



ERIKA ZELKO ■ SUSANNE RABADY ■
HERBERT BACHLER (HRSG.)

Lehrbuch für Allgemein-/ Familienmedizin

⊕ E-Book & Online-Begleitpaket

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 5

Inklusive Sprache und warum der Genderstern*? 7

Definition der Familienmedizin 14

Kapitel 1	Krankheiten und klinische Erscheinungsbilder	27
	Rückenschmerz	28
	Thoraxschmerz	48
	Schmerz als Symptom	78
	Akute Atemwegsinfektion	90
	Harnwegsinfektion	107
	Arterielle Hypertonie	122
	Diabetes mellitus Typ 2	142
	Adipositas	162
	Depression	183
	Demenz	200
	Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit	218
	Funktionelle Körperbeschwerden	232
	Obstruktive Schlafapnoe	251
	Osteoporose	266
	Postakute Infektionssyndrome und Erkrankungen (nur im Online-Begleitpaket verfügbar)	
Kapitel 2	Organisation des Gesundheitswesens	281
	Gesundheitssystem allgemein und in Österreich	282
	Hausärztliche Ordinationen: Organisation und Teamarbeit	295
	Medizin im ländlichen Raum	307
	Patientenrechte	316
	Moderne Technologien	325
	Die ärztliche Hausapotheke	340
Kapitel 3	Kommunikation	343
	Grundsätze der Kommunikation	344
	Gelingene Kommunikation in der Familienmedizin	362
	Das Überbringen schlechter Nachrichten	379
	Beratung	389

Kapitel 4	Spezifische Problemlösungskompetenzen	399
	Entscheidungsfindung	400
	Versorgung durch wohnortnahe Dienste	414
	Medikamentenverordnung und Medikationsmanagement	430
	Die Dokumentation in der hausärztlichen Praxis	442
	Notfallversorgung und Betreuung außerhalb der Öffnungszeiten	458
Kapitel 5	Umfassende Versorgung	475
	Gendermedizin	476
	Grundlagen der Prävention	498
	Präventive Programme in Österreich	510
	Lifestyle	520
	Aging – Altern	534
	Palliativversorgung in Allgemein-/Familienmedizin	548
	Multimorbidität	562
Kapitel 6	Gemeinschaftliche Orientierung	571
	Die Familie	572
	Häusliche Gewalt	587
	Behandlung von Mitgliedern gefährdeter Gruppen im Gesundheitssystem	603
	Gemeindeorientierte Gesundheitsversorgung	613
Kapitel 7	Qualitätssicherung	619
	Evidenzbasierte Medizin – Teil 1	620
	Evidenzbasierte Medizin – Teil 2	635
	Qualität in der Gesundheitsversorgung	644
	Professionalität in der Allgemein- und Familienmedizin	659

EINLEITUNG

Die Allgemeinmedizin hatte in Österreich besonders im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts einen eher schwierigen Stand. Zwar wurde immer wieder von der Politik und der Sozialversicherung betont, wie wichtig die hausärztliche Versorgung für die Bevölkerung und das Gesundheitssystem ist, es wurde aber wenig für ihre Aufwertung getan. Die Allgemeinmedizin wurde an den Universitäten kaum gelehrt, es gab kaum Forschung und auch keine verpflichtende Lehrpraxis in der Ausbildung.

Erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde das erste Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Wien geschaffen und von Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier mühsam aufgebaut. Durch die stetigen Bemühungen der ÖGAM und ihrer Landesgesellschaften STAFAM, SAGAM, T-GAM, NÖGAM und OBGAM wurde die Allgemeinmedizin schrittweise an den anderen Universitäten in Graz, Salzburg, Linz, Krems und Innsbruck institutionalisiert. In Innsbruck gelang dies nach mehreren Anläufen erst 2022.

An der jungen medizinischen Fakultät der JKU Linz hatte die Allgemeinmedizin von Beginn an einen sehr hohen Stellenwert und ist allen anderen Fächern gleichgestellt. Im Herbst 2021 wurde dann auch ein eigenes Institut geschaffen und die ordentliche Professur besetzt. Die erste Leiterin des Instituts, Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Erika Zelko, stammt aus Slowenien und ist international sehr gut vernetzt. Dies ebnete den Weg zur Kooperation mit der Universität von Ljubljana und zur Umsetzung der Idee, ein Lehrbuch für Allgemeinmedizin zu übersetzen und zu adaptieren. Besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang Univ.-Prof. Dr. Igor Švab aus Ljubljana, der das Projekt von Anfang an unterstützte und begleitete.

Es gibt einige Gründe, ein eigenes Lehrbuch für Allgemeinmedizin in Österreich zu schreiben. Die Bevölkerung wünscht sich Hausärzt*innen mit guter Ausbildung, die ständig auf dem neuesten Wissensstand bleiben. Dazu soll dieses Buch einen wesentlichen Beitrag leisten. Die Allgemeinmedizin ist ein Fach mit eigener Epidemiologie, einem niedrigschwlligen Zugang und einer speziellen Arbeitsweise. Besonders herauszustreichen ist die Entwicklung einer langfristigen vertrauensvollen Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, eine tiefe Verankerung in der Bevölkerung und die wohnortnahe Versorgung. Dies wird heute an den Universitäten gelehrt und wird auch in der postpromotionellen Fachausbildung vermittelt.

