

Diagnosefindung – Bauch oder Kopf? Gedanken rund um Algorithmen und Diagnosetools

In der anregenden Atmosphäre der ÖGAM-Wintertagung 2015 gab es oft Gelegenheit, die in den Vorträgen angerissenen Themen im Kollegenkreis zu reflektieren und zu diskutieren.

Eine der Diskussionen entzündete sich am Vortrag von Kollegin Rabaday über Entscheidungshilfen in der Praxis. Sie stellte neben den bewährten EBM-Guidelines verschiedene Algorithmen und Diagnosetools für den Praxisalltag vor.

Dies bot Anlass, sich mit dem Prozess der Diagnosefindung in der Allgemeinmedizin und ihren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen.

Als Einstimmung stelle ich ein Zitat von Ludwik Fleck voran. Er war Arzt und Erkenntnistheoretiker und lebte in der Zwischenkriegszeit in Polen.

„Das Wesen von Krankheit sind die ‚nicht typischen‘, von der Normalität abweichenden Phänomene. Dies steht im Gegensatz zu der sonst in der Naturwissenschaft üblichen Vorgangsweise, typische normale – ‚normative‘ Strukturen zu suchen. Und dabei trifft der Arzt auf diesem Weg sofort auf einen gewaltigen Reichtum und Individualität dieser Phänomene, die die Vielheit ohne klare abgegrenzte Einheiten begleiten, voller Übergangs- und Grenzzustände. Es gibt keine genaue Grenze zwischen dem, was gesund und krank ist, nirgends trifft man wirklich ein zweites Mal auf dasselbe Krankheitsbild.“*

Das Erfassen und Bewerten von mehrdeutigen, vielschichtigen Symptomenkomplexen stellt somit **die** Herausforderung der Allgemeinmedizin dar. Dazu benötigt man eine Fülle an Fähigkeiten.

Grundvoraussetzung ist das medizinisch-faktische Wissen. Hinzu kommt das implizite Wissen, das sich aus dem langjährigen Erfahrungsschatz nährt. Man könnte es auch Intuition, verdichtete Wahrnehmung oder Gespür nennen. Die Dimension der Sinneswahrnehmungen, die Rezeption der Stimmung und der Emotionen des Patienten liefern zusätzliche Information.

Die Diagnosefindung ist ein sehr komplexer Vorgang, der aber nicht

nur die gerade beschriebenen sehr von der Person abhängigen individuellen Faktoren benötigt, sondern auch objektiv wissenschaftliche Kriterien. Evidenzbasiertes Wissen, evaluierte Algorithmen und Abfrageschemata sind unverzichtbare zusätzliche Instrumente in unserem Werkzeugkasten.

Die gängige Definition der EBM bestätigt dies gleichfalls.

Evidence-based Medicine (EBM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten verfügbaren, externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration (1) individueller klinischer Expertise mit der (2) bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung und (3) der individuellen Situation des Patienten.

Es wird also die Integration der Pole externe Erkenntnis, individuelle Expertise und individuelle Erfordernis des Patienten verlangt.

Die im Titel nachgefragte Dichotomie ist Unsinn. Nicht „entweder – oder“, sondern „sowohl Kopf als auch Bauch“-strukturschaffende Elemente sind genauso wichtig wie assoziatives, vernetzendes Denken und Fühlen.

Um den Bogen zu schließen: Tenor des Vortrags war, dass Algorithmen und Diagnosetools hilfreich sind, aber keinesfalls die Expertise des Arztes ersetzen können.



**Dr.
Walter Heckenthaler**

*Dr. Walter Heckenthaler
Arzt für Allgemeinmedizin, Maria Enzersdorf*

* Fleck Ludwik, Erfahrung und Tatsache, herausgegeben von Lothar Schäfer und Paul Schnelle, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 404, S. 12.

Höhepunkte der ÖGAM-Wint

Alle Jahre wieder lädt die ÖGAM zur Wintertagung nach Zug am Arlberg. Das ruhige Ambiente sorgt für gute Stimmung, es freut die Organisatoren der ÖGAM, dass die Zahl der Teilnehmer stetig zunimmt.

