

Fenster auf, Fenster zu Gutes Raumklima in der Ordination

LANDSBERG – Frostige Atmosphäre in Warte- und Sprechzimmern ist im Winter keine Seltenheit. Doch auch überheizte Räume machen Mitarbeitern und Patienten zu schaffen.

Zu kalt. Zu warm. Zu trocken. Zu feucht. Die klimatischen Verhältnisse in geschlossenen Räumen führen spätestens dann zu Meinungsverschiedenheiten, wenn mehr als eine Person sich darin aufhalten muss. In Arztpraxen werden die Auseinandersetzungen sogar mitunter besonders intensiv geführt. Denn nicht nur das Temperaturempfinden von Ärzten und ihren Mitarbeitern variiert mitunter. Auch Patienten mögen es unterschiedlich warm oder kalt. Und wer hochsensible Geräte in seiner Praxis stehen hat, muss unter Umständen auch noch deren Bedürfnisse und Vorlieben beachten.

Doch es gibt ein paar Regeln, auf die Ärzte verweisen können, wenn die Temperaturen in Sprech- und Wartezimmern mal wieder tropisch werden oder auf ein geradezu arktisches Niveau absacken. Wichtig ist es zunächst zu wissen, dass die Lufttemperatur in der Ordination nur ein Wohlfühlfaktor von vielen ist. Auch die Luftfeuchtigkeit und die Luftgeschwindigkeit (Zugluft) beeinflussen das Raumklima maßgeblich mit. Die meisten Beschäftigten empfinden eine Temperatur von 20–22 °C als angenehm, die empfohlene Luftfeuchtigkeit liegt zwischen 40 und 60 Prozent. Allerdings muss man bedenken, dass nicht nur vollbekleidete und arbeitende Menschen in den Sprechzimmern ein und aus gehen, sondern dort vielfach kranke Patienten sitzen, die sich auch noch freimachen müssen. Vor diesem Hintergrund ist es mitunter ratsam, die Heizung etwas höher aufzudrehen und der Belegschaft nahezulegen, kurzärmelige Oberteile



Die Raumtemperatur ist nur ein Wohlfühlfaktor von vielen. Foto: Sebastian Frank/Gettyimages

zu tragen. Wichtig ist es zudem, dauerhafte Zugluft zu vermeiden, da sie zumindest eine lokale Abkühlung des Körpers verursacht und deshalb nicht zuletzt von den Patienten als unangenehm empfunden wird. Für Lufttemperaturen von plus 20 °C gilt eine mittlere Luftgeschwindigkeit bis zu 0,15 m/s als empfehlenswert.*

Stoßlüften statt Dauerlüften

Dass beim Lüften vielfach deutlich höhere Luftgeschwindigkeiten entstehen können, ist unbestritten. Deshalb hermetisch die Fenster geschlossen zu halten, ist aber keine gute Idee. Zum einen steigt durch die menschliche Atmung konstant der Kohlendioxidgehalt im Raum, sodass die regelmäßige Zufuhr frischer Luft schon deshalb unabdingbar ist. Ein guter Richtwert ist, im Normalfall einmal pro Stunde zu lüften. Halten sich dauerhaft mehrere Menschen in einem Raum auf (etwa im Wartezimmer), ist sogar alle 20 Minuten ein Fenster zu öffnen.

Akuter Lüftungsbedarf besteht häufig auch, weil nicht alle Patienten nur nach Rosen duften. Nach Verbandswechseln oder anderen Untersuchungen ist es ebenfalls oft unumgänglich, einen mehr oder

minder intensiven Luftaustausch durchzuführen.

