

# „Der Mensch ist dem Menschen immer noch die beste Medizin.“

[zitiert nach Christian Schwarz, Facebook]



## Christian Schwarz

Am 12. März ist unser Kollege und langjähriges NÖGAM-Mitglied Christian „Blacky“ Schwarz völlig überraschend und plötzlich gestorben, mitten in einer Phase besonderen Engagements für die Hausarztmedizin in einer besonders schwierigen Zeit. Sein Anliegen war eine geeinte, wertgeschätzte und wertschätzende Allgemeinmedizin.

Wir sind fassungslos und tief betroffen, unser Mitgefühl gilt seiner Familie und seinen Freunden.

„Du bist nicht fern von uns, nur auf der anderen Seite des Weges.“

Silvia Reisner

„Unvergessen deine Herzlichkeit, deine Menschlichkeit, dein Engagement, dein Lachen! Danke, lieber Blacky, für die vielen schönen Stunden.“ Martina Heschl

„Wir verlieren nicht nur einen Mitstreiter für die gute Sache, sondern auch einen großartigen Menschen, der stets uneigennützig für die gute Sache gekämpft hat.“ Christoph Preissl

„Hochmotiviert, stets aufgeschlossen für neue Ideen, mit viel Elan für die kommende Generation und durch und durch Hausarzt – so durfte ich Christian Schwarz kennenlernen. Danke Dir für Dein Engagement.“ Benedikt Hofbauer

„Christian war Landarzt mit Leib und Seele – und Kämpfer für die Verbesserung unserer Belange.

Christian war Tausendsassa – unser basisnaher Ansprechpartner in der Kammer in vielen Belangen, Leiter von Qualitätszirkeln, Fortbildungen, Autor von Artikeln, unerschöpflicher Quell von Informationen für Kollegen jeden Alters.

Christian war selbstlos – seine Aktivitäten waren nicht von Eigennutz getrieben – ihm ging es um die Sache. Unsere Sache.“

Florian Hoffer

„Ich glaube, es wäre Christians Wunsch gewesen, dass wir seinen Traum weiterführen, eine geeinte Allgemeinmedizin zu leben, wo man einander hilft und sich unterstützt. Er war Leitfigur für viele, in gewissen Dingen ein Idol. Behalten wir sein Schaffen, seinen Einsatz für immer in Erinnerung.“ Lukas Heschl

„Lieber Christian, Du bist in einer Phase von uns gegangen, in der Dein Lebensthema, die Hausarztmedizin, einer akuten Gefährdung entgegensteht, in der die Einigkeit, die Dir so wichtig war, neu errungen werden muss. Wir werden Dein Werk weiterführen, versprochen!“

Susanne Rabady

„Christian hat uns Hausärzten vorgelebt, dass wir gegen Missstände und Abwertung aufbegehren müssen und uns nichts gefallen lassen dürfen.“ Dietmar Kleinbichler

Die Allgemeinmedizin hat mit Christian Schwarz einen der engagiertesten und wahrhaftigsten Kämpfer für die Allgemeinmedizin verloren. Wir werden ihn als einen, der mit Herzblut bei der Sache war, für immer im Gedächtnis behalten.“ Gustav Kamenski

„Christian Schwarz: ein Vollblutlandarzt, sprühend voller Ideen, ein brennendes Herz für die Allgemeinmedizin. Das war verbunden mit Sachkenntnis, Realitätssinn, Humor und einer warmen Offenheit. Lieber Blacky, die Weiterentwicklung und Verbesserung der Allgemeinmedizin war Dir ein Herzensanliegen, Du wirst mir fehlen.“

Walter Heckenthaler

„Nur weil's alle so mochn, muass I des no laung net a so mochn“ – wenn jemand progressives ‚Outside the Box Thinking‘ betrieben hat und immer offen für neue Vorschläge war, dann Christian.“ Patrick Reichel

„Lieber Blacky, Dein Tod macht mich fassungslos. Mir fehlen die Worte. Aber eines möchte ich Dir sagen: Du wirst fehlen – Deiner Familie, Deinen Freunden und mir! Deine positive Ausstrahlung und Deine starke Stimme hinterlassen eine große Lücke, überall, auch in der Gesundheitspolitik, die Du immer ehrlich und authentisch vertreten hast! Die Welt ist ärmer geworden, ohne Dich!“ Max Wudy

**„First they ignore you,  
then they laugh at you,  
then they fight you,  
then you win“**

[Mahatma Gandhi; zitiert nach Christian Schwarz, Facebook]

## GENUG. Lasst die Hausarztmedizin werden, was sie ist!

Entscheidend ist nicht, was Hausärzte hier und heute tun oder nicht tun, entscheidend ist, was sie aufgrund der Definition ihres Faches tun könnten.



