

Editorial

Von den Rechten und Pflichten Freier Berufsstand: Frei wovon, frei wozu?

Dr. Peter Pichler,
Arzt für Allgemeinmedizin, Poysdorf,
Vorstandsmitglied der ÖGAM



© Scheinast

Die unbegrenzte Freiheit ist wohl das Wunschziel vieler Menschen.

Sie lässt sich eventuell noch auf einer Backpack-Urlaubsreise in entlegene Regionen unseres schönen Erdballs in Ansätzen finden.

In unserem entwickelten Kulturkreis wurde die Freiheit sukzessive durch für ein gedeihliches Zusammenleben nötige Regeln und Vorschriften, Normen und Richtlinien immer mehr eingeschränkt.

Zweifelsohne nimmt proportional zum Grad der Zivilisationsentwicklung die Zahl der Regeln und Vorschriften zu. Heutzutage ist fast alles gesetzlich geregelt. Die Gesetzesbücher werden dicker und dicker. Ist die Notwendigkeit von unzählbaren Regeln vielleicht schon ein Zeichen von Dekadenz? Können wir nur mehr mit Hilfe von Strafandrohungen gesittet miteinander leben?

Mich beschleicht zunehmend das Gefühl, dass wir immer häufiger rein ökonomischen oder sogar unnötigen Regeln unterworfen werden. Das zeigt sich bei Vorschriften im Wirtschaftsbereich (Stichwort: Krümmungsradius der Gurken in der EU – ökonomisch verpackbar), aber auch in unserem Praxisalltag (Stichwort: EKO-Kodex – Diktat des niederen Medikamentenpreises). Unsere Tätigkeit wird zunehmend auf finanzielle Aspekte fokussiert. Dadurch droht die so wichtige, auf gegenseitiges Vertrauen gegründete gute Arzt-Patienten-Beziehung ins Hintertreffen zu geraten.

Die niedergelassenen und wohl auch die angestellten Ärzte werden zu Aufgaben verpflichtet, die mit ärztlicher Tätigkeit nichts mehr zu tun haben. Wir müssen Verwaltungsaufgaben übernehmen, die früher selbstverständlich die zuständigen Kassen erledigten: elektronische Abrechnung, ebensolche

Krankmeldungen, Einholen von Bewilligungen etc. Wir füttern die Versicherungsträger mit Daten, die diese nur noch per Mausclick verwalten. Die Hauptlast der Verwaltung verlagert sich in unsere Ordinationen, und damit auch die entsprechenden Kosten. Dazu kommen mehr oder weniger sinnvolle Qualitätskriterien wie Elektrogeräteüberprüfungen usw. Daneben bestehen natürlich Dokumentationspflicht, Fortbildungspflicht, Aufklärungspflicht, Meldepflicht – eine fast unendliche Reihe von Pflichten, Pflichten und wieder Pflichten.

Wo bleiben unsere Rechte? Ich denke, ein wesentlicher Teil des in unserem Berufsstand stark verbreiteten Burn-out-Syndroms ist auf das Missverhältnis zwischen Rechten und Pflichten mit der entsprechenden finanziellen Abgeltung der übertragenen Pflichten zurückzuführen.

Wir leben in einem Rechtsstaat. Genau so gut kann man von einem Pflichtstaat sprechen.

Wir drohen von einer Verpflichtungslawine überrollt zu werden.

Auf der Strecke bleibt dann wohl endgültig unsere ärztliche Freiheit.

Zwangsweise wird dadurch auch die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung verbürokratisiert, normiert, unpersönlich.

Es kommt wie immer auf die Dosis an. Allzu viel ist ungesund. Das gilt wohl auch für Regeln im Gesundheitswesen.

Wir sind angehalten, unsere Patienten systemgerecht zu behandeln.

Unsere primäre Pflicht ist aber, dieselben Patienten entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen zu behandeln. Hoffentlich schaffen wir diesen Spagat auch weiterhin!

Beratung und psychosoziale Beha

Die Zigarette ist ein multifunktionelles Wunderding: Beruhigungsmittel, Stimmungsaufheller, Beschäftigung, Appetitzügler, Kommunikationshilfe, Pausenfüller, Ablenkungsmanöver, Copingsstrategie, Mittel gegen Einsamkeit und Langeweile, Stressbewältigungshilfe und Gruppenbildungsmöglichkeit sind funktionelle Aspekte dieses Produktes.

