

ELGA ante portas

ELGA ist da. Nun wird es darum gehen, das, was die elektronische Gesundheitsakte an Möglichkeiten bietet, sinn- und nutzbringend einzusetzen.

Dankenswerterweise haben sich einige Kollegen über viele Jahre mit dieser neuen Technologie auseinandergesetzt. Sie haben mit viel Engagement und Kompetenz an Datensicherheit und, für uns besonders wichtig, an der „Usability“, also der Anwendbarkeit im praktischen Alltag, gearbeitet. Da wurde vieles erreicht, und dieser Einsatz ist kaum zu überschätzen.

Eine Arbeitsgruppe der ÖGAM befasst sich nun seit geraumer Weile mit der Verwendung dieses neuen Instruments in der Hausarztpraxis. Einerseits geht es dabei um die notwendigen Funktionalitäten, um den Informationszuwachs durch ELGA zu einem Gewinn zu machen, statt zur Überflutung werden zu lassen. Andererseits geht es uns um die Möglichkeiten, die dieses Instrument bietet, die Koordinationsfunktion der hausärztlichen Berufsgruppe wirksamer werden zu lassen.

Jemand wird die Sichtung und Wartung der über ELGA zugänglichen Daten übernehmen müssen. Sonst bleiben beispielsweise überholte Verdachts- oder Arbeitsdiagnosen oder geheilte Erkrankungen „hängen“, genauso wie abgesetzte Medikamente, nicht verifizierte Allergien oder Unverträglichkeiten. Fehlinformation ist bekanntlich gefährlicher als fehlende Information und noch schwerer erkennbar.

Wir Hausärzte sind gewohnt mit Information aus verschiedensten Fachgebieten umzugehen und diese zu verwalten: Das ist generalistische Kernkompetenz. Spezialisten wären damit fehlbelastet, denn Koordination und Betreuung des Patienten in der Gesamtheit seiner biopsychosozialen Problemstellungen ist nicht ihr Arbeitsauftrag.

Angesichts unserer Arbeitsdichte und der hohen Zahl unterschiedlicher Funktionen und Aufgaben, die unser Tagesgeschäft sind, muss ELGA zur Unterstützung bei Prozessen und Abläufen gut nutzbar sein. Dazu braucht die Ordinationssoftware einiges an neuer Funk-

tionalität: Wir müssen, statt einem besseren Notizblock mit Stecker, eine tatsächlich intelligente Technologie zur Verfügung haben, die diejenigen Abläufe übernimmt, an die unsere ärztlichen Hirne derzeit vergeudet werden müssen. Beispiele wären etwa: Verknüpfung von Diagnosen und Medikamenten, Medikamentenhistorie als leicht überblickbarer Verlauf, Paralleldarstellung von Befunden/Medikationen/ Diagnosen und einer Kartei z.B. nach KH-Entlassung zum Vergleichen und Adaptieren etc.

Was absehbar war, zeichnet sich nun tatsächlich ab: Die Softwarefirmen werden sich jede einzelne dieser Funktionalitäten so sündteuer bezahlen lassen, wie wir es leider bisher schon kennen. Etliche davon werden mit hoher Wahrscheinlichkeit unausweichlich sein, weil „alte“ Funktionen mit ELGA nicht mehr nutzbar sein werden. Angesichts der hohen Marktkonzentration sind wir den wenigen Anbietern weitgehend ausgeliefert.

Es kann nicht sein, dass wir Hausärzte Unsummen zahlen müssen, nur um unsere Kernaufgaben gut und mit verantwortlichem Kraftaufwand erfüllen zu können. Es wird auch nicht sein: Wir können uns das nicht leisten.

Nun steht die Entscheidung an, wieweit wir in dieser systemwichtigen Kernkompetenz unterstützt werden.

ELGA kann ein wohlgeordnetes, „Primary care“-basiertes, rationales System unterstützen. Die Modalitäten müssen mit vereinten Kräften gefunden werden, sonst ist eine Großchance vertan.



