

PVE – die Primärversorgung – in der Einheit liegt die Vielfalt

Begriffe wie PHC, PVE, Zentren, Ambulatorien und MVZ geistern durch die Gegend, es gibt eine Begriffsverwirrung und unscharfe Definitionen, die bei einigen zu Ängsten und Widerständen führen, andere sehen wiederum eine Chance, etwas zu verändern oder ihre Berufsgruppe mehr ins Spiel zu bringen.

Der Begriff PHC steht für „primary health care“ und bedeutet nichts anderes als ein gutes Grundversorgungssystem, das jedem Bürger eine gleiche und qualitativ hochwertige medizinische Grundversorgung gewährleisten soll. Dies umfasst nicht nur ärztliche Leistungen, sondern auch nichtärztliche Leistungen wie Pflege, Sozialarbeit, Gesundheitsförderung und vieles mehr – ganz im Sinne einer guten, integrierten Versorgungsstruktur.

PVE steht für „primäre Versorgungseinheit“, das ist die Organisationsstruktur zur Erbringung einer PHC, also einer guten Primärversorgung. Hier scheiden sich die Geister, wie eine PVE ausschauen sollte, das ist auch Inhalt des sogenannten „PHC-Gesetzes“. Die große Angst, vor allem von Seiten der Ärztekammer – und das nicht ganz unberechtigt –, ist, dass der Industrie durch dieses Gesetz die Möglichkeit gegeben wird, solche PVE als Geschäftsmodell zu betreiben, und dass man auf der anderen Seite den Gesamtvertrag aushebeln könnte. Das scheint bei dem vorliegenden Gesetzesentwurf, der zur Begutachtung aufgelegt wird, nicht mehr möglich zu sein.

PVE wird in mehreren Strukturen möglich sein, die den jeweiligen regionalen Bedürfnissen angepasst werden. Auf der einen Seite wird es Netzwerke von Einzelpraxen und Gruppenpraxen, allein stehende Gruppenpraxen und Ambulatorien geben. Die ÖGAM hat sich immer für eine Vielfalt der Versorgungsformen ausgesprochen, die wichtig ist, um die Grundversorgung in allen Regionen Österreichs, sowohl in der Stadt als auch am Land, sicherzustellen. Diese Flexibilität entspricht auch den Wünschen der jungen Kollegen, die wir

vermehrt zur Niederlassung motivieren müssen. Das entspricht aber auch dem Wunsch der Politik und der Sozialversicherung, die auf PVE setzen. Auf der anderen Seite muss und darf es auch noch die Einzelordination geben, sie hat genauso ihre Berechtigung und muss diese behalten.

Die ÖGAM bekennt sich aber auch ganz klar zur „integrierten Gesundheitsversorgung“. Das Team „rund um den Hausarzt“, auch wenn manche den Begriff nicht gerne hören, ist ein wichtiges Element zur Steigerung der Qualität in der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung. Es geht dabei nicht darum, den Hausarzt zu ersetzen – ein Argument, das ich immer wieder höre, da es in Zukunft angeblich viel weniger Allgemeinmediziner geben soll –, sondern ihn auf Augenhöhe mit fachlicher Kompetenz im Sinne der Patientenversorgung zu unterstützen. Das wäre eine schöne Vision, die in einigen Ländern schon gut umgesetzt ist.

Es gibt zögerlich, aber doch, schon gute Modelle, die mit sehr viel Energie und persönlichem Einsatz geschaffen wurden wie „Enns“ oder „Mariahilf“. Die Zufriedenheit der Bevölkerung und auch der Teams in diesen Gruppenpraxismodellen ist hoch. Es liegt auch an uns Ärzten selbst, allseits attraktive Strukturen für die Zukunft zu schaffen – für uns, unsere Teams und Mitarbeiter, viel mehr aber noch für unsere Patienten. Die Rahmenbedingungen muss uns die Politik und die Sozialversicherung zur Verfügung stellen, den Inhalt selbst müssen wir schaffen – im Sinne eines Bottom-up-Prozesses. Da bin ich optimistisch, dass uns das gelingen wird.