Die Hausärzt*innen als Generalist*innen haben eine einmalige zentrale Stellung im Gesundheitssystem. Oft sind sie die ersten und häufig auch die letzten Mediziner*innen, denen die Patient*innen im Laufe einer chronischen Erkrankung begegnen, manchmal im Rahmen einer jahrelangen, ja sogar Jahrzehntelangen Betreuung. Hausärzt*innen betreuen chronisch Kranke auch dann weiter, wenn sie zusätzlich akute Erkrankungen erleiden. Sie kennen die Probleme der Multimorbidität und Polypharmazie und wissen damit umzugehen. Sie sind die Expert*innen für langfristiges umsichtiges und patientenorientiertes Handeln, aber auch für die Versorgung von Patient*innen mit akuten Erkrankungen und Notfällen.

Ian McWhinney, ein kanadischer Hausarzt, Forscher und Lehrer, hat in seinem Buch „A Textbook of Family Medicine“ (second edition, OXFORD UNIVERSITY PRESS New York 1997) Grundsätze der hausärztlichen Medizin und Familienmedizin definiert. Er sagt unter anderem, dass die Hausärzt*innen primär mehr der Person verpflichtet seien als einem speziellen Wissensstand zu einer Gruppe von Krankheiten oder zu einer speziellen Technik. Sie versuchen den biopsychosozialen Zusammenhang einer Krankheit in ihrer gesamten Tragweite zu verstehen. In der hausärztlichen Praxis wird jeder Kontakt mit Patient*innen als Gelegenheit zur Gesundheitsförderung und Prävention von Erkrankungen verstanden. Allgemeinmediziner*innen sehen die Einwohner*innen der von ihnen betreuten Region als „Bevölkerung mit Risiko“ für alle Arten von Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Sie sollen sich als Teil eines gemeindeweiten Netzwerkes von Anbieter*innen von Gesundheitsdienstleistungen sehen. Hausärzt*innen sehen ihre Patient*innen bei Hausbesuchen auch in deren Wohnbereich und sie legen Wert auf den subjektiven Aspekt der Medizin. Nicht zuletzt sieht McWhinney die Hausärzt*innen als mitverantwortliche Manager*innen der Ressourcen im Gesundheitssystem.

Die medizinische Ausbildung orientierte sich früher in Österreich ausschließlich an der Lehre der spezialisierten Fächer. Erst seit der Jahrtausendwende kamen langsam allgemeinmedizinische Inhalte in die Curricula. Während sich der spezialisierte Bereich hauptsächlich an der klassischen medizinischen Krankheitslehre orientiert und meist schon vorselektionierte Patient*innen zu Gesicht bekommt, ist die Allgemeinmedizin mit einem nicht vorselektierten Patientenkollektiv und mit vielen Symptomen und Symptomgruppen konfrontiert.

Dies ist einer der Hauptgründe, warum es sinnvoll und notwendig ist, eigene Lehrbücher für Allgemeinmedizin zu haben. Es ist besonders erfreulich, dass die Institute für Allgemeinmedizin aller österreichischen Universitäten an der österreichischen Version dieses Buches mitarbeiten. Ein Lehrbuch für Allgemeinmedizin kann niemals das gesamte Spektrum der Medizin abdecken. Wir haben uns an die Vorgaben des EURACT und die von WONCA definierten Kernkompetenzen gehalten. Die wesentlichen Problemstellungen, die speziellen Zugänge und Sichtweisen der Allgemeinmedizin werden im vorliegenden Buch jedoch umfangreich dargestellt. Es stellt sicher eine Bereicherung für die Lehre der Allgemeinmedizin an den Universitäten dar. Auch in der postpromotionellen Weiterbildung und in der täglichen Praxis wird es nutzbringende Verwendung finden.

Dr. Erwin Rebhandl

Univ.-Lektor am Institut für Allgemeinmedizin der JKU Linz

HARNWEGSINFEKTION

Armin Wunder *** Gerald Schutting *** Suzana Kert

Themen und Begriffe

- Definition
- Klassifizierung
- klinische Diagnose
- diagnostische Auswertung
- Behandlung
- Urinanalyse

KLINISCHER FALL

Eine 27-jährige Patientin kommt am Freitagnachmittag wegen seit zwölf Stunden anhaltenden Beschwerden im Unterbauch mit häufigem, brennendem Wasserlassen zur Untersuchung in die Ordination. Der Allgemeinzustand der Patientin ist gut, sie leidet an keinen chronischen Erkrankungen, ist nicht schwanger und hat keinen vaginalen Ausfluss. Bei der körperlichen Untersuchung zeigen sich keine Auffälligkeiten, eine Messung der Körpertemperatur ergibt 36,3 °C. Das Beratungsergebnis ergibt einen unkomplizierten Harnwegsinfekt. Auf eine zusätzliche Urinanalyse wird aufgrund der eindeutigen Symptomatik verzichtet. Der Patientin wird eine empirische antibiotische Therapie nach der lokalen Resistenzlage angeboten.

Da die Patientin angibt, generell Antibiotika eher schlecht zu vertragen, wird mit ihr vereinbart, zunächst eine rein symptomatische Therapie mit Ibuprofen zu beginnen. Zusätzliche nichtmedikamentöse Therapieoptionen wie eine ausreichende Trinkmenge (zwei Liter pro Tag), körperliche Schonung und Wärmeapplikation bei Schmerzen werden empfohlen. Mittels „delayed prescription“ wird ein Rezept für das Antibiotikum mitgegeben, und dieses wird sie im Falle einer Verschlechterung oder fehlender Besserung in den nächsten Tagen einnehmen. Schließlich erfolgt noch eine Aufklärung über die Symptome und Gefahren einer Pyelonephritis.