Das bivalente Wirkungsspektrum und das starke Suchtpotenzial von Nikotin sowie die – sinkende – gesellschaftliche Toleranz geben dem Suchtstoff eine große Bedeutung im Leben vieler RaucherInnen. Ein Teil der RaucherInnen ist mit dem eigenen Rauchverhalten zufrieden und raucht uneingeschränkt genussvoll. Mehr als die Hälfte ist sich jedoch der körperlichen und psychischen Abhängigkeit bewusst und ist mit dem eigenen Verhalten unzufrieden. Nicht das Rauchen an sich ist das Problem, sondern die massiven individuellen und gesellschaftlichen Folgewirkungen: die tabakassoziierten Erkrankungen. Somit ist die Nikotinentwöhnung und die Prävention der Nikotinabhängigkeit eine der wirksamsten Methoden der Gesundheitsförderung und eine grundlegende Strategie der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention tabakassoziiierter Folgeerkrankungen wie COPD, anderer Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen.

Zunehmend wird mehr Augenmerk auf die Notwendigkeit und Möglichkeit der professionellen, evidenzbasierten und effektiven psychosozialen Beratung und Behandlung dieses Krankheitsbildes gelegt.

Beratung und psychosoziale Behandlung zum Rauchstopp: wirksam und effektiv!

Nikotinabhängigkeit ist eine Suchterkrankung, die Beratung und Behandlung auf verschiedenen Ebenen bedarf. Oft sind wiederholte Interventionen aufgrund des chronischen Charakters des Krankheitsbildes notwendig. In der Behandlung kann man zwischen

Kurzinterventionen und intensiven Behandlungsangeboten unterscheiden.

Spezifische Kurzinterventionen sind oft der erste Anstoß für RaucherInnen zur Veränderung des Rauchverhaltens. Diese Interventionen, die kürzer als 10 Minuten sind, sind besonders für jene ProfessionistInnen relevant, die eine große Bandbreite von PatientInnen sehen und an enge Zeitvorgaben gebunden sind. AllgemeinmedizinerInnen spielen eine Schlüsselrolle bei der Kurzintervention zum Rauchstopp.

Drei PatientInnengruppen sollen mit Kurzinterventionen konfrontiert werden: abstinentmotivierter RaucherInnen, stabile RaucherInnen und auch jene ExraucherInnen, die erst seit kurzer Zeit abstinent sind.

Intensive Entwöhnstrategien sind hinsichtlich der unternommenen Rauchstoppversuche und der tatsächlichen Abstinenzquoten effektiver als Kurzinterventionen alleine. Die Effektivität ist für alle PatientInnengruppen mit jedem Gesundheitsstatus nachweislich.

Im Update 2008 der Clinical Practice Guideline zur Tabakentwöhnung des US Department of Health and Human Services wurden mittels Metaanalysen unterschiedliche Interventionen untersucht und folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Empfehlungen zu Dauer und Intensität

- Jeder Arzt und jede Ärztin sollte jede(r) RaucherIn auf kurze, prägnante Art ra-

ten, das Rauchen aufzugeben. Der ärztliche Rat erhöht die Abstinenzrate.

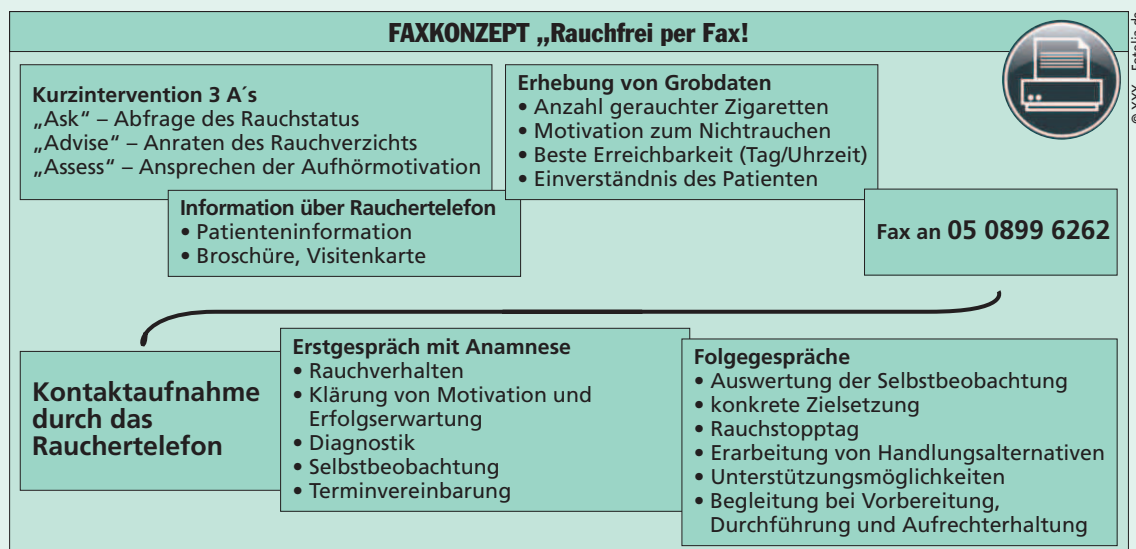
- Bereits minimale Beratungen von weniger als drei Minuten vergrößern die Abstinenzraten. Jede RaucherIn sollte daher zumindest eine Minimalberatung erhalten.
- Vier oder mehr Interventionskontakte pro RaucherIn scheinen mit größeren Abstinenzraten korreliert zu sein. Daher folgt die Empfehlung, dass KlinikerInnen vier oder mehr Interventionskontakte mit Menschen, die aufhören zu rauchen, anbieten sollten.
- Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen der Dauer und dem Erfolg der Beratung. Intensive Interventionen sind effizienter als weniger intensive und sollten angewendet werden, wenn es möglich ist.