**Dr. Christoph
Dachs**

ObGAM – Frühlingskongress 2017

„Von Algurie bis Zystitis“

Freitag, 17. März: „Allgemeinmedizin – bereit für die Generation Y?“

Der bayerische Arzt Dr. Wolfgang Blank stellte klar: „Gute Hausärzte fallen nicht vom Himmel, außer man entfacht das Feuer.“

Am Vorabend des Kongresses wurde im Rahmen der schon traditionellen Podiumsdiskussion mit Vertretern der Ärztekammer für Oberösterreich und der Sozialversicherung die Ausbildungssituation Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der JKU in Linz auch postpromotionell beleuchtet. Es wurde auch diskutiert, ob und wie die Rahmenbedingungen der späteren Niederlassung gestaltet werden können, um die Attraktivität der Hausarztmedizin zu erhalten.

Aus dem bayerisch-tschechischen Grenzgebiet berichtete der engagierte Allgemeinmediziner Dr. Blank, wie es seiner kleinstädtischen Gemeinschaftspraxis gelungen sei, jungen Medizinerinnen sowohl theoretisch an der Universität als auch praktisch vor Ort die Vielfalt der Allgemeinmedizin erfolgreich darzustellen. Junge Kollegen aus ganz Deutschland sind davon so begeistert, dass sie mehrmalige unbezahlte mehrwöchige Aufenthalte bei ihm anstreben, die durch Aufbringung von Drittmitteln sowie finanzieller Unterstützung durch die Sozialversicherungsträger sichergestellt werden können!

Bachelor-Studenten der JKU bestätigten, dass sie durch die intensiven Track-Praktika einen viel besseren Einblick in die allgemeinmedizinische Tätigkeit geboten und dadurch eine klarere Vorstellung von der Hausarztmedizin bekommen haben. Weiters zeigte sich eine junge Kollegin nach den ersten Wochen Tätigkeit in einer Primärversorgungseinheit, die als Pilotprojekt in OÖ läuft, sehr positiv angetan! Sie sieht hier den Vorteil in der besseren Abstimmbarkeit der Doppelbelastung von Familie und Beruf.

Der Sektionsobmann für Allgemeinmedizin und der Obmann der OÖGKK führten aus, dass der Wille zur Unterstützung und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Hausarztmedizin gemeinsames Ziel sei. Neben dem bewährten Bestehenden werde geprüft, welche alternativen Organisationsformen sinnvoll umsetzbar gemacht werden könnten. Eine frühzeitige Präsentation und praktische Heranführung an die Allgemeinmedizin während der Ausbildung wurden als wichtige Voraussetzung zur zukünftigen Sicherung der allgemeinmedizinischen Grundversorgung der Bevölkerung und als unverzichtbar bezeichnet!

Zusammenfassend also durchaus Aussagen, die hoffen lassen, dass möglichst vieles auch in der Zukunft positiv für die Allgemeinmedizin wirksam werden kann!

Samstag, 18. März: OBGAM-Frühlingskongress: „Von Algurie bis Zystitis“ – Urologie in der AM

Das Thema wurde in traditioneller Weise in Parallelveranstaltungen für Ärztinnen und Mitarbeiterinnen aufbereitet. Der Kongress sollte einen breiten Überblick über die gängigsten urologischen Problematiken in der Allgemeinmedizin bieten, aber auch „tabuisierte Randthemen“ wie Sexualmedizin, Inkontinenz-Problematiken u. ä. ansprechen.

Dr. Siegfried Überreiter (FA für Urologie) gab einen Überblick zum Harnwegsinfekt. Klinik und Harnstreifenfest wurden als primäre Möglichkeiten der Diagnostik, trotz bekannter Unschärfe, betont. E. coli ist weiterhin führend im Erregerspektrum. Steigende Resistenzraten auf Ampicillin, Cotrimoxazol, aber auch Gyrasehemmer können therapeutische Probleme bereiten. Andererseits ist das Ansprechen mit regionalen Unterschieden auch auf ältere Substanzen als gut zu bezeichnen: Fosfomycin, Trimethoprim, Pivmecillinam, Nitrofurantoin, Amoxicillin/Betalaktamasehemmer. Supportivmaßnahmen wie Hygiene (+/-), Beckenbodentraining, Immunstimulanzien, Miktionsprotokoll, Flüssigkeitsmanagement, besonders bei geriatrischen Fragestellungen, wurden als wichtige Unterstützung genannt.

