

Universitäre Allgemeinmedizin in Österreich

Im Unterschied zu vielen anderen europäischen Ländern steckt die universitäre Allgemeinmedizin in Österreich noch in den Kinderschuhen. Es fehlt in Österreich sowohl an ausreichender Forschung im Bereich Allgemeinmedizin als auch im Bereich der Versorgungsforschung und Systemsteuerung, wie Dr. Thomas Cypionka und Susanna Ulinski, MA, in ihrem Projektbericht, der 2014 erschienen ist, feststellen.

Die Akademische Allgemeinmedizin hat vielfältige Aufgaben. Eine der wichtigsten ist die spezifische Ausbildung der Studierenden in Allgemeinmedizin und die Vermittlung allgemeinmedizinisch-generalistischer Sichtweisen, die sich von spezialistischen oft wesentlich unterscheiden. Eine weitere Aufgabe ist die Fort- und Weiterbildung, die heute vielfach nicht allgemeinmedizinisch sondern durch Spezialisten abgehandelt wird. Nicht zuletzt geht es um eine Forschung im Bereich Allgemeinmedizin, die nicht nur versorgungs-, sondern auch ökonomisch wirksam wird. Ihr Ziel sollte sein, die hausärztliche Tätigkeit und Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden zu evaluieren und Optimierungsstrategien aufzuzeigen. Wird diese Forschungsarbeit ausreichend unterstützt, kann sie erhebliche Auswirkung auf die Qualität der Behandlung haben.

In Salzburg wurde vor acht Jahren das Institut für Allgemeinmedizin an der Paracelsus-Universität mit sehr viel Engagement auch vonseiten der niedergelassenen Allgemeinmediziner gegründet und mit Univ.-Prof. Dr. Andreas Sönnichsen sehr gut besetzt. Für uns Allgemeinmediziner war es eine Zeit des Aufbruchs, es ging ein richtiger Ruck durch die Allgemeinmedizin. Wir werden seither als Allgemeinmediziner besser wahrgenommen und auch ernster genommen. Wir konnten zeigen, dass wir wissenschaftlich fundiert arbeiten, es wurden und werden Studien gemacht, die unsere tägliche Arbeit be-

einflussen, Handlungsweisen und deren Hintergründe werden hinterfragt und damit haben wir auch unsere Qualität der Versorgung deutlich gesteigert. Wir haben zusammen mit dem Institut ein österreichweit beachtetes Projekt zur Nachwuchsförderung entwickelt, das ohne Unterstützung des Instituts in dieser Form nicht möglich gewesen wäre. Die Institutsleiter Prof. Sönnichsen und seine Nachfolgerin Univ.-Prof. Dr. Maria Flamm, MPH, waren und sind gefragte Gesprächspartner von Landregierung und Krankenkassen zur Entwicklung der Allgemeinmedizin bzw. allgemeinmedizinischer Versorgung.

Ich glaube, dass sich die öffentliche Hand bewusst werden muss, dass eine akademisch etablierte Allgemeinmedizin in Österreich absolut notwendig ist, um eine qualitativ hochwertige und ausreichende medizinische Primärversorgung sicherzustellen. Die Aufgaben und Herausforderungen, mit denen die Allgemeinmedizin heute konfrontiert ist, sind mit akademischer Begleitung besser bewältigbar. Das in Lehre und Forschung angelegte Geld ist gut investiert und wird sich bald durch qualitativ hochwertige und ökonomische Behandlungsweise rentieren.