**Dr. Susanne
Rabady**

Psychiatrische Exploration und Behan

Behandlungsnotwendigkeit

- Jugendliche brauchen häufiger psychiatrische Betreuung als Kinder. Etwa 20–30% der Jugendlichen durchleben psychische Krisen. Komorbidität ist häufig; z.B. Depression und Angst treten oft gleichzeitig auf.
- Die meisten psychischen Störungen, die sich im Erwachsenenalter manifestieren, beginnen im Jugendalter (um das 16. Lebensjahr).
- Sind bei einem Jugendlichen psychische Probleme erkennbar, so sind eine frühe Intervention und eine niedrigere Zugangsschwelle zur Therapie essenziell.
- Die Prävalenz von psychischen Problemen bei Jugendlichen ist sehr hoch, auch in gut organisierten Gesundheitssystemen bleiben 40–60% junger Menschen ohne die erforderliche Behandlung.

Untersuchung eines Jugendlichen

- Die wichtigste Informationsquelle ist der Jugendliche selbst, ein Gespräch mit den Eltern kann jedoch hilfreiche ergänzende Informationen liefern.
- Lehrer und Angehörige des schulärztlichen Dienstes können oft schon früh die psychischen Probleme Jugendlicher erkennen.
- Es sollten wiederholte Gespräche ohne Zeitdruck und in einer offenen Atmosphäre stattfinden.

Zugangsweise

- Jugendliche sind weder Kinder noch Erwachsene.
- Respektieren Sie das Streben eines Jugendlichen nach Autonomie und Selbstbestimmung.
- Ermutigen Sie den Jugendlichen, über seine persönlichen Erlebnisse zu sprechen; zeigen Sie Interesse!
- Seien Sie neutral und vermeiden Sie es, für Instanzen Partei zu ergreifen, die der Jugendliche als ablehnend empfindet.
- Achten Sie auf die folgenden Punkte:
 - Wie steht der Jugendliche zu sich selbst und zu seinen Eltern; wie sieht er seinen Körper; wie steht es mit seinem Realitätssinn?
 - Was für ein Verhältnis hat er zu Autorität?
 - Wie sieht er seine Zukunft?
 - Beziehungen zu Gleichaltrigen? Hat der Jugendliche Freunde oder zieht er sich von anderen Menschen zurück?
 - Beeinträchtigen die Symptome das Alltagsleben? Fernbleiben von der Schule?
 - Zeigt der Jugendliche Symptome einer schweren psychischen Störung, die eine eingehende Exploration erforderlich machen würden?

- Es ist wichtig, mögliche Selbstverletzungen zu beachten und nachzufragen. Selbstdestruktive Gedanken und selbstdestruktives Verhalten sollen offen besprochen werden.

Die häufigsten psychischen Störungen bei Jugendlichen

- Angststörungen
- affektive Störungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Verhaltensstörungen
- Störungen des Realitätssinns, Psychosen
- Essstörungen
- selbstdestruktives Verhalten
- Alkohol- und Drogenmissbrauch

Anzeichen für eine schwere psychische Störung

- Die Konsultation mit einem Jugendpsychiater ist immer in folgenden Situationen indiziert:
 - mangelhafter Schulerfolg, Rückgang der schulischen Leistungen
 - Selbstmordversuch oder Suizidgedanken in Verbindung mit dem erklärten Wunsch zu sterben.
 - Unkontrolliertes Verhalten zu Hause, tätliche Angriffe auf die Eltern, Zerstörung von Einrichtungsgegenständen; der Jugendliche schließt sich in seinem Zimmer ein.
 - Der Jugendliche ist davon überzeugt, dass sich sein Körper verändert hat oder dabei ist, sich zu verändern.
 - Er reagiert tätlich auf eine verbale Beleidigung.
 - Es besteht Realitätsverlust oder eine Flucht aus der Realität, zum Beispiel durch i.v. Drogenkonsum, schwere Essstörung, Selbstverletzung.
 - Rückzug aus den sozialen Beziehungen

Beeinträchtiger Realitätssinn

- Eine schwere Psychose, z.B. Schizophrenie, beginnt im Jugendalter.
- Es ist wichtig, dass ein Jugendlicher, bei dem mögliche Frühsymptome einer Psychose auftreten, behandelt wird, auch wenn die Diagnose „Psychose“ im jungen Alter oft schwer zu bestätigen ist. Die Behandlung von Frühsymptomen soll bereits begonnen werden, noch bevor die eigentliche Psychose auftritt.
- Die Symptome einer echten Psychose ähneln jenen von Psychosen im Erwachsenenalter.

diagnoseorganisation bei Jugendlichen

Depression bei Jugendlichen

- Depressive Verstimmungen sind bei Heranwachsenden häufig. In den meisten Fällen handelt es sich um Begleiterscheinungen des normalen Reifungsprozesses.
- Schwere Depressionen können als Verhaltensstörungen maskiert sein (schlechte Laune, Diebstähle, schädlicher Substanzgebrauch), statt sich offen als Depression zu zeigen.
- Depressionen bei Jugendlichen müssen ernst genommen werden. Bestätigung der Diagnose, Therapieplanung und Betreuung erfolgen im spezialisierten Bereich.