Empfehlungen zum Setting

- Proaktive Telefonberatung (siehe unten), Gruppenberatung und Einzelberatung sind wirksame Beratungsformen und sollten im Rahmen der RaucherInnenbehandlung verwendet werden.



Mag. Sophie Meingassner
Gesundheitsförderung und Prävention
NÖ Gebietskrankenkasse



Endung der Nikotinentwöhnung

Empfehlungen zu psychosozialen Elementen

• Zwei Arten der Beratung und psychosozialen Behandlung bewirken höhere Abstinenzraten: Ein wirksamer Aspekt ist die praxisbezogene und verhaltensbezogene Beratung von RaucherInnen. Der zweite wirksame Aspekt besteht darin, Unterstützung, Ermutigung und Motivation als Teil der Behandlung anzubieten. Diese beiden Elemente sollten in die Tabakentwöhnung eingebunden werden.

Das Rauchertelefon

Quitlines zum Rauchstopp gibt es weltweit bereits seit den 1980er Jahren, deren Effizienz und Wirksamkeit wurde wiederholt nachgewiesen (Fiore, 2008).

Für Österreich steht seit 2006 mit dem Rauchertelefon ein niederschwelliges Beratungsangebot zur Verfügung: Das Medium Telefon erfordert weder Anfahrtswege noch Anmeldeformalitäten. Die Beratung erfolgt durch Klinische und GesundheitspsychologInnen, die eine spezielle Ausbildung in den Bereichen Tabakentwöhnung und Telefonberatung aufweisen.

Das Angebot umfasst telefonische Beratung und Begleitung beim Rauchstopp sowie Informationsvermittlung rund um das Thema Tabak und Nikotin. Das Besondere an der Beratung ist das „proaktive Angebot“, das bedeutet, dass auf Wunsch bis zu 6 Gesprächstermine vereinbart werden, die vom Team des Rauchertelefons initiiert werden. Somit entstehen für die RaucherInnen keine Kosten. Weiters vermittelt das Rauchertelefon als österreichweite Schnittstelle an ambulante und stationäre Raucherentwöhnungsangebote weiter. Eine eigene Homepage und ein Forum zum Austausch sind unter www.rauchertelefon.at zu finden. Informationsmaterialien sind als Download auf der Homepage verfügbar.

Seit Inbetriebnahme des Rauchertelefons am Welt Nichtrauchertag, dem 31. Mai 2006, wurden rund 9700 Gespräche geführt. Die Hälfte der AnruferInnen beim Rauchertelefon wünscht Informationen zum Thema Tabak und Auskünfte über Beratungsangebote in ganz Österreich. Die zweite Hälfte nimmt das Beratungsangebot in Anspruch. Eine einmalige Beratung beinhaltet die Klärung aktueller Fragen der AnruferInnen, bei Bedarf wird an ambulante oder stationäre Entwöhnungsangebote weiterverwiesen. Proaktive Beratung (d.h. Rückrufe durch das Beratungsteam für mehrmalige Beratungsgespräche) wird angeboten, wenn sich die RaucherInnen einen Rauchstopp oder eine substanzielle Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums als Ziel setzt. Die inhaltliche und zeitliche Struktur der Beratung orientiert sich an den rückfallsensiblen Zeiten im Laufe des Entwöhnungsprozesses.