Es ist unmöglich, über die Vielzahl der Vorträge auf diesem beschränkten Raum zu berichten, aber von ein paar besonderen Präsentationen möchte ich berichten:

Am ersten Abend zu Beginn der Wintertagung kam es zu einem ersten Höhepunkt: **Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek**, Anton-Proksch-Institut, Wien, referierte zum Thema Burn-out.

Nach der Definition von C. Maslach wird das Burn-out-Syndrom durch drei Dimensionen beschrieben: emotionale Erschöpfung, Entfremdung („cynisme“) und reduzierte Leistung. Folgende Faktoren tragen dazu bei: viel Arbeit – Overload, fehlende Wertschätzung, Desorganisation, fehlende Fairness, toxisches soziales Umfeld, Wertekonflikte zwischen Person und Arbeit. Man unterscheidet drei Stadien:

Stadium 1: Die Überlastung ist unerkannt, es fehlt Freizeit, persönliche Bedürfnisse und soziale Beziehungen werden vernachlässigt, es bestehen erhöhte Reizbarkeit, innere Spannung und Schlafprobleme. Dazu kommen Appetenzstörungen (Essen, Sex ...). Die Patienten sind aber „gesund“.

Stadium 2: Nun wird die Überforderung bewusst, es besteht ein völliges Fehlen von Freizeit. Die Betroffenen isolieren sich im sozialen Bereich, sind gereizt und aggressiv, die innere Unruhe und Ängste wachsen an, es kommt zu unspezifischen psychosomatischen Symptomen.

Stadium 3: Da kommt es zum Zusammenbruch, zu sozialem Rückzug und Sozialphobie, Depression, es treten manifeste körperliche Erkrankungen auf, dazu Losigkeitssyndrome und Lebensüberdross.

Therapie:

Stadium 1: Coaching, Beratung

Stadium 2: Coaching, Beratung, evtl. Therapie

Stadium 3: Behandlung, Reha, Pensionierung

Eine ressourcenorientierte Therapie wird von Prof. Musalek empfohlen, z.B. das Orpheusprogramm in seiner Institution als Teil eines Gesamtkonzepts zur Lebensneugestaltung.

Altes und Neues zur Psoriasis

Am nächsten Morgen folgte ein sehr praxisorientierter Vortrag von **OA Univ.-Doz. Dr. Paul Sator**, KH Hietzing, Wien, zu Altem und Neuem bei Psoriasis. Die Hauterscheinungen wurden auf vielen Bildern gezeigt, die zumeist später auftretende Arthritis wurde eingehend besprochen. Folgende Phänomene sollen uns daran denken lassen: Daktylitis („Wurstfinger“), Enthesitis (Entzündung der Sehnenansätze), asymmetrischer Gelenkbefall, Wirbelsäulenbeteiligung und Nagelbeteiligung.

An der Behandlung der Haut und Kopfhaut mit Ölbad, indifferenten Pflegesalben, topischem Cortison und Cignolin (Kopf) hat sich nichts geändert. In schweren Fällen ist nach wie vor Bestrahlung Therapie der Wahl (UVB, PUVA).

Als systemische Therapie kommen Methotrexat, Cyclosporin (selten) und orale Retinoide in Frage, neu ist die Behandlung mit Fumarsäure (Magistraliterverschreibung, aufdosieren und dann wieder reduzieren, monatliche Kontrolle von BB, Leber, Niere).

Seit einigen Jahren wird immer häufiger mit Biologika therapiert.

Dr. Otto Pichlhöfer, Nordrandklinik, Wien, sprach über seine wissenschaftlichen Recherchen und seine persönlichen Erfahrungen mit „Mindfulness-based Stress Reduction“. Die Tagungsteilnehmer konnten während der Wintertagung an einer täglichen Praxisstunde seine Methoden kennenlernen.

Schizophrenie wäre gut behandelbar

Ein Highlight der Tagung war unbestritten der Vortrag von **Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer**, Donauespital, Wien. Er sprach über Schizophrenie und ihre medikamentöse Therapie.