**Dr. Susanne Rabady**  
Vizepräsidentin der ÖGAM

**E**in Phänomen, dem ich in Diskussionen in unterschiedlichen Zusammenhängen immer wieder begegne, ist die Entwertung von Erkenntnissen vorwiegend in der Praxis verankerter Ärzte als anekdotische, subjektive Erfahrungen. Die österreichische Primärversorgung funktioniert nicht, die hausärztliche Versorgung sei weit entfernt von gut genug, und wer immer andere Aspekte einbringt, würde nur die wenigen Positivbeispiele vor Augen haben, die man nicht verallgemeinern könne. Als legitime Auskunftspersonen zum Thema Primärversorgung sehen sich systemtheoretisch agierende Experten unterschiedlicher Berufsgruppen. Das greift nicht nur zu kurz, das ist zudem abwertend – und es ist nicht richtig.

Wenn Ärzte in der Praxis der Allgemein- und Familienmedizin tätig sind, bedeutet das nicht, dass sie sich ausschließlich und unreflektiert auf subjektive Erfahrungen

und Anekdoten beziehen und zu systemischem Denken und zur Theoriebildung unfähig sind. Es ist wenig zielführend einer ganzen Berufsgruppe die Fähigkeit zur Selbstreflexion abzusprechen, und die Innensicht zu ignorieren, weil sie sich nicht reibungslos ins eigene Verständnis einfügt. Vor allem dann nicht, wenn das Wesen der Hausarztmedizin in Fehlübersetzung von „primary care“ auf „Erstversorgung“ reduziert wird und die eigentliche Definition des Faches noch nicht einmal wirklich wahrgenommen wird: Allgemein- und Familienmedizin ist ein selbstständiges, komplexes Fachgebiet mit einem spezifischen „body of knowledge“, aus dem sich ihre Systemfunktion ergibt.

Entscheidend für die Rolle der Hausarztmedizin in einem effizienten, modernen Gesundheitssystem sind nicht diverse anekdotische Erlebnisse mit einzelnen Vertretern des Berufs, wie sie auch von versierten Systemtheoretikern immer wieder vorgebracht werden. **Entscheidend für systemische Überlegungen ist, was das Fach per definitionem kann, entscheidend sind seine spezifischen Kompetenzen. Diese sind es, die Möglichkeiten und Grenzen definieren.**

Niemand bestreitet die essenzielle Rolle von Inter- und Multidisziplinarität. Wenn aber der Hausarztmedizin nicht die Rolle im System eingeräumt wird, für die sie da ist, wird gar nichts gelingen. Ohne klare

Steuerung der Versorgungsebene sind alle Ansätze zum Scheitern verurteilt.

Genug damit, dass Hausärzte für Systemschwächen verantwortlich gemacht werden. Hausarztzentrierte Versorgung funktioniert, deshalb sind sowohl das „Hausarztmodell“ in Baden-Württemberg exzellent evaluiert als auch das österreichische „Disease Management Diabetes“.

Was nicht (ausreichend) funktioniert, ist die sich selbst – und zunehmend mehr auch Marktmechanismen – überlassene Regelversorgung. Unser aller Problem besteht darin, dass viele Menschen in Österreich entweder gar keinen Hausarzt haben oder dieser nicht die zentrale patientenführende Stelle ist; also seine speziellen Kompetenzen nicht leben kann.

Frustration und Depression unter den hausärztlich tätigen Kollegen sind auf ein wahrlich beängstigendes Maß angewachsen. Für Systemfehler verantwortlich gemacht zu werden, gegen die wir seit Jahrzehnten anrennen (inklusive der inadäquaten Aus- und Weiterbildung), hilft nicht weiter, sondern schiebt das System dem Abgrund reichlich nahe.

Voraussetzung für funktionierende Multi-professionalität ist eine wertgeschätzte, funktionierende Allgemein- und Familienmedizin. Ohne die geht es nicht. Nirgends.