Bei der vereinbarten Kontrolle am darauffolgenden Montag haben sich die Beschwerden unter der rein symptomatischen Therapie bereits deutlich gebessert, sodass Ibuprofen abgesetzt werden kann. Nach weiteren zwei Tagen ist die Patientin beschwerdefrei und wieder arbeitsfähig.

1. EINLEITUNG

Harnwegsinfektion ist ein gebräuchlicher Begriff, der jede Infektion beschreibt, die einen Teil der Harnwege betrifft: Nieren, Harnleiter, Blase und Harnröhre. Sie kann akut oder chronisch sein und durch Bakterien, Pilze, Viren oder Parasiten verursacht werden. Dies sind häufige Infektionen, bei denen fast die Hälfte aller Frauen in ihrem Leben mindestens eine Episode einer Blasenentzündung durchmacht. In Krankenhäusern sind etwa 12–14 % der Sepsisfälle auf urogenitale Infektionen zurückzuführen (1).

2. KLASIFIZIERUNG

Aktuelle Leitlinien (2) zu Harnwegsinfektionen verwenden häufig das Konzept von unkomplizierten und komplizierten Infektionen. Diese Einteilung ist wichtig, da sie einen Einfluss hat auf die Untersuchung(en) vor und nach der Infektion, die Auswahl der antimikrobiellen Therapie, die Behandlungsdauer und die Überweisung zu weiteren Untersuchungen.

Infektionen der Harnwege sind entweder akut und sporadisch oder rezidivierend und werden in Infektionen der unteren Harnwege (Zystitis) und Infektionen der oberen Harnwege (Pyelonephritis) unterteilt.

Risikofaktoren für einen komplizierten Verlauf sind z. B. männliches Geschlecht, Schwangerschaft, Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes, Immunsuppression, Nierenfunktionsstörungen), anatomische und funktionelle Anomalien der Harnwege (z. B. Harnwegsobstruktion, vesikoureteraler Reflux) sowie die Anlage eines Urinkatheters in den vergangenen zwei Wochen, eine kürzliche Harnwegsoperation und eine Entlassung aus dem Krankenhaus respektive Pflegeheim sowie eine Antibiotikatherapie, ebenfalls in den vergangenen zwei Wochen.

3. HÄUFIGE INFektIONEN DER HARNWEGE IN DER HAUSÄRZTlichen PRAXIS

3.1 Unkomplizierte Zystitis

Die unkomplizierte Zystitis hat eine hohe Inzidenz. Fast die Hälfte aller Frauen erleidet im Laufe ihres Lebens mindestens eine Blasenentzündung (3). Sie tritt bei prämenopausalen, nicht schwangeren Frauen ohne bekannte urologische Anomalien oder Komorbiditäten auf. Die höhere Inzidenz von Infektionen bei Frauen als bei Männern erklärt sich aus den anatomischen Besonderheiten der Frau, nämlich dem kürzeren Abstand zwischen Anus und Harnröhre. Zu den Risikofaktoren für Blasenentzündungen bei Frauen zählen kürzlicher Geschlechtsverkehr, eine neue Sexualpartner*in, Harnwegsinfektionen in der Kindheit, Harnwegsinfektionen bei der Mutter und die Verwendung lokaler Verhütungsmittel, wie mit Spermiziden beschichtete Kondome (3).

Betrachten wir das Erregerspektrum, so sehen wir, dass in der Mehrzahl der Fälle *E. coli* der Erreger ist (ca. 75 %), in deutlich geringerem Umfang finden sich Enterokokken, *Proteus* spp., Staphylokokken und *Klebsiella pneumoniae*.

Bei Patient*innen, die erst kürzlich ein Antibiotikum erhalten haben oder stationär behandelt wurden, kann das Keimspektrum breiter sein und auch Bakterien, wie z. B. *Pseudomonas*, umfassen. Typische Symptome von Infektionen der unteren Harnwege sind akute Schmerzen beim Harnlassen, häufiges und dringendes Wasserlassen sowie neu aufgetretene Schmerzen im Unterbauch (2). Bei Frauen mit mindestens einem der aufgeführten Symptome liegt die Wahrscheinlichkeit einer Blasenentzündung bei über 50 %, bei Dysurie und häufigem Harndrang bei über 90 % (4).

Die Symptome einer Blasenentzündung bei älteren oder im Allgemeinzustand reduzierten Frauen sind schwieriger zu beurteilen, da sie eine Reihe unspezifischer Symptome haben können, wie z. B. chronische Dysurie oder Harninkontinenz. Diese Symptome können die Symptome einer Blasenentzündung nachahmen. In diesem Fall helfen Labortests (Basisurinanalyse und Urinkultur). Das Vorhandensein von Leukozyten und Bakterien in der Urinanalyse ist ein Hinweis auf eine Infektion (5). Um eine Kontamination des Urins zu vermeiden, sollte zur Urinanalyse eine Mittelstrahlurinprobe verwendet werden.