Bei früher Diagnose ist die Erkrankung gut behandelbar, allerdings gibt es häufig Compliance-Probleme: Wenn eigenmächtig die Therapie abgesetzt wird, sind Neuroleptika bei Wiederbeginn der Therapie weniger wirksam. Die neuen Neuroleptika sind alle stark wirksam, das therapeutische Vorgehen richtet sich nach den Nebenwirkungen (z.B. Gewichtszunahme). Fischer hat einige Fallbeispiele präsentiert, die den fachlichen Input seines brillanten Vortrages sehr lebendig untermalt haben. Obwohl er, wie er sagte, noch nie vor Allgemeinmediziner referiert hatte, war das Auditorium hochzufrieden.

Hochinteressantes zur Hypertonie

Am Dienstag stand das Thema Hypertonie am Programm: Sie ist eine der wichtigsten Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Hausärzte kennen sich in der Blutdruckbehandlung gut aus. Was sollte da schon Neues erfahren werden? **Priv.-Doz. Dr. Thomas Weiss**, Wilhelminenspital, Wien, zeigte hochinteressante wissenschaftliche Daten über die Blutdruckeinstellung von Patienten in vielen Ländern.



Prof. Musalek referierte zum Thema Burn-out

Wintertagung 2015

Beeindruckend ist die Entwicklung in Kanada, wo durch eine landesweite Initiative die Zielwerte der RR-Therapie deutlich verbessert werden konnten. In Kleingruppenarbeit ging es um die Selbsteinschätzung der Kollegen, was die Compliance der Patienten anbelangt. Außerdem wurde ein Projekt zur Erfassung aktueller Daten über die Blutdruckeinstellung der Wiener Bevölkerung vorgestellt – bei dem möglichst viele Hausärzte mitmachen sollen (LBP Vienna).

Alles über Schwindel

Einen besonders praxisnahen, lebendigen Vortrag hielt **Dr. Bernd Pommer**, FA für Neurologie, Zell am See, über den Schwindel. Die häufigsten Schwindelformen sind: benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPPV), der phobisch somatoforme Schwindel, der zentrale vestibuläre Schwindel und die vestibuläre Migräne. Wichtigste diagnostische Schritte sind die Anamnese und die körperliche Untersuchung. Ein HWS-Röntgen macht normalerweise keinen Sinn. Kalorische Tests können in Einzelfällen hilfreich sein, CT ist nicht sinnvoll, ein MRT ist manchmal indiziert.

BPPV: Die Otokonien sammeln sich im hinteren Bogengang. Typische Anamnese ist der Beginn nachts oder frühmorgens beim ersten Aufrichten, es handelt sich um Drehschwindel, zudem tritt Übelkeit auf, Besserung ergibt sich durch Ruhestellung. Dr. Pommer demonstrierte eindrucksvoll das einfache Lagerungsmanöver, das sofort Erleichterung für den Patienten bringt.

Neuritis vestibularis ist eine Erkrankung, die den horizontalen Bogengang betrifft, sie ist eine entzündliche Erkrankung mit anhaltendem Drehschwindel, Übelkeit, Gangabweichung und Oszillopsie. Mit der Frenzel-Brille kann ein Spontannystagmus beobachtet werden. Vermutlich ist das eine reaktivierte Herpes-simplex-Infektion, es ist eine Cortisontherapie (meist stationär) und Gleichgewichtstraining indiziert.

Er sprach noch über viele Schwindelformen, wie Schwindel bei M. Menière, über den phobisch-somatoformen Schwindel, zentrale Schwindelformen, den traumatischen Schwindel usw. Der zervikogene Schwindel ist eigentlich keine eigene Erkrankung, eine Pathophysiologie ist nicht bekannt, es gibt keine Tests, die eine solche Diagnose bestätigen. Wichtig ist in Hausarztpraxen der so genannte „Altersschwindel“. Er entsteht durch Visusverschlechterung, periphere Neuropathie, Arthrose der großen Gelenke, Parkinsonerkrankung, Sturzphobie, auch als NW von Medikamenten.