Primärversorgung funktioniert dort gut – und nur dort –, wo die Hausarztmedizin den Platz einnehmen kann, der der ihre ist. ■

# Der Hausbesuch bei akuten Erkrankungen – Stärken und Schwächen

Der Hausbesuch ist ein Spezifikum der allgemeinmedizinischen Betreuung, aber wichtiger Teil der Kontinuität in der Versorgung, vor allem bei chronischen Kranken und fehlender Mobilität. Selten wird diese Art der medizinischen Versorgung vor Ort von anderen Fachdisziplinen geleistet. Doch wann macht die hausärztliche Visite (k)einen Sinn?



**MR Dr. Peter Sigmund**

Arzt für Allgemeinmedizin, Geriatrie  
Lehrbeauftragter der Medizinischen Universität Graz,  
Vorsitzender der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin,  
Bezirksstellenleiter Rotes Kreuz Leibnitz,  
seit 1988 Hausarzt in Gamlitz

Die Neugestaltung des ärztlichen Nacht- und Wochenendbereitschaftsdienstes in der Steiermark ab April 2019 mit einer rein auf Visitentätigkeit aufgebauten Versorgung wirft die Frage nach Möglichkeiten und auch Schwächen der hausärztlichen Visitentätigkeit auf. Ist auch der Hausbesuch ein etabliertes Element der allgemeinmedizinischen Versorgung, so fehlt es doch an Evidenz über die Effizienz von Hausbesuchen mit klaren Kriterien, wann ein Hausbesuch medizinisch sinnvoll ist, wann er für den Patienten wirklich die beste Versorgungsoption ist, in welchem Ausmaß er vom Arzt leistbar ist und wann er für das Gesundheitssystem kosteneffektiv ist. Jede Berufung eines Arztes macht die Objektivierung von Hausbesuchsindikationen notwendig. Abgesehen vom Patientenkomfort, von einem Arzt im eigenen Heim betreut zu werden, bietet der Hausbesuch durchaus auch Nachteile.

## Nachteile des Hausbesuchs

- keine ideale klinische Untersuchungssituation (trotzdem gesamte medizinische Verantwortung beim Arzt)
- eingeschränkte apparative Möglichkeiten
- Keine Assistenz – keine EDV – keine Administration!
- mangelnde Triagemöglichkeit führt zu mehr Krankenhauszuweisung
- Vergeudung von Arbeitszeit durch Wegzeit
- Arztsicherheit (Verkehr/Alleinfahren/Nacht)

## Beurteilung einer Visiten-Notwendigkeit

In der Leitlinie für Hausbesuch in North Staffordshire (Local Medical Committee General Practitioner Visiting Guidelines) finden sich Ansätze für die Beurteilung einer Visiten-Notwendigkeit. Es wird festgehalten, dass der Bereitschaftsdienst dann gut funktioniert, wenn der **Großteil** der Patienten die Ordination aufsucht und nicht visitiert wird. Eine Telefontriage soll nicht entscheiden, ob ein Arzt gebraucht wird, sondern die Kontaktaufnahme mit dem Arzt empfehlen. Beim Telefonat soll im Sinne eines **Entscheidungsbaums** geklärt werden:

- ob das Problem im Telefongespräch bewältigt werden kann;
- wenn nicht, soll geklärt werden, ob durch den Transport des Patienten mit dem Auto zum Arzt unzumutbare Belastung oder Verschlechterung des Zustandes des Patienten zu erwarten ist;
- wenn ja, soll geklärt werden, ob der Patient so akut und ernsthaft gefährdet ist, dass ein unverzüglicher Transport ins Krankenhaus notwendig ist;

**TIPP:** Diesen Anruf-Notfallplan beim Telefon anbringen.



## Telefonischer Anruf mit Notfallmeldung

- Anrufer in Leitung halten
- Assistenz
  - Patient bekannt beziehungsweise in der Ordinationskartei erfasst?
  - Sind Adresse und Zufahrt zum Notfallort bekannt?
  - Kontakttelefonnummer des Anrufers erfragen beziehungsweise vom Telefondisplay ablesen und notieren!
- Dann weiterverbinden zum Arzt: Nach Möglichkeit Arztgespräch mit dem Patienten selbst – diesem eventuell Mobiltelefon bringen lassen.
  - Assistenz derweilen – bei bereits erfassten Patienten
    - \* Patientenpass ausdrucken (Dauerdiagnose und Medikation)
    - \* Überweisungsschein beziehungsweise auch ärztlichen Transportantrag ausdrucken
    - \* eventuell Ausdruck letztes EKG, Labor, Arztbrief
  - unklare Zufahrt über zuständiges Gemeindeamt erfragen
  - Objekt mit Adresseingabe mit Google Earth/Google Maps verifizieren

- wenn keine akute vitale Bedrohung anzunehmen ist und der Patient zum Arzt transportiert werden kann, soll der Patient die Arztpraxis aufsuchen;
- wenn keine akute vitale Bedrohung anzunehmen ist und der Patient nicht kommen kann, dann Hausbesuch.

