

Jazz, Liebe und **Arztsein**

Manchen wird dieser Witz nur ein müdes Lächeln herauslocken: Fragt der Taxilenker: „Wo soll es hingehen?“ – Sagt der Arzt darauf: „Egal wohin, ich werde überall gebraucht.“

Über Überforderung, Burn-out, Erschöpfung in unserem Beruf wurde viel nachgedacht, jeder von uns weiß davon ein Lied zu singen, etwa im Sinne des Songs von Bob Dylan:

*„Might be a rock’n’ roll addict prancing on the stage
Might have money and drugs at your commands, women in a cage
You may be a business man or some high degree thief
They may call you Doctor or they may call you Chief.*

*But you’re gonna have to serve somebody, yes indeed
You’re gonna have to serve somebody,
Well, it may be the devil or it may be the Lord
But you’re gonna have to serve somebody.“*

Das Gefühl, Erfüllungsgehilfe zu sein (der Patienten, Krankenkassen, der Institutionen ... die Liste ließe sich endlos verlängern), beengt, ärgert, zerknirscht, und schon sieht man sich als Opfer, und Zynismus macht sich breit.

Wenn es so einfach wäre: Die Rezepte gegen Burn-out lassen sich leicht erlesen: Themen wie Resilienz, Achtsamkeit, Selfcare füllen Bücher. Aber: wie anfangen, wie beginnen?

Jeder Anfang folgt einer Erlaubnis, die man sich selbst gibt: Sucht man nach dem Ursprung des Wortes „erlauben“ (erloben, althochdeutsch irlouben), so findet man das Wort „lieb“: „sich erlauben“ heißt nichts anderes als lieb zu sich selbst sein, auch im „Urlaub“ ist „lieb“ enthalten.

In einem der letzten Ausgaben des *Standard* stoße ich auf der Kulturseite auf einen Artikel über den Jazz-Saxofonisten Christoph Pepe Auer: „... ich bin da völlig eingetaucht, habe nix anderes gemacht, habe Jahre lang nur geübt. Andererseits kommen dann Fragen: Wer bin ich als Musiker? Was will ich, in welche Richtung soll es gehen? Und wo ist das Eigene, Unverwechselbare?“

Ich lade Sie ein, statt „Musiker“ „Arzt/Ärztin“ zu lesen und innezuhalten: Was machen wir Ärzte auf dieser Welt? Wo ist das Unverwechselbare?

Michael Großheim, Philosoph in Rostock, ist ein Vertreter der „Neuen Phänomenologie“, die darauf abzielt, Philosophie „brauchbar“ zu machen. Er plädierte in einem Vortrag anlässlich der Balinttagung 2015 in Salzburg für ein neue „Sensibilität“, die auch und gerade für uns Ärzte wertvoll sein kann: Darunter versteht er eine „unwillkürliche Eigenzustandsänderungsbereitschaft“ (zugegebenermaßen ein Wortungeheuer, das jedoch auch lustvoll laut gelesen werden kann), die zu einer „Mitschwingungsfähigkeit“ führt. Sensibilität ist in der Medizin wohl ein unbeachteter Begriff. Nähert man sich der Fähigkeit, sensibel zu sein, so gelangt man zu Empathie im besten Sinne. Sensibilität befähigt uns, das Befinden des Mitmenschen zu bemerken, zu beachten und danach zu handeln. Wenn Sie sich erlauben, Ihre Sensibilität zu entdecken, dann kann das auch als Schutz vor Burn-out betrachtet werden.

Leben und damit unser Arztsein funktioniert eher wie Jazz und nicht wie eine Maschine: jahrelanges Üben, beispielsweise in Sensibilität, ist Voraussetzung für ein Improvisieren, für ein gelingendes Zusammenspiel mit den Mitspielern: mit dem Team, mit den Patienten, mit den Kollegen. Manchmal sind auch schräge Töne Anstoß für neue Ideen.

Um zum zitierten Witz zurückzukehren: Erlauben Sie sich, auf die Frage des Taxilenkers eine andere Antwort zu geben, beispielsweise könnte die Antwort heißen: „Bitte warten Sie, ich habe gerade einen Tagtraum, ich übe mich in Sensibilität.“

Ich wünsche Ihnen „urliche“ Urlaube!