Quer durch die Bank

Unsere Kollegin **Dr. Ulrike Preiml** aus Wien hielt einen Vortrag zu Sarkopenie im Alter und Gegenmaßnahmen. Dr. Günter Diem, Kollege aus Lustenau, präsentierte sein epidemiologisches Wissen, was Primary Care im österreichischen Gesundheitssystem bedeutet.

Eine schon allen bekannte Referentin ist **Prof. Dr. Gabriele Moser** vom Wiener AKH. Sie sprach über Psychosomatik bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.

OÄ Dr. Claudia Francesconi, Diabetes- und Stoffwechsellambulanz, Gesundheitszentrum Wien-Mitte der WGKK, hielt einen aus-



Dr. Pommer, der ein Lagerungsmanöver zeigt

führligen Vortrag zu Typ-2-Diabetes, sie präsentierte eine Übersicht über den neuesten Stand von Diagnostik und Therapie: Interessant ist dazu neues Patienteninformationsmaterial der ÖDG:

www.bewegungsbox.at

Eine zweite Session zum Thema Diabetes wurde von **Univ.-Prof. Dr. Thomas Wascher**, Hanusch-Krankenhaus, Wien, ganz interaktiv gestaltet. Er beantwortete bereitwillig und kompetent zwei Stunden lang viele Fragen aus dem Publikum.

Die Vizepräsidentin der ÖGAM **Dr. Susanne Rabady** aus Niederösterreich, langjährig unermüdliche Herausgeberin der EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin, hielt einen spannenden Vortrag über Entscheidungshilfen in der Praxis.

Univ.-Prof. Dr. Alexander Kiss, ein „Auslandsösterreicher“ aus Basel, präsentierte Beispiele aus Spielfilmen zum Thema „Überbringen schlechter Nachrichten“, die dann vom Auditorium besprochen und bewertet wurden. Die Diskussion war lebendig und kurzweilig. Den Abschluss der Wintertagung machte **Univ.-Prof. Dr. Susanne Greber-Platzer**, MBA, AKH, Wien. Sie präsentierte ihre wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen mit adipösen Kindern und Jugendlichen. Zuletzt folgte noch **Dr. Günther Neumayr** aus Lienz, Kardiologe und Sportmediziner, mit seinem Vortrag zu Fitness und Trainingstherapie.

Es ist nicht möglich, die vielen Beiträge im Detail zu besprechen. Es war spannend und hochinteressant! Die Wintertagung ist zudem eine ausgezeichnete Möglichkeit zu Diskussionen mit Kollegen, die gemeinsamen Pausen und Mahlzeiten bieten dazu viel Gelegenheit. Viele Projekte sind schon in Lech entstanden!

*Dr. Barbara Degen
Vizepräsidentin der ÖGAM
Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien*

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Mit „einfach statt kompliziert“ die Rutsche legen

Die Zukunft sieht nicht gerade rosig aus für die Allgemeinmedizin. Wir steuern nicht nur auf einen Ärztemangel zu, wir haben ihn bereits – auch in Wien fängt es an, dass Ordinationen um immer weniger Punkte zu haben sind bzw. aufgelassen werden müssen, da sich niemand für eine Übernahme meldet. Insgesamt gibt es immer weniger Jungärzte, aber von denen trauen sich auch immer weniger, tatsächlich in die Praxis zu gehen.

Höchste Zeit, etwas zu unternehmen. Natürlich wäre es sinnvoll, Ängste vor der Arbeit als Arzt für Allgemeinmedizin zu nehmen, indem man bereits das Studium praxisnah gestaltet: mit einem verpflichtenden, adäquat honorierten Turnus im niedergelassenen Bereich. Da diesbezüglich die Diskussionen noch im Laufen sind und konkrete Ergebnisse immer noch in weiter Ferne zu liegen scheinen, musste man sich auf die nächste Phase konzentrieren: Der übliche Weg eines jungen Arztes ist, nach Erlangen des Jus practicandi die nötigen Erfahrungen durch Vertretungen zu sammeln. Und genau dort wollte man ansetzen: Schon seit geraumer Zeit bot man in der Wiener Ärztekammer Vertretungsärztekurse an. Der erwartete Effekt blieb bis dato aber aus: Viele hörten sich die Vorträge an, aber keiner wagte sich hinaus in die unbekannte Welt der Praxis.