## Hausbesuch als sinnvolle und beste Form der Versorgung

- Kranke am Lebensende
- bettlägerige Patienten
- durch das Kranksein eingeschränkte Mobilität sonst mobiler Patienten
- Versorgung vor dem Transport ins Krankenhaus, wenn Arzt vor Rettung bei Patienten sein kann (Abwägen: Ordinationsverpflichtung – Zeit – Rettung – Notarzt)

Situationen mit nicht a priori nötiger Visitenindikation:

- Allgemeinsymptome wie Fieber, Kopfweh, Ohrschmerz, Husten, Bauchweh, Durchfall ...
- „Ammenmärchen“: Fiebriger muss im Bett bleiben und kann nicht zum Arzt kommen.
- Transportorganisation ist nicht ärztliche Aufgabe!
- Wenn Eltern eines Kindes sich zum Arzttransport außerstande sehen, hat die Sicherheit des Kindes Vorrang! – Diskussion ist später zu führen!

## Bedeutung in der hausärztlichen Betreuung

Abgesehen von der Berufung bei akuten Erkrankungen – im Bereitschaftsdienst oft bei fremden Patienten – hat der Hausbesuch eine weitergehende Bedeutung in der hausärztlichen Betreuung:

- Wahrnehmen des psychosozialen Umfeldes in der Wohnung des Erkrankten
- Erleben der Privatheit des Patienten – auch seine gesunden Anteile
- Aufbau eines größeren Vertrauens
- Kennenlernen eines Teils der häuslichen Umgebung, über die „man nicht gerne spricht“
- „Warum ruft Dich dieser Patient jetzt zum Hausbesuch?“ – „Ist er mehr alarmiert, als er sagen kann?“ – „Will er mehr von Dir?“

## Treffsicherheit hausärztlicher Diagnostik

Spezifisch für die Diagnostik in der Allgemeinmedizin und spezi-

ell beim Hausbesuch sind die Anamnese, die unmittelbare Untersuchung und die Verwendung von erlebten anamnestischen Kenntnissen. Bei Erkrankungen, die dringliche Krankenhauseinweisungen benötigten, liefert die Studie von W. Ch. Hager überraschende Ergebnisse zur Treffsicherheit hausärztlicher Diagnostik:

- Die Abwesenheit von Apparaten in der Patientenwohnung hat die diagnostischen Differenzen zwischen Einweisungsvermutung und Entlassungsdiagnose aus dem Krankenhaus kaum vergrößert.
- Die Rolle der erlebten Anamnese – die langzeitige Arzt-Patienten-Beziehung – kann in der Notfallsituation auch zur Fallgrube werden: Sollte die Vertrautheit mit dem Patienten im Akutfall eher befangen machen?
- Erkrankungen, die Persönlichkeitsmerkmale verändern (schwere Infektionen, Sepsis ...), sind im Rahmen der Langzeitbetreuung besser zu diagnostizieren.

Quellen:

- North Staffordshire Local Medical Committee General Practitioner Visiting Guidelines
- <http://www.northstaffslmc.co.uk/website/LMC001/files/Visiting-GuidelinesRevJul2012.pdf>
- Ablehnen, Einbestellen oder Hinfahren?
- Analyse einer E-Mail-Diskussion unter Hausärzten.
- N. Weismann, B. Huneges, D. Osenberg, H. Rusche, Abtlg. Allgemeinmedizin, Ruhr-Universität Bochum,
- Originalarbeit Zeitschrift für Allgemeinmedizin 12/2010
- Hausärztliche Notfallbesuch tagsüber und in der Nacht.
- Vergleiche in einer südbadischen Landarztpraxis.
- W. A. Stunder, Lehrpraxis der Albert-Ludwig-Universität Freiburg,
- Originalarbeit Zeitschrift für Allgemeinmedizin 8/2012
- Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen.
- Erste Ergebnisse der Sesam-3-Studie.
- K. Voigt, J. Liebnitzky, H. Riemenschneider, K. Gerlach et al., Technische Universität Dresden,
- Originalarbeit Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1/2011
- Dringliche Krankenhauseinweisung: Empirische Evaluation hausärztlicher Diagnostik. Dr. med. W. Christoph Hager, Abtlg. Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2000; 76:31-33, Hippokrates Verlag, Stuttgart 2000