Eine Urinanalyse ist sinnvoll bei allgemeinem Unwohlsein, übelriechendem Urin, Verschlechterung des Harndrangs, neu aufgetretener Inkontinenz oder Hämaturie (5). Bei den meisten Frauen zeigt die klinische Untersuchung keine Auffälligkeiten – 10–20 % der Frauen haben suprapubische Schmerzen (4).

Die Möglichkeit einer Infektion mit resistenten Bakterien sollte berücksichtigt werden, wenn wir über eine antimikrobielle Behandlung unter Würdigung der Daten zu lokalen Resistenzen der häufigsten Krankheitserreger entscheiden. Zu den Risikofaktoren für diese Art von Infektion gehören u. a. urologische Anomalien, Immunschwächezustände oder ein schlecht eingestellter Diabetes. Die folgende Tabelle 1 listet die Antibiotika auf, die Patient*innen verschrieben werden, bei denen kein Risiko einer Infektion mit resistenten Bakterien besteht.

Tabelle 1: Antibiotika bei unkompliziertem Harnwegsinfekt nach DEGAM-LL

Fosfomycin 3000 mg einmalige Einnahme	<ul style="list-style-type: none"> Granulat wird in einem Glas Wasser aufgelöst Fosfomycin wird ausschließlich über die Nieren ausgeschieden (in kurzer Zeit wird eine hohe Konzentration in den Harnwegen erreicht). CAVE: Nicht direkt zur Mahlzeit einnehmen, damit es schnell resorbiert wird und der therapeutisch notwendige Spiegel in den Harnwegen erreicht wird. Vor und nach der Einnahme nicht viel trinken, damit der Wirkstoff nicht sofort über den Urin ausgeschieden wird. (Zwei Stunden vor oder nach der Mahlzeit einnehmen und am Tag der Einnahme normal trinken.) Nebenwirkungen sind bei oraler Gabe selten.
---	--

Nitrofurantoin 100 mg 2x tgl. für 5 Tage	<ul style="list-style-type: none"> Wirkstoff wurde in den 1950er Jahren entwickelt und ist aufgrund kaum vorhandener Resistenzen seit 2011 in der Leitlinie. Laut Fachinformation sind diverse Nebenwirkungen möglich.
Nitroxolin 250 mg 3x tgl. für 7 Tage	<ul style="list-style-type: none"> Wirkstoff ist sowohl gegen Bakterien (inklusive Mykoplasmen und Ureoplasmen) als auch gegen verschiedene Pilze (z. B. Sprosspilze und Hefepilze) wirksam und daher auch zur Rezidivprophylaxe und bei Geschlechtskrankheiten anwendbar. Im Vgl. zu anderen Antibiotika kommen gastrointestinale Nebenwirkungen häufiger vor.
Pivmecillinam 400 mg 2–3x tgl. für 3 Tage	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotikum mit schmalem Spektrum In Skandinavien wird es schon lange genutzt, in Deutschland erst seit 2010 empfohlen. Resistenzen sind bisher kaum bekannt.
Trimethoprim^{a)} 200 mg 2x tgl. für 3 Tage	<ul style="list-style-type: none"> Ähnlich wie Cotrimoxazol, jedoch ohne das „Co“ (Sulfamethoxazol), welches für die meisten Nebenwirkungen verantwortlich ist. Ist bereits lange bewährt. In niedriger Dosierung auch bei Kindern anwendbar. Resistenzen sind regional verschieden, aber mittlerweile höher als bei den anderen empfohlenen Antibiotika. <p>^{a)} Nicht als Mittel der ersten Wahl verwenden, wenn die lokale Resistenz von <i>E. coli</i> > 20 % liegt.</p>

Bei asymptomatischen Patient*innen ist eine routinemäßige Urinanalyse oder Urinkultur mit Empfindlichkeitstests nach der Behandlung nicht indiziert. Eine Urinkultur wird in folgenden Fällen durchgeführt: Fortbestehen der Symptome trotz Behandlung, Wiederauftreten der Symptome innerhalb von zwei bis vier Wochen nach der Behandlung, Schwangerschaft oder atypische Symptome. Anschließend werden die Patient*innen je nach Urinkultur sieben Tage lang mit einem anderen Antibiotikum behandelt (4, 5).

Eine rein symptomatische Therapie (z. B. Ibuprofen) ohne die Verordnung eines Antibiotikums kann bei leichten/mittelgradigen Beschwerden im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung angeboten werden. Dabei sollte eine ausreichende Trinkmenge empfohlen werden (2 l/Tag) sowie die Wärmeapplikation bei Schmerzen. Die meisten Patient*innen verspüren innerhalb von 36 Stunden nach Beginn der Behandlung eine Linderung der Symptome.

Differenzialdiagnostisch kommen folgende Diagnosen in Betracht: Kolpitis, bei der zusätzliche Symptome Scheidenausfluss oder -geruch, Juckreiz und Dyspareunie sind, gefolgt von Urethritis, an die bei sexuell aktiven Frauen mit Leukozyturie ohne Bakteriurie gedacht werden sollte, das Blasenschmerzsyndrom, an dem Frauen mit Symptomen wie z. B. Schmerzen und Harndrang ohne nachgewiesene Infektion leiden, sowie entzündliche Erkrankungen des Beckens, gekennzeichnet durch mukopurulenta Ausfluss aus dem Gebärmutterhals.

3.2 Wiederkehrende Harnwegsinfekte

Von wiederkehrenden Harnwegsinfektionen spricht man bei mindestens zwei Infektionen in den letzten sechs Monaten oder mindestens drei Infektionen im letzten Jahr, bei denen es sich um unkomplizierte oder komplizierte Harnwegsinfektionen handeln kann, am häufigsten jedoch um akute Blasenentzündung.