Die Bedeutung der Luftfeuchtigkeit

Warme Luft kann mehr Feuchtigkeit aufnehmen als kalte. Gelangt also nach dem Lüften frostige Winterluft in die Praxisräume, sinkt dort der relative Anteil der Luftfeuchte. Das Vorurteil, dass ein trockenes Raumklima gesundheitliche Nachteile birgt oder Erkältungen begünstigt, hat sich zwar bislang nicht erhärtet. Klagen Beschäftigte und Patienten über trockene Haut oder gereizte Augen, kann es aber sinnvoll sein, in einen Luftbefeuchter zu investieren – und sei es nur aus psychologischen Gründen. *Senta Dahland*

* Information 215-520 – Klima im Büro der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Rechtliche Vorgaben

Die Rechtsvorschrift für Arbeitsstättenverordnung enthält Vorgaben für das Raumklima in Arbeitsräumen: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009098>

Die praktische Frage

5 Tipps für einen besseren Arzt-Patienten-Kontakt



Mag. Iris Kraft-Kinz
MEDplan, 1120 Wien,
Tel. 01/817 53 50-260

Foto: MEDplan

Der Kontakt zum Patienten wird für den niedergelassenen Arzt immer nüchterner. Die Bürokratie und der zunehmende Zeitdruck lassen kaum mehr Raum für Gespräche.

Eine Analyse der kalifornischen Stanford University hat über 70 vorhandenen Studien durchkämmt, um Ärztinnen und Ärzten Empfehlungen zu liefern, auch unter diesen Umständen ein optimales Arzt-Patienten-Verhältnis herzustellen.

Organisierte Vorbereitung auf den Patientenkontakt:

Die Krankenakte liefert die Basis zur Patientengeschichte. Kurz bevor der Patient durch

die Tür tritt, sollte sich der Arzt noch einmal sammeln. Rituale wie Händewaschen oder tiefes Durchatmen helfen.

Die Kunst des Zuhörens:

Arzt und Ärztin wenden sich zur Gänze dem Patienten zu und signalisieren Aufmerksamkeit. Im Gespräch sollte weitgehend auf Unterbrechungen verzichtet werden. Es gibt so mehr medizinisch relevante Informationen.

Das Anliegen erkennen:

Viele Patienten kommen erst über Umwegen auf den Punkt. Nach den ersten Ausführungen ist es für den Arzt hilfreich, dem Patienten noch einmal die Chance zu geben, seine Sorgen auf den Tisch zulegen: Sonst geht es Ihnen gut? Sollten wir noch etwas besprechen?

Lebensumstände verstehen:

Der Arzt sollte die Gewohnheiten des Patienten in Erfahrung bringen. Couchpotatoes haben

andere Leiden als alleinerziehende Mütter am Rande des Burnouts. Auch sollte mit Lob für Gewichtsverluste, bessere Blutwerte oder anderes nicht geizigt werden.

Indirekte Hinweise deuten:

Patienten senden oft versteckte, nicht ausgesprochene Signale ihrer Befindlichkeit. Der Arzt sollte darauf reagieren: „Sie sehen müde aus. Schlafen Sie genug?“, „Sie hinken. Schmerzt Ihr Knie?“ Studien zeigen, dass Patienten es wertschätzen, wenn der Arzt sich über ihr direktes Anliegen hinaus um sie kümmert.

Unter dem Strich bleibt immer das gleiche Anliegen: Patienten wollen wahrgenommen werden. Dann gibt es auch eine Arzt-Patienten-Beziehung – trotz aller Zeitnöte.

Zulman D et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. JAMA 2020; 323(1): 70–81

Studie deckt internationale Unterschiede auf Google zur Suizidprävention

WIEN – Sucht man mit Google nach Suizidmethoden, wird man mitunter automatisch auf hilfreiche Angebote, wie etwa Beratungshotlines, hingewiesen. Nicht aber in Österreich und Belgien, kritisieren österreichische Forscher.

Online-Suchanfragen lassen tief in die Persönlichkeit des Users blicken. Das nutzen Suchmaschinenbetreiber mit personalisierter Werbung gewinnbringend. Prinzipiell wären aber auch Einsichten über Gemütsverfassung oder sogar Suizidgefährdung möglich. Google hat bereits einen wichtigen ersten Schritt geleistet, indem die Suchmaschine ein sogenanntes „Suizid-Präventions-Resultat“ (SPR) bei manchen suizidbezogenen Suchanfragen einblendet.

Die Anzeigehäufigkeit des SPR ist jedoch länderspezifisch unterschiedlich umgesetzt: In einigen Ländern

wie etwa den USA wird es sehr häufig angezeigt. Die aktuelle Studie, die Mag. Dr. Florian Arendt, Uni Wien, gemeinsam mit Kollegen der Uni Leipzig und der KU Leuven durchgeführt hat, präsentiert erstmals auch Daten für Österreich.