Eine Kooperation mit dem Rauchertelefon ist für alle Interessierten möglich, genaue Angaben dazu finden sich auf der Homepage unter „ExpertInnenzone“. Mittels Faxformular kann eine direkte Anmeldung durch den/die behandelnden Arzt/Ärztin für ein Beratungsgespräch durch das Rauchertelefon erfolgen. Die Abbildung (siehe links) zeigt den Ablauf.


Zusammenfassung

Allein die Frage nach dem Rauchverhalten, der Hinweis auf die Gefährdung der Gesundheit und die Aufforderung, sich Hilfe zu holen, erhöhen die Motivation der PatientInnen zum Rauchstopp. Neben der routinemäßigen Kurzintervention ist die Vermittlung von Hilfsangeboten durch AllgemeinmedizinerInnen ein wichtiger Schritt in der Versorgung aufhörwilliger RaucherInnen. Internetprogramme wie www.endlich-rauchfrei.at, das österreichweite Rauchertelefon www.rauchertelefon.at oder Programme der Gebietskrankenkassen bieten unter anderem die Möglichkeit, ein Netzwerk aufzubauen, um nach einer Kurzintervention weiterführende Hilfestellungen anzubieten, wie es auch im „Konsensus zur Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis“ der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin empfohlen wird.

Literatur

- Fiore et al., Treating Tobacco Use And Dependence. Clinical Practice Guideline, 2008 Update, US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008
- Lichtenschopf A., Aigner K., Homeier I., Koessler W., Zwick H., Standards der Raucherentwöhnung, Konsensus der ÖGP, Wiener Klinische Wochenschrift, 117. Jg. Supplementum 2, 2005,
- Raw M., Anderson P., Batra A., Dubois G., Harrington P., Hirsch A., Le Houzec J., McNeill A., Milner D., Poetschke Langer M., Zatonski W., Recommendations panel: WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. www.tobaccocontrol.com
- Rebhandl E., Kunze M., Groman E., Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis, Konsensus Statement der ÖGAM in Zusammenarbeit mit dem Nikotinstitut Wien, Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, März 2007

HINWEIS | ÖGAM PUBLIKATIONEN



Konsensus Statement unter der Ägide der ÖGAM in Zusammenarbeit mit dem Nikotinstitut Wien Internationale Zeitschrift:
Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis
 (2. erweiterte Auflage, 2007)

Leitfaden Raucher-Kurzintervention durch den Allgemeinmediziner: 3 Minuten, die die Motivation erhöhen

Download PDF-Version:
 ÖGAM Homepage www.oegam.at unter Wissenschaft und Publikationen.

Bestellung Druckversion:
 ÖGAM Sekretariat, c/o Wiener Medizinische Akademie, Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel.: 01/405 13 83-17 oder E-Mail: office@oegam.at



Das Redaktionsteam: Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady, Dr. Wolfgang Zillig

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

Für Gesundheitsbewusste: www.mein-arzt.org

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
 c/o Wiener Medizinische Akademie
 Herr Christian Linzbauer
 Alser Straße 4, 1090 Wien
 Tel. 01/405 13 83-17
 Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Frailty – Sarkopenie – Malnutrition

Frailty ist in den letzten Jahren immer mehr im Fokus der geriatrischen Forschung. In der Allgemeinpraxis ist die exakte Diagnose noch schwierig. Obwohl Kriterien definiert wurden, ist die praktische Anwendung – abgesehen vom Zeitaufwand – mangels fehlender Handkraftmessgeräte und Kalorienverbrauchstabellen erschwert. Trotzdem lohnt sich die Beschäftigung mit dieser unheilvollen Triade.

Frailty beschreibt einen Zustand ältere Patienten mit erhöhter Vulnerabilität gegenüber Stressoren und Erkrankungen.

Diagnosekriterien nach Fried:

- Ungewollter Gewichtsverlust > 5 kg/ Jahr (Sarkopenie)
- Allgemeine Erschöpfung (Alles was ich machte, war anstrengend. Ich komme nicht in Schwung.)
- Niedriger physischer Aktivitätslevel (geringer Kalorienverbrauch durch körperliche Aktivitäten, Männer unter 383 kcal/Woche, Frauen unter 270 kcal/Woche)
- Langsame Gehgeschwindigkeit
- Muskelschwäche, definiert durch geringe Griffstärke (Handkraftmessung)

Wenn mindestens 3 dieser Symptome vorliegen, so gilt der Patient als frail, treffen nur 1 oder 2 Kriterien zu, besteht eine Pre-Frailty.