Risikofaktoren für diese Infektionen sind prä- und postmenopausale Faktoren. Zu den prämenopausalen Faktoren gehören Geschlechtsverkehr, Verwendung von Spermiziden, eine neue Sexualpartner*in im letzten Jahr und Harnwegsinfektionen in der Jugend. Zu den postmenopausalen Faktoren gehören Harnwegsinfektionen in der Vorgeschichte vor der Menopause, Harninkontinenz, atrophische Vaginitis aufgrund von Östrogenmangel, Zystozele und Blasenkatheterisierung.

Bei einer rezidivierenden Infektion kann es sich entweder um eine Reinfektion, auch Neuinfektion (2) genannt (neue Infektion nach Eradikation der vorherigen Infektion), oder um einen Rückfall (das Auftreten einer früheren Infektion, die nicht vollständig ausgemerzt wurde) handeln. Ein Rückfall erfordert eine umfassendere urologische Untersuchung mit Bildgebung (Abdomen-Sonographie oder CT), um Harnsteine oder eine Behinderung des Harnflusses auszuschließen. Vereinbarungsgemäß handelt es sich beim Rückfall um eine Infektion mit demselben Erreger, die innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung der ursprünglichen Infektion erneut auftritt. Im Gegensatz dazu tritt eine Reinfektion mehr als zwei Wochen nach der Behandlung auf, und der Erreger, der die Infektion verursacht hat, kann derselbe oder ein anderer als der ursprüngliche sein. Die meisten wiederkehrenden Infektionen sind Reinfektionen mit dem ursprünglichen Bakterium und treten ein bis drei Monate nach der Erstinfektion auf.

Die Behandlung – die sogenannte Prophylaxe, wie in der nachstehenden Tabelle 2 dargestellt – kann auf zwei Arten erfolgen, entweder als kontinuierliche oder als postkoitale Einnahme von Antibiotika, die über einen längeren Zeitraum von drei bis sechs Monaten erfolgt. Die postkoitale Prophylaxe wird auch für schwangere Frauen empfohlen, die vor der Schwangerschaft häufig Harnwegsinfektionen hatten. Der Behandlungserfolg wird durch eine Urinkultur überprüft. Die Prophylaxe wird bei Frauen mit eindeutigen Symptomen, Leukozyturie und Bakteriurie durchgeführt.

Tabelle 2: Antimikrobielle Behandlung rezidivierender Harnwegsinfektionen, modifiziert nach (2, 5)

Antibiotikum	Tagesdosis	Behandlungsdauer 3–6 Monate	Bemerkung
Fosfomycin	3 g in einer Einzeldosis	alle 10 Tage	
Nitrofurantoin	100 mg/Tag	max. 6 Monate	wirksamer als TMP in der Rezidivprophylaxe
Trimethoprim	100 mg/Tag		
Trimethoprim	100 mg postkoital		100 mg postkoital
Cefaclor	250 mg/Tag		für schwangere Frauen

ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Gerhilt Kusatz ... Zalika Klemenc-Ketiš

Themen und Begriffe

- analytische Entscheidungsfindung
- intuitive Entscheidungsfindung
- routinemäßige Entscheidungsfindung
- partizipative Entscheidungsfindung
- abwartendes Offenhalten
- Hypothesenprüfung



KLINISCHER FALL

Eine 35-jährige Frau kommt wegen wiederkehrender Kopfschmerzen in die Ordination. Die Kopfschmerzen seien in den vergangenen sechs Monaten etwa zwei Mal im Monat aufgetreten. Sie seien schon früher gelegentlich aufgetreten, jetzt aber schlimmer geworden. Zusätzlich leide sie unter Übelkeit und Lichtempfindlichkeit. Die Kopfschmerzen würden in der Regel halbseitig auftreten und hielten normalerweise bis zu drei Tage an. Sie schildert, dass Analgetika (Paracetamol, Naproxen) manchmal hälften, die Wirkung manchmal aber auch ausbleibe und die Schmerzen anhielten. Die Patientin sagt auch, dass sie vor einem halben Jahr ihren Arbeitsplatz gewechselt und eine Führungsposition übernommen habe. Seitdem hätten die Arbeitslast und der Druck zugenommen. Ansonsten sei sie gesund und nehme keine regelmäßige Medikation ein. Sie ist verheiratet, Mutter von zwei Töchtern im Vorschulalter und sozial gut integriert. In der Familiengeschichte fällt auf, dass ihre Mutter sich wegen arterieller Hypertonie in Behandlung befindet und ebenfalls öfter Kopfschmerzen hat.

1. EINLEITUNG

Entscheidungen in der allgemeinmedizinischen Praxis finden auf unterschiedlichen Ebenen statt. Selbst in Anbetracht aller Fakten ist der Entscheidungsprozess nicht immer linear und logisch, sondern wird auch durch Faktoren wie Erfahrung, Dringlichkeit und Intuition beeinflusst. Die Patient*innen in die Entscheidungsfindung miteinzubinden ist für eine gute Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen entscheidend.

