt 23.400 Euro übergeben. Und das für ein Fest, das als Idee als „Kleiner Ärzteball“ entstanden ist – ein Fest, bei dem Familie, Freunde und Kollegen sich in entspannter Runde treffen.

Zuletzt auch noch ein großes Danke an Frau Kollegin Öhl, die die Idee für diesen Ball hatte und so hartnäckig an der Umsetzung geblieben ist.

Jetzt ist für uns alle Sommerpause, aber spätestens Ende des Jahres beginnen wieder die Treffen der Organisatorinnen und Helfer, auf die wir uns schon alle sehr freuen. Ab diesem Zeitpunkt werden die Zuständigkeiten eingeteilt, Ideen und Tombolapreise gesammelt, Aussendungen und Drucke vorbereitet und verteilt ...

Deshalb freue ich mich besonders, den Termin unseres 6. Benefizballes schon jetzt vorankündigen zu dürfen: Es wird der 24. 4. 2016 sein!

*Dr. Susanna Michalek
Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien*



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.