*Dr. Bernhard Panhofer
Präsident der ÖGPAM (Österr. Ges. für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin in der Allgemeinmedizin)*

PS: Ich erlebe „meine“ Balintgruppe manchmal als erholsamen Urlaub.



Dr. Bernhard Panhofer

Integrierte Versorgung von Patienten

Chronische Schmerzen am Bewegungsapparat – und hier insbesondere Rückenschmerzen – gehören in Österreich wie auch in vielen westlichen Industriestaaten zu den großen Gesundheitsproblemen.

Damit verbunden sind viel persönliches Leid und psychosoziale Folgen. Im Jahre 2011 waren 31,04% der Pensionsneuzugänge auf Krankheiten des Muskuloskelettsystems zurückzuführen.

Die daraus erwachsenden Kosten betragen bis zu 2% des BIP, das sind 5,5 Milliarden Euro.

Aus oben genannten Gründen sind öffentliche Gesundheitseinrichtungen – angefangen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis zu den jeweiligen Gesundheitsplattformen der Bundesländer – bestrebt, eine rasche, effektive und sichere integrierte Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen am Bewegungsapparat sicherzustellen. In der Steiermark und einigen anderen Bundesländern wurden nun zur Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Schmerzpatienten zwischen den Ländern und Krankenversicherungsträgern im Rahmen des Landeszielsteuerungsvertrages operative Ziele und Maßnahmen beschlossen.

Die erste Maßnahme besteht in der gemeinsamen Konzeption eines integrierten Versorgungsprogramms für den chronischen Schmerzzustand des Bewegungs- und Stützapparates.

Die leitlinienorientierte strukturierte Betreuung von subakuten und chronischen Rückenschmerzpatienten lässt sowohl aus Patientensicht als auch aus Sicht der Kostenträger und Leistungserbringer eine Verbesserung der Versorgung erwarten:

- Reduzierung der Krankenstandstage
- schnellere Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
- Verhindern bzw. hinauszögern vorzeitiger Pensionierungen
- Verringerung der Patientenunsicherheit („Doctor-Hopping“)
- Senken des Medikamentenkonsums und der Anzahl der bildgebenden Verfahren
- Steigerung der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsdienstleister

Zahlreiche Studien beschreiben Zusammenhänge zwischen einem abgestimmten evidenzbasierten Vorgehen in Diagnostik und Therapie und der Verhinderung der Chronifizierung von Rückenschmerzen.

Dabei wurde der interdisziplinäre multimodale Ansatz in der Betreuung von Patienten mit subakuten und chronischen Rückenschmerzen gegenüber der Regelversorgung hervorgehoben.

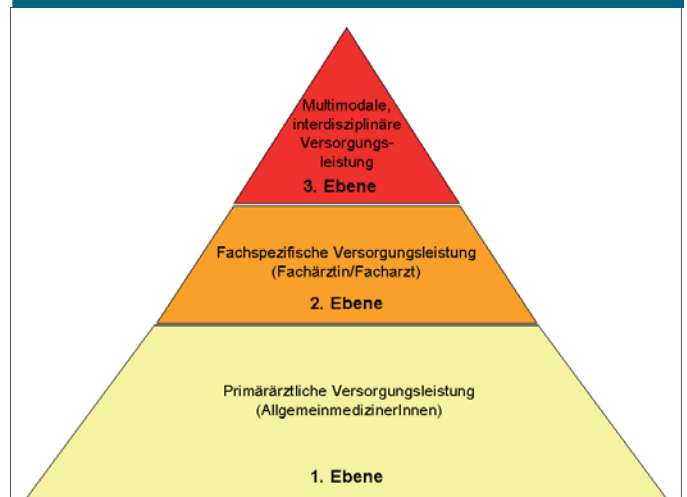
Die abgestufte Versorgung (Abb. 1) soll mit dem niederschweligen Zugang über die Primärversorgungsebene beginnen und entsprechend der jeweiligen Behandlungskonzepte in integrativer Zusammenarbeit mit fachspezifischen Leistungserbringern erfolgen. Dabei sind neben den niedergelassenen auch ambulante, tagesklinische und stationäre Versorgungsstrukturen eingeschlossen.