Die Entscheidungsfindung ist ein Denkprozess, in dem man alle möglichen Konsequenzen verschiedener Entscheidungen auflistet, die wichtigen individuellen Faktoren herausfiltert und unter den verschiedenen möglichen Lösungen die beste auswählt (1). In der Medizin kann die Entscheidungsfindung als die Wahl der wahrscheinlichsten Diagnose oder Maßnahme definiert werden, die auf Grundlage der anamnestischen Daten, des klinischen Zustands und der Ergebnisse von Untersuchungen getroffen wird. Die Entscheidungsfindung in der Medizin ist jedoch kein einfaches logisches Verfahren, sondern sie berücksichtigt auch die klinischen Erfahrungen sowie den Schweregrad und die Dringlichkeit der Symptome/Diagnosen.

Außerdem unterscheidet sich die Entscheidungsfindung in der Familienmedizin stark von der Entscheidungsfindung in anderen medizinischen Disziplinen aufgrund folgender spezifischer Merkmale (2–4):

- Charakteristisch sind die große Menge an Informationen, häufige Änderungen im Bereich der Entscheidungsfindung sowie unterschiedliche Empfehlungen aus anderen Fachbereichen.
- Die Gesundheitsprobleme, mit denen Hausärzt*innen konfrontiert werden, befinden sich oft in einem frühen Stadium, so dass die Anzeichen und Symptome nur schwach ausgeprägt sind.
- Gesundheitsprobleme können von vielen Organsystemen ausgehen und stehen in Wechselwirkung mit psychischen Problemen und soziokulturellen Faktoren.
- Oft kommen die Patient*innen in die Praxis, um sich zu vergewissern, dass sie nicht schwer krank sind.
- Die Häufigkeit und Wahrscheinlichkeit signifikanter Gesundheitsprobleme stellt sich ganz anders dar als auf der Sekundärbene.

2. ARTEN DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Die Entscheidungsfindung kann intuitiv, analytisch oder routinemäßig (auf Erfahrung beruhend) erfolgen. Ein wichtiger Ansatz für die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist, die Informationen mit den Patient*innen zu teilen, um so den Behandlungsweg planen zu können. Dies geschieht im Zuge des partizipativen Entscheidungsprozesses (5).

Die analytische Entscheidungsfindung ist synthetisch. Das bedeutet, dass sie nicht geradlinig verläuft, sondern in Rückkopplungsschleifen. Die Ärzt*innen erkennen das Problem, ermitteln eine Reihe möglicher Lösungen und prüfen deren wahrscheinliche Eignung durch zusätzliche Analysen. Dies hilft, die endgültige Entscheidung zu treffen. Diese korrigieren die Ärzt*innen anschließend durch die Überwachung der Ergebnisse der gesetzten Maßnahmen (6).

Intuitive Entscheidungen basieren auf dem Unterbewusstsein, auf Erfahrungen und Werten, können aber aufgrund ihrer Komplexität nicht im Detail analysiert werden. Es scheint, als ob man sich blind für eine der Lösungen entscheidet, obwohl dies nicht ganz stimmt (5). Intuitive Entscheidungen können sich negativ auf die Qualität der Arbeit auswirken, und dennoch stellen sie eine entscheidende Komponente dar, die zu einem größeren Erfolg der Interventionen beiträgt.

Entscheidungen werden spontan (routinemäßig) getroffen, wenn man aus Erfahrung weiß, dass es eine Reihe möglicher Entscheidungen gibt und man einfache und erprobte Regeln für die Wahl einer Entscheidung kennt (1).

Die partizipative Entscheidungsfindung (PEF) wird definiert als „ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient*in und Ärzt*in auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“. (7) Vorgabe ist dabei ein Einverständnis bezüglich Zielsetzung und Umsetzung (8).

Im Rahmen von Studien zu dieser Thematik konnte hohes Interesse von Patient*innen an einer Einbindung in medizinische Entscheidungen nachgewiesen werden. Ebenso wurde gezeigt, dass die Einbeziehung von Patient*innen zu höherem Wissen über Behandlungsoptionen führt, was sich in realistischeren Erwartungen über den Verlauf und zu besserer Mitarbeit der Patient*innen bei der gewählten Behandlung führt. Der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung führt somit zu höherer Zufriedenheit bei den Patient*innen und wahrscheinlich zu besserer Wirksamkeit der Therapie (7).



KLINISCHER FALL

In unserem Fall wäre eine mögliche intuitive Entscheidung, die Patientin sofort zu einer Magnetresonanztomographie des Gehirns zuzuweisen, weil ein Hirntumor die Beschwerden verursachen könnte. Da einer unserer Patienten vor einer Woche an einem spät entdeckten Hirntumor gestorben ist, reagieren wir intuitiv. Eine intuitive Entscheidung wäre es auch, wenn wir aufgrund der Informationen, die uns bereits zur Verfügung stehen, entscheiden würden, dass es sich um die Folgen eines belastenden Ereignisses (Arbeitsplatzwechsel) handelt. Eine Routineentscheidung bei dieser Patientin wäre jedoch die Blutdruckmessung, wie sie bei allen Patient*innen mit Kopfschmerzen empfohlen wird. Die analytische Entscheidungsfindung bei unserer Patientin wird in diesem Kapitel vorgestellt.

Im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung würden wir aufgrund unserer Abwägungen und des uns vorliegenden Wissens die Patientin über die möglichen Ursachen und deren Wahrscheinlichkeit informieren und mit ihr die Möglichkeiten bzgl. des weiteren Vorgehens klären.

