

Diagnose ... oder was?

Meine Generation hat noch von den „Alten“ gehört: Vor die Behandlung haben die Götter die Diagnose gesetzt! Doch dann sitze ich in der Praxis, sollte eine Diagnose in die Karteikarte (papierne oder virtuell) eintragen und habe doch „nur“ einen Menschen vor mir, den ein Beratungsanlass in die Praxis geführt hat, der mir mehr oder weniger ausführlich Befindlichkeiten = Symptome schildert, bei dem ich Befunde erheben kann, der auch noch Befürchtungen und Erlebnisse mit sich trägt, den ich beraten und dem ich vielleicht sogar helfen kann – obwohl wir möglicherweise einer „Diagnose“ im Wortsinn noch gar nicht nähergekommen sind!

Dann lese ich in einem Artikel über Robert N. Braun, dass es ihm in den 1950er-Jahren so ähnlich ging, dass er aus diesem Antrieb eine Systematik der Krankheitshäufigkeit erstellt hat und daraus eine gezielte Diagnostik – heute hieße das wohl Qualitätssicherungsmaßnahme – in der allgemeinmedizinischen Praxis entwickelte.

Dann lese ich in dem Büchlein mit dem unspektakulären Titel „Qualität in der Medizin“ die Briefwechsel zwischen dem Hausarzt Bruno Kissling und einer Ethnologin und erfahre, was ich insgeheim schon wusste: Der Versuch, im Gesundheitssystem zu sparen, indem man ärztliche Dienstleistungen mit Indikatoren und Zielparame- tern misst (weil gesündere Patienten dann weniger Kosten verursachen ...), muss kläglich scheitern, es ist ein Märchen. Auch mit noch so ausgeklügelten Datensammlungen kann man (Beziehungs-)Qualität nicht adäquat abbilden. (Was man damit kann, ist perverse Anreize zu setzen: z. B. mehr [unnötige] Untersuchungen zu machen, vorschnell Medikamente verschreiben, [...] weil das zu mehr „messbarer“ Qualität führt. Doch sie produzieren quantitativ

messbaren Unsinn, den niemand braucht, während wahre Qualität in den Hintergrund gedrängt wird). Wohl kann man Teilaspekte von Qualitäten messen (wie z.B. die Effektivität der Arzt-Patienten-Beziehung, Patientenzufriedenheit, klinische Wirksamkeit oder Ökonomie), jedoch ist es wichtig, welche Schlüsse man daraus zieht.

Was ist denn wahre Qualität in der hausärztlichen Praxis? „Brave“ Zahlen in den FOKO-Briefen sicher nicht.

Aber z. B. die Kontinuität in der Betreuung von Familien und chronisch Kranken. Die Flexibilität, wodurch wir schon lange „personalisierte“ Medizin anbieten (ohne sie bisher so zu bezeichnen), der generalistische Zugang, der uns den ganzen Menschen (der nun einmal häufig multimorbid ist) wahrnehmen und behandeln lässt sowie die niedrige Schwelle unserer Praxistüren: zu tun, was gerade zu tun ist, zeitnah, wohnortnah, nachhaltig – Patienten sind vor allem Menschen und jedenfalls mehr als eine Summe von Diagnosen. Hausärzte sind auch Menschen und definitiv mehr als die Sammler einer Summe von Facharztbefunden. Das ist auch das Schöne an unserem Beruf. Und Schönheit ist nicht gut messbar.



Dr. Renate Hoffmann-Dorninger

Mein Weg durch die Allgem

Nach zwei Jahren Spitalsturnus war die Vorfreude groß, und die Erwartungen waren hoch; endlich der erste Schritt raus aus dem Krankenhaus und hinein in das zukünftige Arbeitsfeld – die Hausarztmedizin.

Die Entwicklung

Für mich hat sich bereits während des Studiums die Allgemeinmedizin im hausärztlichen Setting als Berufswunsch herauskristallisiert. Nachdem ich ursprünglich eher der Notfallmedizin zugeneigt war, hatte sich für mich nach umfangreichen Erfahrungen in der Präklinik und in Notaufnahmen gezeigt, dass mir die „Pflaster-Medizin“ auf Dauer zu wenig sein wird. Akute Probleme rasch zu behandeln ist kurzfristig sehr befriedigend, aber oft bleibt das Gefühl zurück, dass der Behandlungserfolg nicht von langer Dauer sein wird – wenn es nicht jemanden gibt, der die Patienten draußen gut und kontinuierlich weiter betreut.