Es gibt in Österreich drei Institute für Allgemeinmedizin, Wien unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, in Salzburg Univ.-Prof. Dr. Maria Flamm und seit Kurzen nach langem Ringen wurde das Institut für Allgemeinmedizin in Graz sehr gut mit Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch besetzt. In Tirol gibt es ebenfalls einen Prozess zur Gründung eines Institutes für Allgemeinmedizin, der mit hohem Engagement von unseren Tiroler Kollegen Dr. Herbert Bachler und Dr. Christoph Fischer, die sich sehr in Lehre und Forschung verdient machen, betrieben wird. Im Moment scheint dieser Prozess ins Stocken geraten zu sein, und wir hoffen, dass es gelingt, die Schwierigkeiten zur Umsetzung zu lösen. Der ÖGAM ist die Realisierung des Tiroler Institutes ein großes Anliegen!



MR Dr. Christoph Dachs

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

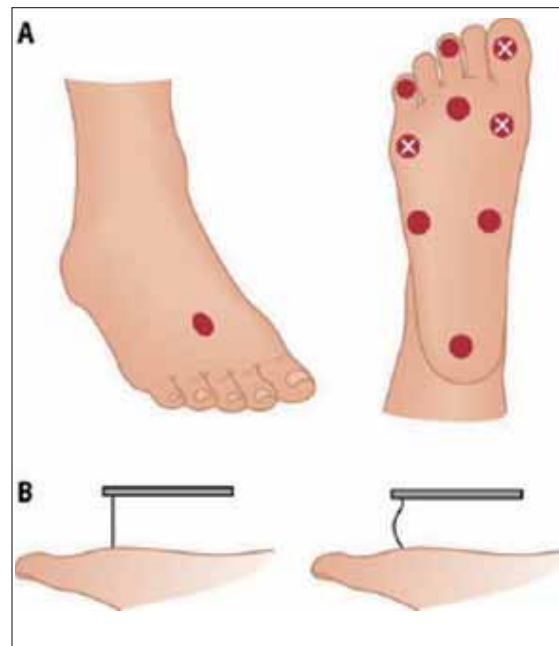
Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

*MR Dr. Christoph Dachs
Arzt für Allgemeinmedizin, Hallein*

Diabetische Neuropathie – aus den E

Wesentliches in Kürze

- Die Diagnose einer diabetischen Neuropathie beruht einerseits auf der Diagnose eines Diabetes, typischen Symptomen und klinischen Befunden, und andererseits auf dem Ausschluss anderer Ursachen einer Neuropathie.
- Eine Neuropathie der großen Fasern kann durch ENMG objektiviert werden, die Neuropathie der kleinen Fasern wird durch quantitative Messung der Sensibilitätschwelle erkannt. Der Verlust der kleinen Fasern kann auch durch eine Hautbiopsie nachgewiesen werden.
- Eine Neuropathie kann das erste Anzeichen eines Typ-2-Diabetes sein.
- Der Verlust der schützenden Berührungswahrnehmung als Folge der peripheren Neuropathie ist der wichtigste Risikofaktor für diabetische Ulzera der Füße.
- Eine Neuropathie der kleinen Fasern kann schon im Stadium der gestörten Glukosetoleranz auftreten. 11–25% der Patienten haben schon in der prädiabetischen Phase eine periphere Neuropathie.



Die Sensibilität wird mit dem Monofilament überprüft (Abb.).

- Muskelschwäche bei fortschreitender Erkrankung:
 - Sie kann Ataxie und Gleichgewichtsstörungen verursachen und so das Sturz- und Frakturrisiko erhöhen.

Differenzialdiagnosen

- Die Symptome der diabetischen Polyneuropathie unterscheiden sich nicht von den Symptomen anderer Neuropathien. Andere Ursachen, wie Vitamin-B₁₂-Mangel und Folsäuremangel, exzessiver Alkoholkonsum, Niereninsuffizienz und Hypothyreose, sollten ausgeschlossen werden.

- Es ist nicht ungewöhnlich, dass mehrere auslösende Faktoren neben der Hyperglykämie vorliegen.