Aggressives Verhalten

- Ist für dieses Alter in einem gewissen Rahmen typisch; es ist wichtig, Situationen zu erkennen, in denen aggressives Verhalten und Selbstbild des Jugendlichen seine Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigen.
- Die Anzeichen für pathologische Formen der Aggression werden im Abschnitt über „Anzeichen für eine schwere psychische Störung“ beschrieben.

Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen

- Schwerer Alkohol- oder Drogenmissbrauch ist ein Zeichen dafür, dass der Jugendliche in Not ist und Hilfe benötigt. Für eine Beurteilung des Problems sind Informationen von engen Kontaktpersonen oft sehr nützlich.
- Der problematische Gebrauch von Rauschmitteln ist häufig mit seelischen Problemen verbunden. Der Missbrauch kann der Versuch einer Selbstbehandlung sein. Ebenso kann das Symptom des Missbrauchs auf eine andere psychische Störung hinweisen oder diese verdecken. Somit wird das Erkennen der eigentlichen Störung erschwert.

Psychosomatische Symptome

- Sind bei Jugendlichen häufig, treten typischerweise in bestimmten Situationen auf und sind passager.
- Gedanken und Vorstellungen, die mit diesen Symptomen einhergehen, sollten herausgefunden werden (zum Beispiel Angst vor einer schweren Krankheit oder vor dem Tod).
- In den meisten Fällen tragen ein klärendes Gespräch und eine realistische Information des Jugendlichen dazu bei, dass solche Symptome wieder abklingen.
- Schwerwiegende, lang andauernde psychosomatische Symptome erfordern die Überweisung zum Jugendpsychiater.

Behandlung

- Bei Jugendlichen sollte eine Therapie mit Psychopharmaka nur nach strengster Indikationsstellung erfolgen. Das Wissen über Wirkung und Nebenwirkungen von Psychopharmaka (z.B. von SSRI) bei Jugendlichen ist zur Zeit nicht ausreichend, daher ist Vorsicht bei der Verschreibung geboten. Psychopharmaka für Jugendliche sollten von einem Psychiater erstverordnet werden, nach Möglichkeit von einem solchen mit spezieller Erfahrung mit Jugendlichen.
- Das Risiko einer Abhängigkeit ist einzuschätzen, bevor Anxiolytika verschrieben werden. (Eine Alkoholabhängigkeit und Ablösungs- bzw. Partnerschaftsprobleme stellen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit dar.)
- Eine psychotherapeutische Unterstützung ist für psychisch auffällige Jugendliche essenziell. Sie brauchen jedoch meist nur eine kurzfristige psychotherapeutische Betreuung.
- Für die Behandlung von schwereren Störungen ist oft eine Kombination einer medikamentösen Therapie mit einer Psychotherapie notwendig.
- Zur Behandlung von Psychosen bei Jugendlichen ist häufig eine längere stationäre Behandlung in einer jugendpsychiatrischen Abteilung notwendig; eine Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie ist oft nötig, und auch erfolgreich.
- Das Streben nach Unabhängigkeit und Autonomie im Verhältnis zu den Eltern führt im Zusammenhang mit Entscheidungen über die Behandlung zu einem ethischen Problem: Wer hat die Autorität, in Fragen, die die körperliche Entwicklung berühren und die therapeutischen Optionen betreffen, zu entscheiden? In der Regel wird man versuchen, die Autonomie des jungen Menschen zu respektieren.

Autor: Kari Pylkkänen

Review: Bernhard Panhofer

Artikel ID: ebd00643 (034.020)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

13. 5. 2014

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Berufsperspektive **Vertretungsarzt**

Jeder von uns hat eine Vorstellung vom Werdegang eines Mediziners: Studium, Turnus, Übergangslösung Praxisvertretung, und dann endlich „die eigene Ordi“. Doch ist diese Vorstellung noch zeitgemäß?