Beim Erstkontakt auf der primärärztlichen Ebene soll nach einer strukturierten biopsychosozialen Anamnese und körperlichen Untersuchung eine Einstufung des Schmerzverlaufes in akut, subakut und chronisch und eine erste Schmerztherapie entsprechend den Leitli-



Dr. Gottfried Thalhammer

Abb. 1: PRIMÄRE VERSORGUNGSINSTANZ IM OPERATIVEN PRIMÄRVERSORGUNGSTEAM IST WEITERHIN DER ALLGEMEIN-ARZT (HAUSARZT), DER DIE PATIENTEN STRUKTURIERT BETREUT UND DURCH DAS VERSORGUNGSSYSTEM FÜHRT



nien erfolgen. Um frühzeitig reagieren zu können, sollen besonders auf **red flags**, im Sinne eines abwendbar gefährlichen Verlaufs, und auf **yellow flags**, im Sinne von psychosozialen Risikofaktoren für Chronifizierung, geachtet werden.

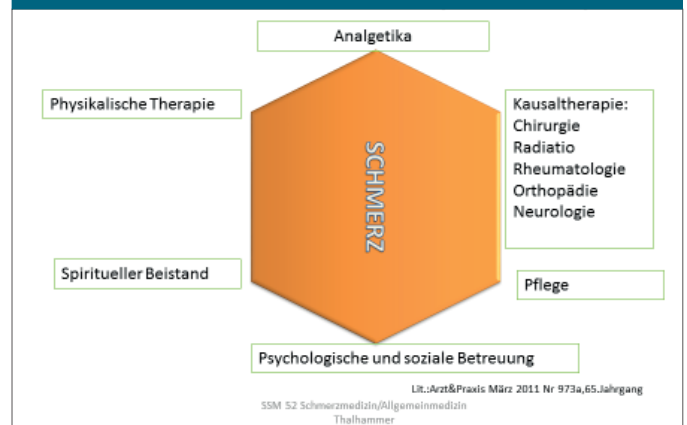
Patienten mit abwendbar gefährlichen Verläufen (red flags), wie Rückenmarkskompression, entzündliche oder tumorbedingte Krankheitsbilder etc., bedürfen einer raschen spezialisierten Weiterversorgung.

Patienten mit psychosozialen Risikofaktoren (yellow flags) sollen frühzeitig auch eine diesbezügliche Abklärung und Behandlung erhalten. Denn für den Übergang von akuten zu chronischen Schmerzzuständen sind psychosoziale Faktoren entscheidender als bio-medizinische oder bio-mechanische Faktoren.

Schmerz als subjektives Wahrnehmungsphänomen ist durch radiologische Verfahren nicht nachweisbar!

Hinweise auf Chronifizierungsfaktoren bei Patienten sind resignative Erwartungen und Einstellungen im Krankheitserleben, Neigung zum

Abb. 2: CHRONISCHER SCHMERZ MULTIMODALES THERAPIEKONZEPT



Lit.: Arzt&Praxis März 2011 Nr 973a, 65. Jahrgang
SSM 52 Schmerzmedizin/Allgemeinmedizin
Thalhammer

... mit chronischen Rückenschmerzen*

Katastrophisieren, ausgeprägtes Angstvermeidungsverhalten mit der Folge deutlich reduzierter täglicher Aktivität, eine Somatisierungstendenz, unbefriedigende Arbeitssituation, Pensionierungswunsch, passives Gesundheitsverhalten, häufiger Arztwechsel, Zahl und Erfolg der Vorbehandlungen, Multimorbidität, aber auch hohe Schmerzintensität und schwere Funktionsausfälle. Bei chronischen Schmerzpatienten hat der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickelt. In der Therapie dieses Krankheitsbildes sollen funktionelle, psychosoziale und gegebenenfalls pflegerische Therapieansätze Hand in Hand mit eventuellen medikamentösen Maßnahmen gehen (Abb. 2).

Moderne Behandlungskonzepte im Management des chronischen Rückenschmerzes zielen neben der Schmerzreduktion auf den Erhalt der Funktionen im täglichen Leben ab. Damit soll eine Verbesserung der Lebensqualität und der Belastungsfähigkeit verbunden sein, was zu einem Anhalten oder zumindest Verlangsamten des Chronifizierungsprozesses führen kann.