Epidemiologie

- Unter allen Diabetikern haben:
 - bis zu 30% eine symptomatische Neuropathie, als Spätkomplikation haben bis zu 50% eine symptomatische Neuropathie.
 - 75–80% eine subklinische Neuropathie (die bei der klinischen Untersuchung oder aufgrund von Auffälligkeiten im ENMG [Elektroneuromyogramm] diagnostiziert wurde).
- 16% aller Diabetiker und 26% der Typ-2-Diabetiker haben chronische neuropathische Schmerzen. Die Schmerzen können schon in der prädiabetischen Phase auftreten.

Symmetrische und sensomotorische Polyneuropathie

- Diese häufigste Form der Neuropathie tritt bei 30–50% aller Diabetiker auf.

Symptome

- Die Schmerzen beginnen vor allem distal, Parästhesien, Dysästhesien und Restless Legs sind häufig, manche Patienten können auch beschwerdefrei sein.
- Gemeinsam mit der reduzierten Sinneswahrnehmung kann auch eine paradoxe sensorische Hypersensitivität auftreten.

Befunde

- Sehnenreflex-Ausfälle:
 - Der Achillessehnenreflex wird als erster schwächer oder verschwindet ganz.
- Sensorische Störungen:
 - Vibration und Positionssinn in den unteren Extremitäten sind als erste betroffen, andere sensorische Störungen treten später auf.

Neuropathie der kleinen Fasern

- Kann schon im Stadium der gestörten Glukosetoleranz auftreten.
- Typische Symptome sind Brennen und Parästhesien der Füße.
- Störung des Temperaturempfindens, keine motorischen Symptome
- Wenn ein Patient eine Neuropathie der kleinen Fasern hat (gestörtes Temperaturempfinden ohne Veränderungen im ENMG), sollte ein zweistündiger oraler Glukosetoleranztest gemacht werden, um eine mögliche gestörte Glukosetoleranz zu diagnostizieren.
- Erhöht das Risiko für diabetische Ulzera der Füße, Gangrän und Amputationen.

Diabetische Muskelatrophie (= proximale Neuropathie)

- Meist besteht eine asymmetrische Muskelschwäche und -atrophie im Hüft- und Oberschenkelbereich mit Rücken- und Oberschenkelbeschwerden.
- Im typischen Fall handelt es sich um einen männlichen Patienten mittleren oder fortgeschrittenen Alters mit schlecht eingestelltem Diabetes. Durch Korrektur der Einstellung bessert sich der Zustand des Patienten binnen 6–18 Monaten deutlich.

Diabetische thorakale Radikulopathie

- Die Erkrankung wird häufig nicht erkannt, ist aber nicht ungewöhnlich.
- Sie tritt bei Typ-2-Diabetikern im Alter von 50 bis 70 Jahren auf.
- Symptome:
 - Leitsymptom ist ein starker unilateraler Schmerz im Thoraxbereich, der binnen weniger Tage seine maximale Intensität erreicht.
 - Im betroffenen Bereich können sensorische Ausfälle auftreten, manchmal kommt es zu einer regionalen Muskelschwäche in der Thorax- und Bauchregion.
 - häufig Gewichtsverlust
- Differenzialdiagnostisch ist an Herzkrankheiten und abdominelle Erkrankungen zu denken.
- Häufig kommt es zu Spontanheilung.

bM-Guidelines für Allgemeinmedizin

Mononeuropathie und multiple Mononeuropathie

- Die häufigsten durch Diabetes verursachten Mononeuropathien sind:
 - eine schmerzhafte Neuropathie des N. femoralis, die zu einer Schwächung des Quadrizeps führt, die spontan remittiert.
 - Karpaltunnelsyndrom (Häufigkeit über 30%)
- Störungen können in Form von Mono- oder multiplen Neuropathien auch an anderen peripheren Nerven auftreten. Üblicherweise kommt es innerhalb von Wochen oder Monaten zu einer Spontanremission.
- Eine mögliche Nervenkompression und radikuläre Symptome, die vom Rücken ausgehen, sollten als differenzialdiagnostische Option bedacht werden.