Konkret führten die Forscher 137.937 Suchanfragen von programmierten „virtuellen Agenten“ in Österreich, Deutschland, Belgien und der Schweiz durch. Diese virtuellen Agenten simulierten das suizidbezogene Suchverhalten deutschsprachiger Nutzer.

Das Ergebnis der Auswertung zeigte, dass das SPR in Österreich und Belgien nie angezeigt wurde; in Deutschland und der Schweiz nur in etwa 20 Prozent der Fälle. „Dieses Ergebnis deutet auf eine ‚digitale Kluft‘ hin“, kritisiert Arendt. *RED*

Arendt F et al. Social Science & Medicine; doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112692

Rosamib® zur Lipidsenkung

NEU: Die erste Fixkombination aus Rosuvastatin und Ezetimib in der GREEN BOX

Kardiovaskuläre Erkrankungen, größtenteils verursacht durch Atherosklerose, sind verantwortlich für mehr als 4 Millionen Tote in Europa pro Jahr.¹ Aktuelle Studien konnten belegen, dass durch eine besonders intensive LDL-C-Senkung das Risiko von kardiovaskulären Ereignissen noch weiter verhindert werden kann.² Je niedriger die erreichten LDL-C-Werte sind, desto geringer ist das Risiko zukünftiger kardiovaskulärer Ereignisse.³ Als Folge wurden in der Leitlinie zum Management von Dyslipidämien von 2019 die zuvor gültigen LDL-C-Zielwerte noch weiter gesenkt.³ Damit diese Zielwerte tatsächlich erreicht werden können, sind starke Lipidsenker notwendig.

Die Kombination aus den beiden Wirkstoffen Rosuvastatin und Ezetimib erzielt eine LDL-Senkung bis zu 62,2 % und eine Triglycerid-Senkung bis zu 33,5 %.⁴ Das bedeutet, dass noch mehr Patienten ihr LDL-Ziel erreichen können und so vor kardiovaskulären Zwischenfällen besser geschützt sind.

Rosamib® ist die erste Fixkombination aus Rosuvastatin und Ezetimib in der Green Box und ist in 3 Dosisstärken verschreibbar:

- 5 mg/10 mg Tabletten, 30 Stück
- 10 mg/10 mg Tabletten, 30 Stück
- 20 mg/10 mg Tabletten, 30 Stück

Rosamib® vereint zwei lipidsenkende Wirkstoffe mit komplementären Wirkmechanismen in einer Tablette. Dadurch ist eine 1x1-Dosierung möglich und das unterstützt die Therapietreue und den Therapieerfolg. Zusätzlich reduziert die Kombination aus Rosuvastatin und Ezetimib LDL-C effektiver als eine Verdoppelung der Statindosis.⁵ Die moderne Kombination Rosamib® bedeutet somit eine hervorragende medikamentöse Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Hypercholesterinämie aus der Green Box.



¹ Townsend N. et al. Cardiovascular disease in Europe – epidemiological update 2015. Eur Heart J 2015; 38: 2459–2472.
² Cannon C.B. et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med 2005; 372: 2387–97.
³ Mach F. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J (2019) 00, 1–78.
⁴ Hong S.J. et al. A Phase III, Multicenter, Randomized, Double-blind, Active Comparator Clinical Trial to Compare the Efficacy and Safety of Combination Therapy With Ezetimibe and Rosuvastatin Versus Rosuvastatin Monotherapy in Patients With Hypercholesterolemia: I-ROSETTE (Ildong Rosuvastatin & Ezetimibe for Hypercholesterolemia) Randomized Controlled Trial. Clin Ther. 2018; 40 (2): 226–241.
⁵ Ballantyne C.M. et al. Efficacy, safety and effect on biomarkers related to cholesterol and lipoprotein metabolism of rosuvastatin 10 or 20 mg plus ezetimibe 10 mg vs. Simvastatin 40 or 80 mg plus ezetimibe 10 mg in high-risk patients: Results of the GRAVITY randomized study. Atherosclerosis 2014; 232: 86–93.