Dr. Tanja Becker (FÄ für Kinderurologie) gab Einblick zu Phimose und Zirkumzision (CiCi), Hodenhochstand und Enuresis: Bei der Phimose ist eine Intervention selten vor dem 1.–3. LJ indiziert, außer

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at



V.l.n.r.: Dr. Silke Eichner (GHZ Enns), Dr. Erwin Rebhandl (ÖBGAM-Präs.), Albert Maringer (ÖÖGKK), Studentinnen und Mitarbeiter der JKU Linz sowie MR Dr. Wolfgang Ziegler (ÄK OÖ)

es treten rezidivierende Balanitiden oder HWI auf. Missbildungen ergeben ebenfalls eine Indikation zur CiCi. Therapie: lokale Steroid-salben, sanfte Retraktionen, vorhauerhaltende CiCi (abs. Indikation: Balanitis xerotica obliterans – BXO, Narbenphimose, Paraphimose). CiCi rituell oder hygienebedingt: weltweit 38 %, USA 81 %, Muslime 68 %, Juden 1 %, Australien 66–70 %, Österreich 10–15 %. Hodenhochstand: Spontaner Deszensus 3.–6. Monat ist möglich. Therapeut. Maßnahmen sollten im 1. LJ begonnen, bis zum 18. LM abgeschlossen sein: 4. Wo LH-RH-Substitution, bei palpablen Hoden Orchidopexie im 1.–2. LJ. Enurese: Sollten anatomische Anomalien vorliegen, müssen diese korrigiert werden. Die Motivation ist das Wichtigste, da sonst Veränderungen des Verhaltens nicht erreicht werden und somit kein Erfolg erwartet werden darf. Klingelgerät und Desmopressin sind zusätzliche Therapieoptionen!

Dr. Elisabeth Murhammer (FÄ für physikalische Medizin) beleuchtete das Thema Inkontinenz: Dies ist ein altes Tabuthema mit bis zu 1 Jahr Latenzzeit bis hin zur Diagnose! Betroffen sind ab dem 65. LJ 20 % der Frauen, 9 % der Männer, im Altenheim mehr als 80 % der Senioren. Miktionstagebuch zur Unterstützung der Diagnostik sowie Therapiemöglichkeiten (Beckenboden-, Verhaltenstraining, evtl. Operation) sowie die Problematik der medikamenteninduzierten Inkontinenz werden von ihr angeführt.

Dr. Wolfgang Loidl (FA für Urologie) gab ein Update zur Prostata: Die rektaldigitale Untersuchung wurde bei der benignen Prostatohyperplasie als essenziell bezeichnet. Die Therapie mit Alpha-blocker, 5-AR-Hemmer hat sich nicht verändert, ebenso wenig die OP-Indikation: je nach Obstruktion. Des Weiteren gab er Einblick in die Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms (Prävalenz: 41% aller männlichen Tumoren in Österreich!) und führte die Bedeutung des PSA-Screenings und der S3-Leitlinien der DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie) an. Ein Update über die Therapieformen bei lokalisierten und metastasierten Ca. wurde gegeben, bei Zweitem Studien über abgestimmte neoadjuvante Immuntherapien nach Bestimmung zirkulierender TU-Zellen als vielversprechend genannt.

Nach kurzer theoretischer Einführung über die Entwicklung der Sexualität gab **Dr. Georg Pfau** (Allgemeinmediziner, Sexualtherapeut) Einblick in die Problematiken der Sexualmedizin – es wurden die mannigfaltigen Störungen und deren Entstehung dargestellt, die eminent wichtige Bedeutung der Sexualität zur Erlangung der Lebenszufriedenheit wurde unterstrichen.

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.

Zukunftskonferenz Primärversorgung – JUST DO IT!