Nach einer Analyse der Versorgung von Rückenschmerzpatienten in

Österreich stellt der „Health-Technology-Assessment“-Projektbericht Nr. 12 des Ludwig Boltzmann Institutes fest, dass es in Österreich der Zusammenarbeit von Fachgesellschaften, Kostenträgern und Steuerungseinrichtungen der Gesundheitspolitik bedarf, um Forschung und effektive Implementierungsstrategien von Versorgungskonzepten zu ermöglichen. Außerdem sollten Anreizsysteme und Vergütungsstrukturen für Ärzte, die ihnen die leitlinienorientierte Vorgehensweise erleichtern sollen, geschaffen werden.

Adäquate Patienteninformation, Vermittlung von Coping-Strategien, Selfempowerment, Aktivierung, Bewegung und schließlich daraus gewonnene Lebensfreude sind Schlüsselparameter einer erfolgreichen Patientenführung von Patienten mit chronischen Schmerzen am Bewegungsapparat.

* Nach einem Vortrag von Dr. Gottfried Thalhammer anlässlich der ÖGAM-Wintertagung 2015

*Dr. Gottfried Thalhammer
Arzt für Allgemeinmedizin, Rohrbach an der Lafnitz*

Palliative Care: spannend, abwechslungsreich, zielführend

Als wir als Ehepaar vor 30 Jahren in unserer Gemeinschaftspraxis begannen, hatten wir dadurch die Möglichkeit, unsere Fortbildungsaktivitäten zu splitten. Meine Frau hat sich um die Kinderheilkunde, Gynäkologie, Akupunktur, Homöopathie, Phytomedizin, physikalische Medizin und insbesondere um die Behandlung von Menschen mit Behinderung gekümmert.

Mir blieb die traditionelle Innere Medizin, also Zuckereinstellungen, Blutdruck und Kardiologie. Ich war unfallchirurgisch interessiert und habe mich – durch die Betreuung der Heime – auf die Geriatrie gestürzt. Damals war auch der Start der Substitutionsbehandlung, was ich damals mit Freude begonnen habe. Erst später erfolgte meine Spezialisierung in Schmerzmedizin. Da es bei unserer Aufteilung auch mir geblieben war, Hausbesuche durchzuführen und Heime zu besuchen, konnte ich schon damals recht engagiert Menschen auf ihrem letzten Lebensweg begleiten bzw. mit ihren Angehörigen betreuen.

Vor etwa 20 Jahren hat mich ein Problem erfasst, das nämlich drei relativ junge Frauen gleichzeitig an einem metastasierten Mammakarzinom im Sterben lagen. Zwei davon waren allein erziehende Mütter. Als es darum ging, einer dieser Mütter die zukünftigen Adoptiveltern ihrer zukünftigen Waisen vorzustellen, hat mich das emotional aufs Höchste belastet. In der betreuungsintensivsten Zeit



**MR Dr.
Wolfgang Wiesmayr**

dieser drei Patientinnen habe ich alle meine Urlaube abgesagt und habe sieben Tage in der Woche versucht, so gut wie möglich, hausärztliche Unterstützung anzubieten. Am Tag des Ablebens der dritten dieser Frauen verursachte ich überraschend drei Unfälle mit drei verschiedenen Personenkraftwagen und zog die Konsequenz: Ich habe mich zehn Tage lang aus dem Arbeitsgeschehen zurückgezogen und mir überlegt, wie solche Situationen zukünftig vermeidbar wären.

Pionierarbeit im palliativen Bereich

Gemeinsam mit einer höchst engagierten Krankenschwester habe ich dann beschlossen, einen Hospizverein zu gründen, um Familiensystemen in Zeiten schwerer Belastung Hilfe zukommen zu lassen. Zur damaligen Zeit war die Hauskrankenpflege noch nicht real existent, sodass wir zu zweit manchen Familien Beistand boten, nicht wissend, dass wir damit die Arbeit eines mobilen Palliativteams erfüllen. ▶

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Im damals neu gegründeten Landesverbandes Hospiz OÖ erhoben wir recht kritisch unsere Stimmen, was zur Folge hatte, dass ich dann ab 2001 den Vorsitz dort übernehmen sollte. Im Dezember 2001 kam es auch zur Vier-Parteien-Resolution über den „prioritären, zeitnahen, flächendeckenden Ausbau von Hospiz- und Palliativsystemen in Österreich“, den ich im Dachverband als Abgesandter des Landes Oberösterreich mittragen durfte.

