

## Wie es weitergeht mit den PVE ...

# Neuverhandlungen in OÖ

**U**nglaublich: Die 5-jährige Pilotphase ist kurz vor dem Ende – wie die Zeit vergeht! Mit September 2022 läuft die Pilotphase für das PVZ Marchtrenk aus. Ein Lagebericht, verfasst von der ÖGK OÖ, liegt für die Landeszielsteuerungskommission vor – dabei werden drei Teilbereiche beachtet:

- Patientenebene: ein bewährter Fragebogen des ärztlichen Qualitätszentrums (766 Rückläufe) wurde ausgewertet.
- Aus Sicht der Gesundheitsberufe (Anbiaterebene): Face-to-Face-Interviews mit den beteiligten Akteuren wurden zusammengefasst.
- Systemebene (Sicht der Financiers): Datenanalyse im Längsschnitt (früherer Einzelordination mit den ersten 12 Betriebsquartalen) sowie in Gegenüberstellung mit einer OÖ Vergleichsregion.

Die LZ-K entscheidet dann, ob die Geschichte der Primärversorgung (PVE) weitergeht, ob eine Überführung in den Regelbetrieb erfolgt. Das ist allerdings wohl nur mehr Formsache:

In gewissen Regionen – auch in „meiner“ Region Marchtrenk (Wels-Land, Oberösterreich) – gibt es für eine Primärversorgung im niedergelassenen Bereich keine Alternative: Stellenausschreibungen waren erfolglos, bis die Stelle in eine PVE überführt wurde. Auch wenn zu betonen ist, dass die „klassische“ hausärztliche Praxis die mit weitem Abstand dominante Form der Pri-



**Dr. Ronald Ecker**

Arzt für Allgemein- und Sportmedizin,  
Marchtrenk  
[www.roneck-sportmed.at](http://www.roneck-sportmed.at)

märversorgung ist und auch in mittlerer Zukunft sein wird.

Wie es in OÖ weitergeht, wird gerade verhandelt. MR Dr. Wolfgang Hockl (PVZ Enns) und ich (PVZ Marchtrenk) vertreten die Ärzte. Die Sitzungen mit der ÖGK OÖ habe ich sehr angenehm erlebt: Diskussionen auf Augenhöhe, gegenseitige Wertschätzung. Keine Streitgespräche – wie ich es aus Erzählungen vernommen habe. Juristische Vertreter der Ärztekammer haben uns Ärzte ausgezeichnet unterstützt, mussten natürlich immer Bedacht nehmen, dass die „PVE neu“ gegenüber der anderen hausärztlichen Primärversorgung nicht bevorteilt werden.

Monatliche Pauschalzahlungen – wie in der Pilotphase – wird es nicht mehr geben. Es wird wahlweise die Möglichkeit der Einzelleistungsvergütung – so wie in den Einzelpraxen üblich – geben oder das Modell der Fallpauschale. Die Fallpauschale, also ein definiertes Honorar pro Patient pro Quartal

(im Falle der ÖGK-Patienten), wird erwünscht und ist sicherlich auch attraktiv. Eine Mischung aus pauschalen Abgeltungen für Fixkosten und einer gerechten Fallpauschale wird in Zukunft die Aufwendungen der Abrechnung weiter entlasten und den PVE eine gerechtere Bezahlung zukommen lassen. Gewisse Leistungen werden extra honoriert: Disease-Management-Programme, Substitution, „kleine Chirurgie“, Katheterwechsel, „aufwendige“ Infusionen (Infliximab etc., > als 1 Stunde Infusionsdauer).

Was mich persönlich freut, ist, dass wir mehr Gestaltungsspielraum für die Bezahlung der Ordinationsassistent:innen haben: seit Jahren liegt mir der peinlich niedrige Lohn der Ordinationsassistent:innen im Magen – im PVZ Marchtrenk haben wir bisher schon sehr deutlich überbezahlt.

Ich finde es toll, dass die österreichische medizinische Primärversorgung endlich auch in der Öffentlichkeit als unverzichtbar wahrgenommen wird – die Pandemie hat uns hierbei unterstützt. Ich finde die unterschiedlichen Formen der ärztlichen Zusammenarbeit spannend. Ich freue mich, dass es seit Oktober 2021 auch auf der Johannes Kepler Universität Linz ein Institut für Allgemeinmedizin gibt. Und ich freue mich, dass es – zumindest aus meiner Sicht – einen wirklich guten Zusammenhalt innerhalb der österreichischen Hausärzte gibt.