Schlüsselemente des Abbauprozesses sind chronische Unterernährung, Sarkopenie, Abnahme der Muskelkraft und Aktivität. Die sich gegenseitig verstärkende Wechselwirkung führt zu zunehmender Gebrechlichkeit. Pathophysiolo-

gisch auffällig sind erhöhte inflammatorische Zytokine (IL 6, IL 2), Anämie, eine Dysfunktion des Immunsystems und Veränderungen im Endokrinium. Die Folgen sind erhöhtes Risiko für Stürze, Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen.

Die **Sarkopenie** ist das führende Zeichen der Frailty. Der Begriff Sarkopenie steht für den nicht beabsichtigten Verlust von Skelettmuskulatur und die damit verbundene Abnahme an Körperkraft. Sarkopenie ist selbstverständlich ein teils altersbedingter Muskelverlust, hängt jedoch stark vom Aktivitätszustand, der Ernährung und den Begleitkrankheiten ab. Dieser Muskelabbau wird durch den BMI nur ungenügend abgebildet. So ist es bei Betagten und Hochbetagten häufig, dass sie trotz einem erhöhten oder normalen BMI eine funktionell relevante Sarkopenie zeigen („Sarcopenic Obesity“).

Malnutrition: Eine manifeste Mangelernährung (Malnutrition, Fehlernährung) bedeutet eine unzureichende Versorgung des Organismus mit Energie- und Nährstoffen bis hin zur körperlichen Auszehrung (Kachexie). Es ist ein Ernährungszustand, bei dem meist durch einen Mangel an Energie, Protein oder anderen Nährstoffen messbare nachteilige Effekte auf Körperform und Funktion resultieren. Absolut wird ein BMI < 20 kg/m² als Zeichen der Malnutrition und ein BMI von <22 kg/m² als Risikowert bei geriatrischen Patienten gesehen. Jedoch ist der BMI nur ein unzuverlässiger Parameter, da er keine Aussage zur Körperzusammensetzung enthält. Gerade bei



Dr. Siegfried Hartmann
Arzt für Allgemeinmedizin, Rankweil

übergewichtigen Patienten oder bei Flüssigkeitsretentionen kann eine Malnutrition zu spät erkannt werden. Eine Hilfe ist die großzügige Verwendung des Mini-Nutritional-Assessment (MNA).

Empfehlungen für die allgemeinmedizinische Praxis

Wir arbeiten vorwiegend anlassbezogen und stehen so „unter dem Diktat der Dringlichkeit“, da treten langzeitstrategischen Probleme – so wichtig sie sind – in den Hintergrund. Doch bei Vorsorgeuntersuchungen, nach Krankenhausentlassungen oder Aufnahme im Pflegeheim sollten wir dringend die Dimension Frailty-Sarkopenie-Malnutrition erfassen. Entsprechende Werkzeuge wie Mini-Nutritional-Assessment-Fragebögen, regelmäßiges Erfassen von Körpergewicht und -größe, die Beurteilung der Mobilität, eventuell ein Handkraftmessgerät ermöglichen eine rasche Objektivierung.

Therapeutische Empfehlungen

- Bewegungsförderung und -training (Physiotherapeuten, Seniorenturnen, Gymnastikgruppen in Sportvereinen, Tanzgruppen u.v.a.)
- Ernährungsberatung, Korrektur der früher oft empfohlenen Gewichtsreduktion und cholesterinarmen Ernährung (Eiweiß mindestens 0,8 g/kg Körpergewicht, Neuere Empfehlungen gehen bis zu 1,5 g/kg Körpergewicht täglich)
- In Krisen großzügig Empfehlung für Eiweißsupplemente
- Medikamentenlisten durchforsten (Inappetenz z.B. durch PPI)
- Supplementation für Vitamin D₃
- Vermeidung oder Intervention bei Isolation und sozialem Rückzug
- Verbesserung der Sensorik
- Behandlung einer allfälligen Depression.

Veranstaltung

➤ **Dienstag, 03. November 2009**

DFP: MODERNE WUNDBEHANDLUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN PRAXIS

Ort: Landgasthof Mayr, Pfarrplatz 3, 4400 St. Ulrich bei Steyr

Veranstalter: ÖGAM – Bitte um **Anmeldung** per E-Mail an: kommunikation2@oegam.at

➤ **Samstag, 07. November 2009**

DFP: THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND PRAXIS DER LUNGENFUNKTIONSDIAGNOSTIK

Ort: Kolpinghaus Wien- Zentral, Gumpendorfer Str. 39, 1060 Wien

Veranstalter: ÖGAM & WIGAM & Zentrum für Allgemeinmedizin