Die nächsten Jahre waren gekennzeichnet von der Entwicklung des sogenannten ÖBIG-Planes zu eben dieser flächendeckenden multi-professionellen Versorgung, wobei mein Part der Blick auf die extramuralen Bausteine war. Im Zuge dessen bekamen wir dann vom Land Oberösterreich den Auftrag, ein mobiles Palliativteam mit Brückenfunktion für die Gesundheitsregion 44 (politische Bezirke Vöcklabruck und Gmunden mit 250.000 Einwohner) auf die Beine zu stellen und die Versorgung an sieben Tagen in der Woche und 24 Stunden am Tag zu gewährleisten.

Aus meiner damaligen Sicht waren mobile Palliativteams immer schon eine ideale Ergänzung hausärztlichen Handelns. Die diplomierten Teammitglieder konnten – nach vorheriger Absprache, in bestimmten Grenzen – Symptomkontrolle betreiben, was mir insbesondere während der Ordinationszeiten, während der Nächte und an Wochenenden den Rücken frei hielt. Nicht nur die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams, sondern auch die Lastenverteilung in demselben haben mir von Anfang an Spaß gemacht, da ich auch in meiner universitären Zeit im Rahmen eines Doppelstudiums Psychologie studiert hatte.

Über ein Jahrzehnt andauernde Erreichbarkeit – zumindest telefonisch – für das Team hat mich nie wirklich stark belastet. Ich teile diese Bereitschaft aktuell mit zwei Kollegen. Es war die Anfangs- und Pionierzeit eine spannende Zeit, die ich nicht missen möchte. Wenn auch nach so vielen Jahren noch etliche Versorgungslücken bestehen, kann man doch auch mit Freude das halbvolle Glas bewundern!

Berechtigte Hoffnung auf flächendeckende Versorgung

Starken Rückenwind erfuhr die Idee bzw. die Bewegung durch die parlamentarische Enquete-Kommission Ende des vorigen Jahres, sodass wir durchaus Anlass zur berechtigten Hoffnung haben, die flächendeckende abgestufte Palliativversorgung von Palliative Care in Österreich noch in unserer Berufszeit erleben zu können. Ich empfinde die Begleitung von Familien bzw. Familiensystemen bei schwerer Erkrankung eines Teils von ihnen als ureigenstes hausärztliches Tun, das ja auch nur in besonders gelagerten Fällen eine Spezialisierung vonnöten ist. Dann aber ist es gut zu wissen, dass ein mobiles Team in erreichbarer Nähe ist, ein Team, das in Krisenzeiten



auch Betreuungsbeginne an einem Freitagnachmittag übernehmen kann, ohne dass eine Wieder- oder Rückeinweisung in das Krankenhaus notwendig wird. In tiefem Bewusstsein um die Sinnhaftigkeit von Palliative Care habe ich in den letzten Jahren etwa 200 jungen Kollegen eine diesbezüglich Ausbildung zuteil werden lassen können, was mir neben den erbrachten Arbeitsstunden auch ungeheure Freude bereitet hat.

Wenn bei einem Bundeskongress eines Faches, das eigentlich gar kein Fach ist und immer noch mühsam um seine Anerkennung in den anderen Fächern kämpft, über 1.200 Leute zusammenkommen, entspricht das für mich einer Abstimmung mit den Füßen. Im Wesentlichen geht es immer noch um die Beseitigung von Schmerzen, dies jedoch im Sinne von Cicely Saunders' „Total Pain“ unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, psychologischer, sozialer und auch spiritueller Aspekte. Wenn es hierbei in vielen Fällen zur Verbesserung der Situation kommt, erfahren wir von den Angehörigen und oft auch noch von den Patienten so viel Dankbarkeit, wodurch ein oft auch vielstündiges Engagement in diesem Bereich zu einem äußerst guten und wirksamen Schutz vor Burn-out-Symptomen führt.

In Zeiten des Klagens über bürokratische Aufwände, Dokumentationsflut, arbeitszeitliche Überlegungen, Versorgung von Notdiensten bei gleichzeitigem Ausbleiben junger Kollegen als Nachfolger finde ich meine Tätigkeit als abwechslungsreich, spannend und zielführend.

So gesehen freue ich mich auf die nächsten Jahre in der Praxis!

*MR Dr. Wolfgang Wiesmayr
Arzt für Allgemeinmedizin, Vöcklabruck
dr.wiesmayr@asak.at*

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degen
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Gehr, Dr. Susanna Michalek, 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