Nachdem ich im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes einige sehr gut ausgebildete und engagierte Allgemeinmediziner aus den USA kennenlernen und begleiten durfte, hat sich für mich plötzlich eine naheliegende Lösung offenbart: in Zukunft selbst diese Betreuung als Hausarzt zu übernehmen.

Mit diesem Entschluss öffnete sich für mich ein vorher nicht wahrgenommenes Feld in Österreich. Nach meiner Rückkehr ergab es sich, dass in Salzburg der gemeinsame Allgemeinmedizin-Kongress der deutschen, österreichischen und Südtiroler Fachgesellschaften stattfand. Dort durfte ich erstmals auch solche Hausärzte kennen lernen, wie ich sie im Ausland getroffen hatte – eine Reihe von sehr

engagierten, teils hausärztlich, teils auch akademisch tätigen Allgemeinmedizinern. Mit dem Eintritt in die JAMÖ hatte ich endlich meine professionelle Heimat gefunden.

Die Gelegenheit

Eines Nachmittags während eines Dienstes in einem kleinen Salzburger Spital klingelte das Telefon, und in der Leitung war nicht die Krankenschwester aus der Ambulanz, sondern ein niedergelassener Kollege, der mir unumwunden eine Lehrpraxisstelle anbot. In Salzburg bietet das SIA-Programm (Salzburger Initiative Allgemeinmedizin) bereits seit einigen Jahren die in Österreich wohl einzigartige Möglichkeit, neben dem Spitalsturnus auch regelmäßig ganztägige, allgemeinmedizinische Begleitseminare, ein begleitendes Mentoring und eine voll finanzierte Lehrpraxisstelle am Ende des Turnus zu absolvieren. Dabei bleibt man während der Lehrpraxiszeit im Spital angestellt und wird sozusagen an die Praxis „verliehen“. Man übernimmt zwar zwei bis vier Dienste pro Monat im Spital – dafür muss man aber auch keinen Gehaltsverlust in Kauf nehmen.

Die Erwartungen

Zwar kam das Angebot für mich etwas zu früh in der Ausbildung, aber der Kontakt blieb bestehen und etwa eineinhalb Jahre später sollte es soweit sein, und ich begann mit der Lehrpraxis.

Ich hatte mich im Vorfeld schon immer wieder mit den theoretischen Aspekten der Allgemeinmedizin auseinandergesetzt – aber nun würde ich endlich selbst die Erfahrung im Umgang mit manchmal vermeintlich banalen Fragestellungen und unselektionierten Beschwerden aller Art sammeln, aber auch mit Prävention und Gesundheitsförderung. Außerdem würde ich nun endlich erfahren, wie eine Praxis eigentlich von innen funktioniert und ob ich mir wirklich einmal vorstellen könnte, selbst eine Praxis zu führen.

Die Realität

Wer im Februar in einem Skisportgebiet mit der Lehrpraxis beginnt, darf sich auf eine entspannte Zeit freuen – aber erst nach dem Winter. Nach der turbulentesten Zeit des Jahres kommt einem nämlich alles relativ gemütlich vor. Es zeigt sich hier bereits, wie vielseitig die Tätigkeit in der Allgemeinpraxis vor allem am Land sein kann. In den ersten Wochen Lehrpraxis versorge ich mehr Schnittwunden als in drei Wochen Unfallchirurgie-Famulatur (was aber eher an der Unfallchirurgie lag), werde innerhalb weniger Wochen zum „Kniespezialisten“ und kann meine Dänischkenntnisse wieder auffrischen. Dazwischen untersuche ich fiebernde Kinder, bespreche mit den

DIE VERANSTALTUNG FÜR STUDENTEN UND JUNGÄRZTE
INTERAKTIV, PRAKTISCH, UNABHÄNGIG

'17

JUNGE ALLGEMEINMEDIZIN
KONGRESS 20.10. – 22.10.2017
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

MEHR AUF WWW.JUNGEALLGEMEINMEDIZIN.AT

  

einmedizinausbildung

Diabetespatienten ihre Werte, versorge schlecht heilende Operationswunden und widme mich Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen – und in der Mittagspause kommt dann auch mal die eine oder andere Visite dazu.