# SAGAM-Kongress 2019



**Thema: „Da bleibt die Luft weg“**

Samstag, 27. 4. 2019, 09.00–15.15 Uhr, Medizinisches Zentrum Bad Vigaun (Karl-Rödhammer-Weg 91, 5424 Bad Vigaun)

## Programm für Ärztinnen und Ärzte:

- 08.30–09.00 **Registrierung**
- 09.00–09.15 **Begrüßung**
- 09.15–10.00 **Differenzialdiagnostik der Atemnot**, Qualitätszirkel Allgemeinmedizin Salzburg (Dr. Peter Kowatsch/Dr. Roland Mayr)
- 10.00–10.45 **Asthma und COPD**, Prof. Dr. Antonius Schneider, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TU München
- 10.45–11.30 **Atemnot als Notfall**, Dr. Florian Mitter, Anästhesist und Notarzt, UK für Anästhesiologie und Intensivmedizin, LKH Salzburg
- 11.30–12.30 **Pause** im Café Therme
- 12.30–13.15 **Atemnot bei Kindern**, Priv.-Doz. OÄ Dr. Waltraud Eder, UK für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH Salzburg
- 13.15–14.00 **Schlafapnoe**, Dr. Peter Reichenpfader, niedergelassener FA für Pulmologie, Salzburg
- 14.00–14.45 **Da bleibt die Luft weg – psychosomatische Aspekte der Atemnot**, Dr. Barbara Vockner, niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin, Saalfelden
- 14.45–15.15 **Abschlussdiskussion mit allen Referenten**

Danach **Buffet und gemütlicher Ausklang im Café Therme**  
Auf Einladung der Geschäftsleitung Gelegenheit zum Besuch der Heiltherme

### KONGRESSGEBÜHREN:

- Nichtmitglieder: 50 Euro  
SAGAM/ÖGAM-Mitglieder und Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung: 30 Euro  
BdA-Mitglieder mit Ausweis: 30 Euro  
JAMÖ-Mitglieder und Studierende: gratis

## Programm für Arztassistentinnen und Arztassistenten:

- 08.30–09.00 **Registrierung**
- 09.00–09.15 **Begrüßung**
- 09.15–10.00 **wie Arztprogramm**
- 10.00–10.45 **wie Arztprogramm**
- 10.45–11.30 **wie Arztprogramm**
- 11.30–12.30 **Pause** im Café Therme
- 14.00–14.45 **Schulung zur Handhabung verschiedener Inhalatoren**, Dr. Joze Messner und Team, niedergelassener FA für Pulmologie, Salzburg
- 14.45–15.15 **Abschlussdiskussion mit allen Referenten**
- 14.45–15.15 **Abschlussdiskussion mit allen Referenten**

Danach **Buffet und gemütlicher Ausklang im Café Therme**  
Auf Einladung der Geschäftsleitung Gelegenheit zum Besuch der Heiltherme

Wir bitten um Anmeldung zum Kongress ab sofort, spätestens jedoch bis 22. 4. 2019 auf unserer Website [www.sagam.at](http://www.sagam.at). Nach der Anmeldung erhalten Sie per E-Mail unsere Kontonummer. Der Zahlungsbeleg gilt als Anmeldebestätigung.

**Für den Kongress werden 6 Fortbildungspunkte für das DFP beantragt.**

Der Kongress wird mit freundlicher Unterstützung der Salzburger Gebietskrankenkasse und dem Medizinischen Zentrum Bad Vigaun durchgeführt. Auf Unterstützung durch die Pharmaindustrie wurde bewusst verzichtet.

**Auf Ihren Besuch freut sich das Kongressteam:**

Florian Connert, Miriam Lainer, Bernhard Fürthauer, Regina Dachs, Georg Galvan

**Für den Inhalt und Kongress verantwortlich:**

Florian Connert (Ärztinnen und Ärzte) und Regina Dachs (Arztassistentinnen und Arztassistenten)