Das ZAM (Zentrum für Allgemeinmedizin) hat sich nun eine neue, innovative Fortbildung überlegt; auch die WIGAM durfte beitragen: Unter dem Titel „1 x 1 der Vertretung“ wurde eine Abendveranstaltung angeboten, die so ganz anders war als bisher. Nicht theoretisch sollte sie sein, sondern praxisnah – mit allen Informationen, die man so braucht für die ersten Schritte in die vertretungsärztliche Tätigkeit. Da zählten Erfahrungsberichte von Ärzten, die vertreten haben, genauso dazu wie Tipps, im Gespräch mit Patienten „gut rüberzukommen“; wie man es bewerkstelligt, dass auch der Arzt, den man vertritt, mit einem zufrieden ist – weil man brav alle Leistungen für die Verrechnung eingegeben hat und man sich so für ihn amortisiert; die richtigen Positionen für die Verrechnung mit den Krankenkassen einzugeben ist gar nicht so schwer, konnte gezeigt werden. Antworten auf rechtliche und versicherungstechnische Fragen wurden ebenso gegeben wie ein kurzer Einblick in die Welt der Ordination, wie sie wirklich ist. Viele Fragen wurden gestellt, auch



Dr. Cornelia Croy

die ganz grundlegenden, und keine war fehl am Platz – wie schreibe ich eine Honorarnote? Was mache ich, wenn ich mein Honorar nicht bekomme? Wie viel darf ich fürs Vertreten verlangen?

Um die ersten Schritte in die Praxis geradlinig, ganz unkompliziert und ohne Hürden zu gestalten, konnte man 35 Ordinationsinhaber dafür gewinnen, dass sie neugierige Nachwuchsärzte in ihren Praxen „schnuppern“ lassen. Dafür wollten sie nichts in Rechnung stellen: Die Jungärzte sollten ihre Gäste sein, der Aufwand war es ihnen wert. Könnte ja sein, dass man

bei der Gelegenheit seine zukünftige Praxisvertretung kennenlernt; könnte sogar, weiter gedacht, auch sein, dass man die Person kennenlernt, die vielleicht eines Tages ein Partner in der eigenen Gemeinschaftspraxis wird oder die eines Tages die Ordination übernimmt: eine Win-win-Situation.

Das Konzept ging auf: Zwei Termine für bis zu je 24 Teilnehmer waren geplant. Gleich nach der Aussendung waren nach sechs Stunden der erste und nach neun Stunden auch der zweite Termin ausgebucht. Es musste also umdisponiert werden: Für den ersten Kurs räumte man sämtliche Tische aus dem Sitzungssaal und brachte so 54 Teilnehmer hinein, für den zweiten schaffte man Raum für 32 Teilnehmer. 24 Zuhörer des ersten Kurses und 19 aus dem zweiten wollten das Angebot der offenen Tür wahrnehmen – Mix und Match waren perfekt.

Es ist noch zu früh, um von der nächsten Phase, der praktischen Umsetzung, zu berichten, da die meisten Schnuppertage aufgrund einer nötigen planerischen Vorlaufzeit erst ab Februar stattfinden werden. Einige wenige Rückmeldungen von Leuten, die doch schon einen Tag der offenen Tür wahrnehmen konnten, gibt es bereits: 100% positiv. Dieses Erfolgskonzept einer klaren, einfachen, praxisnahen und nicht zuletzt ein individuelles Networking fördernden Veranstaltung hat sich herumgesprochen; es gibt konkrete Überlegungen, einen derartigen Kurs auch in Niederösterreich anzubieten. Die Zeichen stehen günstig, dass sich von den wenigen jungen Ärzten doch mehrere in eine nun nicht mehr ganz so ungewisse Zukunft der Selbständigkeit wagen, statt den durch den Turnus gewohnten Weg einer Anstellung weiterzuverfolgen.

Dr. Cornelia Croy, WIGAM

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 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: 01/407 82 74
office@oegam.at

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