Die Tätigkeit ist so abwechslungsreich, wie ich sie mir erhofft und vorgestellt hatte. Das pragmatische Arbeiten, nicht immer sofort eine aufwändige Diagnostik zu betreiben, das bewusste Nachdenken darüber, welche Laborwerte oder Bildgebung wirklich gebraucht werden, das macht die Arbeit wieder interessant. Endlich sieht man nicht nur Einzelepisoden, sondern auch die Verläufe verschiedener Erkrankungen und die Effekte der Behandlung (oder der Selbstheilung). Durch den ständigen Austausch mit dem Ordinationsteam und meinem Lehrarzt lerne ich sowohl die medizinischen als auch die organisatorischen Hintergründe so mancher Entscheidungen und Abläufe; wobei jedoch gerade die Feinheiten der Krankenkassen-Administration sich nur sehr widerstrebend in meinen Gehirnwindungen einnisten.

Die Aussicht

Mittlerweile ist leider bereits mehr als die Hälfte meiner Zeit in der Lehrpraxis vorüber. An manchen Tagen fühle ich mich schon recht souverän in meiner Tätigkeit und freue mich zudem daran, dass ich viele der Patienten nun schon gut kenne. An anderen Tagen stehe ich relativ ratlos vor den Problemen, die mir die Patienten schildern. Aber auch mit dieser Ratlosigkeit kann ich zunehmend besser umgehen. Die vorher eher theoretischen Begriffe wie „abwartendes Offenlassen“ und „safety-netting“ werden nun immer selbstverständlicher Teil der täglichen Arbeit. Auch die Vorstellungen über die eigene spätere Tätigkeit nehmen Gestalt an. Die Aussicht auf eine selbstständige Tätigkeit als Hausarzt rückt in den Bereich des Fassbaren. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten steigt.

Aber man wird sich auch bewusst, was es alles braucht, um eine gut funktionierende Praxis aufzubauen. Man braucht ein gut eingespieltes Team, auf das man sich verlassen kann. Man muss sein Netzwerk kennen: Zu welchen niedergelassenen Kollegen oder welcher Spitalsabteilung kann ich mit welcher Fragestellung zuweisen, wer macht welche Untersuchungen oder Behandlung, und wer hat welche Stärken? Wo gibt es psychosoziale Angebote, Bewegungsgruppen oder mobile Hilfsangebote? Je besser man seine Umgebung kennt, desto mehr kann man für seine Patienten erreichen – vielleicht wird die Primärversorgungsreform zumindest diesen Einstieg in eine neue Umgebung erleichtern.

Nicht zuletzt werde ich auch Allgemeinmedizinkollegen brauchen, mit denen ich mich austauschen und schwierige Fälle besprechen kann. Auch hier hat das SIA-Programm seine positiven Spuren hin-

terlassen, denn durch die Begleitseminare hat sich eine richtige Gemeinschaft gebildet – eine wichtige Grundlage für mögliche Gruppenpraxisprojekte in der Zukunft.

Fazit

Fünf Jahre nachdem ich mich für die Allgemeinmedizin entschlossen habe, habe ich nun erstmals als Allgemeinmediziner gearbeitet. Eigentlich ist es unglaublich, dass man so lange auf diese Zeit warten muss – auch wenn man bedenkt, wie viele Möglichkeiten sich einem in der Zwischenzeit bieten, doch an anderer Stelle auf ein Sonderfach abzubiegen. Aber ich konnte für mich nun endlich bestätigen, was ich bisher nur angenommen habe, dass mir die Tätigkeit als Allgemeinmediziner große Freude bereitet und ich meine Karrierewahl nicht bereuen werde.

Vorbilder haben mich dorthin gebracht, die Fachgesellschaft und das SIA-Programm haben mich dort gehalten, und die Lehrpraxis hat mich gefestigt.

Ich hoffe, viele Kollegen, die sich noch in der „alten“ Ausbildungsordnung befinden, werden sich die Gelegenheit nicht entgehen lassen und eine Lehrpraxis absolvieren. Es mag nicht überall so einfach sein, eine zu finden, aber die JAMÖ und sicher auch die ÖGAM-Landesgesellschaften helfen gerne dabei.

Zu guter Letzt hoffe ich, dass zukünftig alle Allgemeinmediziner von ähnlich positiven Erfahrungen am Ende ihrer Ausbildung berichten können.