Dass ein Arzt unbedingt 24 Stunden, sieben Tage in der Woche, für seine Patienten da sein muss, wird längst nicht mehr erwartet. So etwas konnte früher auch nur gelebt werden, wenn von allen Seiten eine gewisse Disziplin vorhanden war – den Doktor (zumeist männlich) störte man nicht nach Sonnenuntergang. Irgendwie kamen die Patienten in der Nacht über die Runden und suchten erst am nächsten Morgen ärztliche Hilfe. Im Hintergrund war der Arztpartner (zumeist weiblich) selbstverständlich um das Wohl der Familie besorgt und leistete oft auch gleichzeitig seinen bzw. ihren Beitrag als Ordinationshilfe.

Mittlerweile ist der Frauenanteil im Arztberuf gewachsen; in der Allgemeinmedizin beispielsweise sind bereits mehr Damen als Herren vertreten. Nicht nur die Ärztinnen, auch die Ärzte von heute wünschen sich Ausgewogenheit: Sie möchten Beruf, Freizeit sowie Partnerschaft/Familie unter einen Hut bringen können. Zusätzlich sollte auch der Besuch von Fortbildungen während der Ordinationszeiten möglich sein, und natürlich auch im eigenen Krankheitsfall die Versorgung der Patienten nicht leiden. Im Sinne der Kundenfreundlichkeit werden längere Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich diskutiert, und dieser Idee wird zum Teil bereits nachgegeben.

All das ist nur möglich, wenn es auch Ärzte gibt, die bereit sind, die Arbeit zu leisten, für die sonst niemand zur Verfügung stünde: flexible Teilzeitärzte bzw. Vertretungsärzte.

Unmerklich erfahren wir also einen Paradigmenwechsel vom Zwischenstopp in der Karriere eines Mediziners zum eigenständigen Beruf, der aus einem funktionierenden Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken ist. Vom Beruf zur Berufung: Längst nicht mehr sind die Vertretungsärzte nur die ganz jungen, die erst Erfahrungen sammeln müssen und sich bei Patienten entschuldigen, „nur“ die Vertretung zu sein. Immer mehr dieser Vertretungsärzte sind älter, beruflich erfahren, wissen, was sie wollen – und bleiben, von der Lebbarkeit und Sinnhaftigkeit ihrer Tätigkeit überzeugt, in dieser

Phase „hängen“: Nicht immer folgt zwingend der Schritt zur „eigenen Ordi“. Sie nehmen die Vertretungstätigkeit als einziges Standbein, oder als zweites, parallel zu einer anderen Beschäftigung, wahr; sie interessieren sich für einzelne Tage, Urlaubsvertretungen oder auch für die sogenannten Dauerververtretungen (letztere waren in der Vergangenheit aus rechtlichen Gründen – quasi Angestelltenverhältnis – strikt verboten, mittlerweile werden sie unter bestimmten Bedingungen toleriert).

Die Erwartungen an die Tätigkeit als Vertretungsarzt sind also von beiden Seiten anders geworden, das Prozedere ist allerdings noch dasselbe geblieben: Jeder Vertretungsarzt kümmert sich alleine und ist eigenverantwortlich – Akquise, Honorarverhandlungen, Versicherungen, Steuerabrechnung, Medikamente für den Arztkoffer, und nicht zuletzt die eigene Fort- und Weiterbildung. Einiges spricht dafür, dass unter Zuhilfenahme einer Organisation, und sei es auch nur in Form eines losen Zusammenschlusses von mehreren Vertretungsärzten innerhalb einer mehr oder weniger großen Region, mehr erreicht werden könnte als als Einzelkämpfer: Jobangebote, Berichte über Probleme, die während der Arbeit aufgetreten sind und gemeinsames Erarbeiten von Lösungsvorschlägen, gemeinsamer Einkauf von Notfallmedikamenten und dadurch Kostenersparnis usw. Möglich ist also, dass sich in Zukunft eine solche Struktur herauskristallisiert, lassen wir uns überraschen.

Wir brauchen sie jetzt und werden sie immer notwendiger brauchen, die Vertretungsärzte – nicht zuletzt dann, wenn durch die in wenigen Jahren bevorstehende Pensionierungswelle von Ärzten Arbeit anfallen wird, die irgendjemand leisten muss. Spätestens dann müssen wir ihnen den Stellenwert zugestehen, den sie bereits jetzt innehaben: Sie sind ein eigener Berufsstand.



Dr. Cornelia Croy

*Dr. Cornelia Croy,
Ärztin für Allgemeinmedizin, Wien*

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degen
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Thomas Jungblut, Dr. Susanne Rabady, Dr. Maria Wendler

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.