Diabetische Ophthalmoplegie

- Eine durch diabetische Neuropathie verursachte Störung der Augenbewegungen.
- Der am häufigsten betroffene Nerv ist der Oculomotorius, seltener der N. abducens oder der N. trochlearis.
- Oft kommt es zu einer Spontanheilung.

Autonome Neuropathie

Symptomatik

- Verminderung oder Ausfall der Pulsvariabilität
- orthostatische Hypotonie
- Störungen der Darmfunktion, Diarrhö, Obstipation
- Magenmotilitätsstörungen, Gastroparese, postprandiale Übelkeit sowie wechselnde Blutzuckerspiegel
- Harnwegsstörungen
- Impotenz
- Transpirationsstörungen, Hautveränderungen
- Abschwächung oder Verschwinden der Hypoglykämiesymptome
- Veränderung des renalen Natriumstoffwechsels, diabetisches Ödem, Arrhythmien

Diagnostik

- Anamnese (Symptome, Diabeteseinstellung, Alkohol)
- Klinische Untersuchung:
 - keine Erhöhung der Pulsfrequenz oder Senkung des systolischen Blutdrucks um mehr als 20 mmHg im Orthostasetest

- Ein Ruhepuls über 90/min kann auf eine autonome Neuropathie hinweisen.
- Wenn eine Gastroparese vermutet wird, sollte eine Gastroskopie zum Ausschluss anderer Ursachen durchgeführt werden. Eine Radioisotopenuntersuchung kann zur Abklärung einer gestörten Magenentleerung hilfreich sein.
- Zur Diagnosestellung werden verschiedene Tests verwendet; als die aussagekräftigsten haben sich eine Senkung der Pulsvariabilität bei forciertem Ein- und Ausatmen sowie der Orthostasetest erwiesen.
- Eine kardiovaskuläre autonome Neuropathie ist eine der schwerwiegendsten Komplikationen des Diabetes.

Behandlung der diabetischen Neuropathie

- Eine optimale Diabeteseinstellung ist die Grundlage von Prävention und Therapie der diabetischen Neuropathie.
- Mononeuropathie und Radikulopathie heilen meist spontan ab.
- First-Line-Therapie zur Behandlung des neuropathischen Schmerzes sind trizyklische Antidepressiva A, Pregabalin und Gabapentin. Wenn diese nicht wirksam oder nicht geeignet sind, lohnt es sich, eine Therapie mit Tramadol, Duloxetin oder Venlafaxin zu versuchen. Wenn auch diese Substanzen nicht wirksam sind oder der Schmerz stark ist, kann ein Therapieversuch mit stark wirksamen Opiaten überlegt werden.
- Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) hat sich als wirksam bei der Behandlung der diabetischen Neuropathie erwiesen.
- Die autonome Neuropathie wird normalerweise symptomatisch behandelt.
 - Bei orthostatischer Hypotonie ist durch ein Mineralokortikoid für ausreichendes Flüssigkeitsvolumen zu sorgen.
 - Gastroparese kann durch Metoclopramid gemildert werden; sollte diese Substanz Diarrhö verursachen, kann niedrig dosiertes Erythromycin gegeben werden.
 - zur Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Rauchen und große Mengen von Alkohol können die Neuropathie verstärken.
- Die Behandlung der Risikofaktoren für Atherosklerose reduziert auch das Risiko des Patienten, eine Neuropathie zu entwickeln.

Autor: Esa Mervaala, Editor: Susanne Rabady, Review: Barbara Degn
Artikel-ID: ebd00438 (023.042)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd.; letztes Update: 7. 3. 2014



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.