*Dr. Sebastian Huter,
Junge Allgemeinmedizin Österreich
(JAMÖ)
sebastian.huter@jamoe.at
<https://jamoe.at>*



Eine gute Möglichkeit, sich mit anderen jungen Allgemeinmedizinern über die Ausbildung und berufliche Tätigkeit zu unterhalten, ist der JAM17-Kongress von 20. bis 22. 10. 2017 in Wien. Jetzt anmelden unter <https://jungeallgemeinmedizin.at>

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid Substitutionstherapie

**Gespräch mit Dr. Hans Haltmayer,
Beauftragter der Stadt Wien für Sucht- und Drogenfragen**

Im Frühjahr 2017 konnte die Arbeit einer Expertenplattform unter der Ägide des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) abgeschlossen werden. Vertreter aller österreichischen Einrichtungen, Institutionen und Fachgesellschaften, die mit Substitutionstherapie befasst sind, haben gemeinsam mit Vertretern des Ministeriums in vielen Sitzungen wissenschaftlich fundierte Qualitätsstandards zur Behandlung von opioidabhängigen Patienten erarbeitet. Dr. Haltmayer war einer der Mitinitiatoren dieses Prozesses.

Dr. Barbara Degn: Was war die Zielsetzung der Expertenrunde?

DR. HANS HALTMAYER: Das Ziel war und ist, der Substitutionstherapie zu einer gewissen „Normalität“ zu verhelfen. Die Substitutionstherapie mit Opioiden soll ein Behandlungsfall in der Medizin werden wie viele andere auch. Diese Normalisierung würde gleichzeitig auch eine Entstigmatisierung bewirken.

Degn: Wie war die Substitutionstherapie bis jetzt geregelt?

HALTMAYER: Durch das Suchtmittelgesetz und die Suchtgiftverordnung. In der bis dato gültigen Suchtgiftverordnung sind neben allgemeinen Rahmenbedingungen auch ärztliche Therapieinhalte vorgegeben. Zum Beispiel ist ein „Mittel der ersten Wahl“ zur Substitutionstherapie angeführt. Diese Bestimmungen greifen weit in die ärztliche Therapiefreiheit ein. Das ist einzigartig in der Medizin.

Nun soll auf Basis dieser Leitlinie eine gesetzliche Neuregelung erfolgen und damit ein für alle Ärzte verbindlicher gesetzlicher Rahmen geschaffen werden. Die ärztlichen Therapieinhalte werden allerdings, wie in der Medizin üblich, in fachlichen Leitlinien geregelt. Die Novellen zum Suchtgiftgesetz und zur Suchtgiftverordnung wurden bereits zur Begutachtung ausgeschickt.

Degn: Was wird sich ändern?

HALTMAYER: Die neue Leitlinie soll den Ärzten einen Handlungsleitfaden geben. Wer nach dieser Leitlinie handelt, handelt sorgfaltsgemäß, das heißt nach dem aktuellen „State of the Art“, und bewegt sich rechtlich sowie fachlich auf der sicheren Seite. Wenn ein Arzt

davon abweicht, was natürlich möglich ist, muss er auch gute Gründe dafür haben.

Degn: Welche Bereiche umfasst die Leitlinie zur Substitutionstherapie?

HALTMAYER: Es werden von Anamnese über Diagnostik, Behandlungsvertrag bis hin zur Langzeittherapie und Stabilitätskriterien für Medikamenten-Mitgabe klare Qualitätskriterien für alle Behandlungsschritte beschrieben. Auch psychosoziale Aspekte oder besondere Probleme wie z. B. Schwangerschaft, sind berücksichtigt. Schließlich werden Patientenrechte und -pflichten, ärztliche ethische Grundsätze u.v.m. abgehandelt.



Dr. Hans Haltmayer

Degn: Was war der Anlass für den Start dieses Diskussionsprozesses?

HALTMAYER: Konkret gab es vor vier Jahren in Politik sowie Medien heftige Diskussionen über Nutzen und Risiken der Substitutionstherapie für die öffentliche Gesundheit. Vor diesem Hintergrund fiel dann der Entschluss, unter Einbeziehung möglichst vieler Experten ein wissenschaftlich fundiertes Papier zum „State of the Art“ der Substitutionstherapie zu erarbeiten.

Degn: Welche Fachgesellschaften stehen hinter dem Papier?

HALTMAYER: Vier maßgebliche wissenschaftliche Gesellschaften haben die Leitlinien herausgegeben: die ÖGABS (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit), weiters die ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin), die ÖGKJP (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) und die ÖGPP (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie).

Degn: Wird die Leitlinie publiziert?

HALTMAYER: Die Leitlinie ist bereits veröffentlicht, etwa auf der Website des BMGF oder der Fachgesellschaften, es ist aber geplant, sie auch in einem wissenschaftlichen Journal zu publizieren.

Vielen Dank für das Gespräch. Ich wünsche viel Erfolg bei der Umsetzung!

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Maria Wendler
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,
Dr. Reinhold Glehr, 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
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.