Am 7. und 8. April 2017 veranstaltete das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der MedUni Graz gemeinsam mit dem Österreichischen Forum Primärversorgung (www.primaer-versorgung.org) eine Zukunftskonferenz mit dem Thema „interprofessionelle Zusammenarbeit“ (IPZ) in der Primärversorgung. IPZ unterscheidet sich von dem in Österreich vorherrschenden, eher parallel verlaufenden multiprofessionellen Ansatz. Man versteht darunter nämlich die unmittelbare interaktive Zusammenarbeit verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe, die eine Teamidentifizierung teilen und eng vernetzt und in gegenseitiger Abhängigkeit zusammenarbeiten, um komplexe Versorgungsprobleme zu lösen (Mitzkat et al., 2016). In seiner Eröffnungsk keynote erklärte Versorgungsforscher Andy Maun vom Universitätsklinikum Freiburg, dass IPZ in der Primärversorgung essenziell für eine wirksame Versorgung von Personen mit komplexen und/oder chronischen Erkrankungen ist.

Die initiale Podiumsdiskussion zeigte, dass sich die oft formulierte Angst vor einer anonymen Behandlung aus den bisherigen Erfahrungen in den Primärversorgungszentren Enns und Wien-Mariahilf in keiner Weise ableiten lässt. Auch die zuvor präsentierten Studienergebnissen aus Schweden (Thorn et al., 2010) zeigten, dass ein Triage-System, in welchem klar definierte Patientengruppen a priori durch die Pflege, Physio-, Psycho- oder Ergotherapie behandelt werden, bei 90 % der Patienten, Mitarbeiter und Ärzte auf Zufriedenheit stößt.

In den anschließenden Vorträgen konnten alle nichtmedizinischen Gesundheitsberufe deutlich machen, wo ihre Kompetenzen in der Primärversorgung liegen und wie IPZ aus ihrer Sicht funktionieren wird. Prof. Ewers von der Charité in Berlin zeigte bei der zweiten Keynote am Samstag beeindruckend, wie weit eigenverantwortliches Handeln und Arbeit auf „Augenhöhe“ international, vor allem in der Pflege im

Mir scheint, dass sie unserem Land derzeit weit voraus sind – insbesondere auch, was die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure betrifft.

Ich war beeindruckt von der Offenheit der Diskussionen und der Offenherzigkeit der Menschen.



Netzwerken über den Dächern von Graz

primären Sektor, schon betrieben wird. Für die 280 Teilnehmer aus allen Gesundheitsberufen, darunter 60 Allgemeinmediziner, 35 Angehörige der Pflege sowie viele Vertreter der Gesundheitspolitik, Landesvertretungen und Krankenkassen war die Konferenz aber auch vor allem eine ausgezeichnete Netzwerkveranstaltung.

Es bleibt die Erkenntnis, dass die Stärkung der IPZ in der Primärversorgung automatisch auch zu einer Stärkung der Allgemeinmedizin als führendes Fach der Primärversorgung führt. Länder mit starker Primärversorgung (z. B. Holland, Kanada, Neuseeland) haben Einschreibesysteme, Gatekeeping, den Facharzt für Allgemeinmedizin, eine intensive mehrjährige Ausbildung in der Lehrpraxis, und die Allgemeinmedizin hat die zentralste Bedeutung in der Gesundheitsversorgung. Es liegt nun an uns Allgemeinmediziner eine gemeinsame klare Vision der Allgemeinmedizin und ihrer Rolle in der österreichischen Gesundheits- und v.a. Primärversorgung in 20–30 Jahren zu definieren und die nötigen Schritte an allen Schnittstellen zu forcieren.

Nach der Präsentation der österreichischen Primärversorgungslandkarte durch das Österreichische Forum Primärversorgung stellte die Generaldirektorin der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, Andrea Hirschenberger, abschließend fest, dass der (Primärversorgungs-)Stein ins Rollen gebracht wurde und nun von allen Seiten eine Beschleunigung erfahren wird. In diesem Sinne konnte die Konferenz, wenn über die Herausforderungen der Umsetzung gesprochen wurde, eine klare Antwort geben: just do it!

Nachlese unter: <http://allgemeinmedizin.medunigraz.at/symposium-2017/downloads-und-links/>

PD Dr. Stefan Korsatko, MBA