Zervixkarzinom: Aktueller Forschungsstand zu Früherkennung und Vorsorge

PROGRAMM

14:00–16:30 **BLOCK 1: SEMINAR EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

14:00–15:00 **Kardiovaskuläres Risikomanagement, Primärprävention, Risiko-Rechner**

Implementierung von EbM in den Praxisalltag | *Franz Piribauer & Christoph Fischer*

15:30–16:30 **Chancen und Risiken von Screening-Maßnahmen**

Bildgebung, CT, MRT, Inzidentalome | *Martin Sprenger & Herbert Bachler*

17:00–20:30 **BLOCK 2: HAUPTPROGRAMM** (10 Min. Diskussion nach den Vorträgen)

17:00–17:15 **Eröffnung** Mag. *Christine Oppitz-Plörer*, Bürgermeisterin der Stadt Innsbruck & *Herbert Bachler*

17:15–17:40 **CIN I–III ist keine Einbahnstraße**

Screening-Intervalle, Einstiegsalter, Überdiagnosen durch jährliches Screening, wahrscheinlicher Mortalitätstrend ohne Einführung der HPV-Impfung bis 2060 | *Franz Piribauer*

17:45–18:15 **Papillomvirus-Forschung aktuell**

Ersetzt der HPV-Test den PAP? Monitoring der HPV-Impfung – welche Mortalitätssenkung versprechen wir uns? | *Andreas Widschwendter*

18:20–18:45 **HPV-Impfung: Kreuzprotektion oder Replacement?**

Zulassungsstudien: Welche klinischen Endpunkte wurden geprüft? Übertragbarkeit des Surrogatparameters CIN auf invasives Karzinom: Hinweise auf Replacement, Erfahrungen mit anderen Impfungen, z.B. Pneumokokken | *Peter Loidl*

18:50–19:15 **Wie wird das Wetter in Innsbruck am 20. 03. 2060?**

500, 300 oder doch nur 30 Tote weniger? Wie viele Gebärmutterhals-Krebstote kann die HPV-Impfung tatsächlich verhindern, wie sicher sind diese Prognosen? Welchen Effekt hätte im Vergleich ein populationsbezogenes Screening? Vergleich des zeitlichen Horizontes der beiden Maßnahmen | *Martin Sprenger*

19:20–19:45 **Systematische Evaluation der Trade-offs von Nutzen, Schaden und Kosten beim Krebs-Screening am Beispiel Zervixkarzinom**

Modellrechnung: 18 verschiedene Strategien zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung | *Gaby Sroczynski & Uwe Siebert*

19:50–20:15 **Entscheidungshilfe zur HPV-Impfung**

Das LBI-HTA als unabhängige Instanz der wissenschaftlichen Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Die Online-Entscheidungshilfe der AOK als Zusammenfassung des Wissensstandes über die HPV-Impfung | *Brigitte Piso*

20:20–20:30 **Die neue TGAM-Information „Gebärmutterhalskrebs – Vorsorge und Früherkennung“**

Christoph Fischer

REFERENTEN

Dr. Herbert **Bachler** - Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut, Präsident der TGAM | Dr. Christoph **Fischer** - Arzt für Allgemeinmedizin, Vizepräsident der TGAM | Univ.-Prof. Dr. Peter **Loidl** - Direktor der Sektion für Molekularbiologie am Biozentrum der MUI | Dr. Franz **Piribauer**, MPH - Public Health-Spezialist und Arzt für Allgemeinmedizin | Dr. Brigitte **Piso**, MPH - Ressortleiterin Public Health und Versorgungsforschung am Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment Wien | Dr. Gaby **Sroczynski** - Leiterin des Programms Medical Decision Analysis/Institute of Public Health, Medical Decision Making and HTA (UMIT Hall/Tirol) | Univ.-Prof. Dr. Uwe **Siebert** - Professor of Public Health (UMIT), Adjunct Prof. of Health Policy and Management (Harvard Univ.) | Dr. Martin **Sprenger**, MPH - Arzt für Allgemeinmedizin, Master of Public Health (Auckland, NZ) | A. Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas **Widschwendter** - Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der MUI