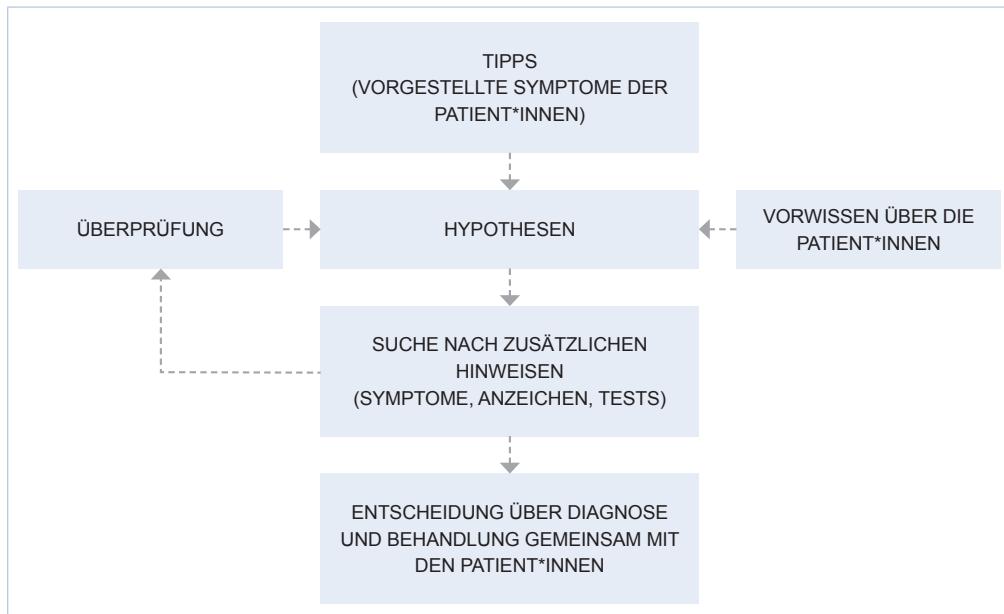


Abbildung 1: Entscheidungsfindungsprozess, zusammengefasst aus (7)

Ärzt*innen erhalten anhand der Symptome, Anzeichen und Verhaltensmuster von Patient*innen Hinweise auf das Vorliegen möglicher Krankheiten. Diese können unterschiedlich sein (Cluster oder Muster miteinander verbundener Hinweise), es kann aber auch nur ein einziger sein. Hinweise können auch sehr wahrscheinlich oder nur möglich sein (9). Wenn es einen sehr wahrscheinlichen Hinweis gibt, ist die Entscheidung nicht schwer. Bei mehreren möglichen Hinweisen wird eine Reihe von möglichen Hypothesen über die richtige Diagnose aufgestellt.

Bei der Aufstellung der ersten Hypothese müssen Besonderheiten der Entscheidungsfindung in der Familienpraxis berücksichtigt werden: Kontinuität, ganzheitlicher Ansatz, Zeit und Team, in dem Sie arbeiten (2). Die Kontinuität umfasst mehrere Elemente: die Kontinuität der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, die Kontinuität der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die Kontinuität in der Information der Patient*innen und den Behandlungsverfahren. Die Kontinuität der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen erleichtert die Kommunikation, stärkt das Vertrauen und ermöglicht den Einblick in die familiäre, berufliche, soziale und bisherige Geschichte. Kontinuität in der Stelle der Inanspruchnahme macht es den Patient*innen leichter, über ihr Problem zu berichten, da sie wissen, wie sie vorgehen müssen.

Kontinuierlicher Austausch von Informationen über die Patient*innen und ihre Vorgeschichte erleichtert das Management, auch wenn die Patient*innen nicht von früher bekannt sind. Der ganzheitliche Ansatz meint in diesem Zusammenhang das biopsychosoziale Modell. Das bedeutet, dass in der hausärztlichen Medizin Patient*innen als vollständige Person in ihrem individuellen physischen, mentalen, familiären und sozialen Kontext gesehen werden (2).

Im Zuge des Entscheidungsfindungsprozesses (siehe Abbildung 1) wird eine möglicherweise lange Liste von Hypothesen zusammengestellt. Auf der Suche nach zusätzlichen Hinweisen (Symptome, Anzeichen, Tests) wird nach Wahrscheinlichkeit und Schweregrad gereiht: Die erste und wichtigste Entscheidung ist immer, ob es sich um ein Problem mit einem potenziell gefährlichen Verlauf handelt (2–8). Ein unsystematischer Entscheidungsfindungsprozess könnte etwa so aussehen:



KLINISCHER FALL

Bei unserer Patientin gibt es mehrere mögliche Anhaltspunkte, die uns zur möglichen Diagnose eines primären Kopfschmerzes führen können. Es könnte sich jedoch auch um einen sekundären Kopfschmerz handeln, der bei der diagnostischen Abklärung nicht vernachlässigt werden sollte. Aufgrund der für die Allgemeinmedizin charakteristischen Betreuungskontinuität ist bekannt, dass die Patientin ansonsten gesund ist und keine Medikamente einnimmt, so dass z. B. eine Hypertonie als mögliche Ursache schnell ausgeschlossen werden kann. Andererseits hat uns die Patientin, weil sie uns vertraut, erzählt, dass sie in letzter Zeit aufgrund ihrer Arbeit unter Stress gestanden sei, was uns bei der Diagnosestellung helfen kann. Aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes in der Familienmedizin werden wir Kopfschmerzen nicht nur als Erkrankung eines Organsystems betrachten, sondern sie in ein breiteres Modell einordnen und zunächst an alle möglichen Diagnosen denken, die sich dahinter verbergen können. Wäre eine Verletzung die Ursache der Kopfschmerzen bei unserer Patientin, hätten unsere Mitarbeiter*innen bzw. die Angehörigen dies wahrscheinlich bemerkt und uns vor der Untersuchung der Patientin vorab informiert. Die Wahrscheinlichkeit eines Hirntumors ist sehr gering, aber aufgrund der Schwere der Erkrankung ziehen wir sie in Betracht. Je nach Häufigkeit oder Wahrscheinlichkeit der Erkrankungen in der Primärversorgungspopulation könnte zuerst an einen migräneartigen Kopfschmerz gedacht werden.

Dieser Prozess würde auf vielen Faktoren basieren – welche Differentialdiagnosen wir gerade im Kopf haben, welche Informationen uns vorliegen etc.

3. ANALYTISCHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG – BERATUNGSERGEBNIS – DIAGNOSESTELLUNG

Die Differentialdiagnostik ist der Prozess, bei dem über alle möglichen Ursachen für das Symptom nachgedacht wird, bevor ein Beratungsergebnis formuliert wird. Es handelt sich um eine systematische Herangehensweise, die davor bewahrt, vorschnell Entscheidungen zu treffen (1). Die Patient*innen kommen wegen bestimmter Symptome in die Praxis. Sie wollen die Ursache dieser Symptome kennen und sie so schnell wie möglich beseitigen. Vor allem wollen sie die Gewissheit haben, dass das Symptom nichts Ernstes ist. Eine gesicherte

Diagnose kann vor allem in der allgemeinmedizinischen Praxis häufig nicht oder nicht sofort gestellt werden. Wichtig ist, dass dies beachtet wird und das Beratungsergebnis der Faktenlage entsprechend formuliert wird.

3.1 Der Entscheidungsprozess bei der Diagnosestellung

Der Entscheidungsprozess im Rahmen des diagnostischen Prozesses ist zyklisch und besteht aus drei Schritten, die zusammen zu einem vierten Schritt führen (siehe Abbildung 2). Diese drei Schritte wiederholen sich mehrmals in Form von Hypothesen, die die Untersucher*innen ablehnen, bestätigen oder vorübergehend verwerfen. Der zweite und der dritte Schritt wiederholen sich während der gesamten klinischen Untersuchung (1).

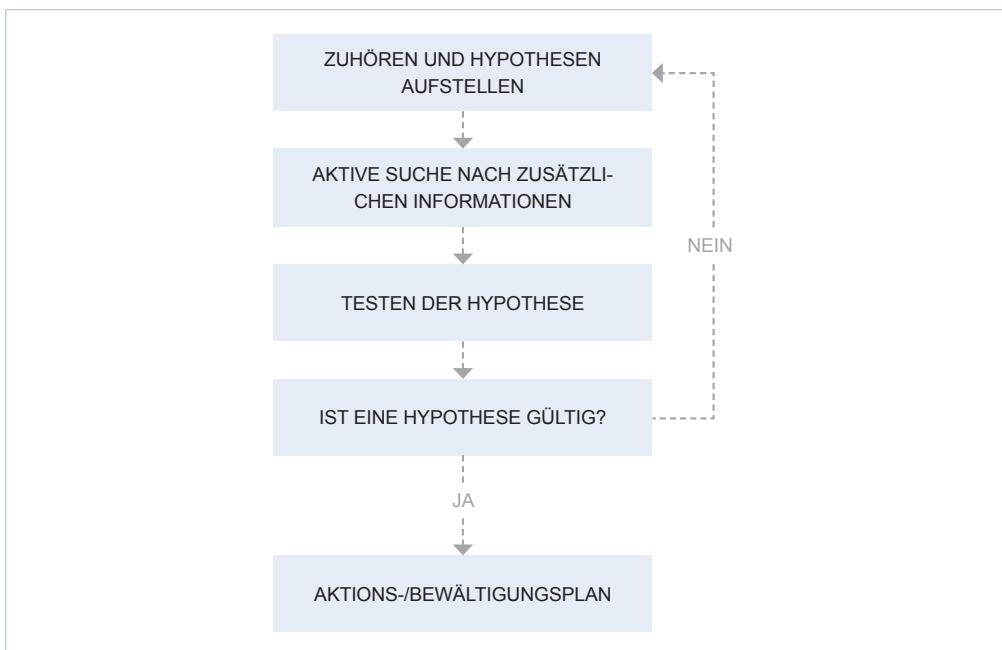


Abbildung 2: Entscheidungsprozess bei der Diagnose, zusammengefasst aus (1)

3.1.1 Der erste Schritt – Zuhören und Hypothesen aufstellen

Die Konsultation beginnt in der Regel mit der Schilderung des Problems durch die Patient*innen. Dabei sollten sie möglichst nicht unterbrochen werden, sie sollen ihre Probleme in ihren eigenen Worten ausdrücken können. Auf diese Weise erhalten die Behandler*innen sehr wertvolle Informationen und haben außerdem Zeit, sich ein erstes Bild zu machen und über erste Hypothesen nachzudenken. Während der Anamnese werden nämlich die meisten Hypothesen aufgestellt (und auch wieder verworfen) (1).