Mit kollegialen Grüßen  
Ronald Ecker

## Thema: Schmerz

# SAGAM Kongress 2022

**Wann:** Samstag, 23. 04. 2022, 09.00–15.30

**Wo:** Medizinisches Zentrum Bad Vigaun (Karl-Rödhammer-Weg 91, 5424 Bad Vigaun)

### PROGRAMM

**08.30–09.00** **Registrierung**

**09.00–09.15** **Begrüßung**

**09.15–10.00** **Der Schmerz als komplexes Phänomen**  
 Dr. Florian Mitter, FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Arzt für psychotherapeutische Medizin i. A., LKH Salzburg

**10.00–10.45** **Rückenschmerz – eine praktische Herangehensweise**  
 Dr. Christoph Dachs, Arzt für Allgemeinmedizin, Rif  
 Dr. Reinhold Glehr, Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg

**10.45–11.30** **Komplementäre Methoden in der Schmerzmedizin**  
 Dr. Karin Serrat, FÄ für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärztliche Leitung  
 Gesundheitseinrichtung BVAEB Bad Hofgastein

**11.30–12.30** **Pause**

**12.30–13.15** **Das chronische Schmerzsyndrom – Chronifizierungsrisiken im österreichischen Gesundheitssystem**  
 Dr. Martina Wittels, FÄ für Anästhesiologie und Intensivmedizin, niedergelassene  
 Schmerztherapeutin und Psychotherapeutin, Oberndorf

**13.15–14.00** **Interventionelle und neurochirurgische Schmerztherapie**  
 Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Eisner, UK für Neurochirurgie, Innsbruck

**14.00–14.45** **Schmerztherapie am Lebensende**  
 Dr. Irmgard Singh, Ärztliche Leiterin der Hospizbewegung Salzburg

**14.45–15.15** **Abschlussdiskussion mit allen Referenten**

**danach** **Buffet und gemütlicher Ausklang**  
 Auf Einladung der Geschäftsleitung Gelegenheit zum Besuch der Heiltherme

Wir bitten um **Anmeldung zum Kongress ab sofort, spätestens jedoch bis 20. 04. 2022** 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 **Österreichischen Gesundheitskasse Landesstelle Salzburg** 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, Valerie Stemeseder, Regina Dachs



ZUR  
ANMELDUNG



# Orthopädische Probleme in der allgemeinmedizinischen Praxis

Der Behandlung von Menschen mit Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates kommt in der Hausarztpraxis allein aufgrund der Häufigkeit ein hoher Stellenwert zu. Orthopädische Problemstellungen zu betreuen bedeutet jedoch mehr, als nur NSAR zu rezeptieren – es erfordert viel Wissen und Erfahrung.

Text: Dr. Ronald Ecker



In einer allgemeinmedizinischen Praxis gibt es eine Regelmäßigkeit der Fallverteilung, die seit dem Jahr 1955 (R. N. Braun) immer wieder statistisch-wissenschaftlich aufbereitet wird. Es handelt sich hier selten um Diagnosen, sondern vielmehr um Fälle (Symptome oder Symptomgruppen, Krankheitsbilder). Die häufigsten 100 Fälle machen beinahe 80 %, die häufigsten 200 bereits 93 % der Patient:innen in einer allgemeinmedizinischen Praxis aus (Mader, Riedl: Allgemeinmedizin und Praxis. Springer, S. 5 ff). Bei den 100 häufigsten Beratungsanlässen betreffen immerhin 20 den Stütz- und Bewegungsapparat. Die Betreuung von Menschen mit Beschwerden des Stütz- und Bewegungsap-

parates hat in der Hausarztpraxis somit schon allein wegen der Häufigkeit einen hohen Stellenwert. Die postpromotionelle Ausbildung von Ärzt:innen erfolgt bekannterweise großteils in Krankenhäusern – hier werden Menschen vornehmlich mit schweren pathomorphologischen Veränderungen zur operativen Rekonstruktion vorgestellt. In der niedergelassenen Praxis werden Ärzt:innen dann mit Krankheitsbildern konfrontiert, auf die sie nicht vorbereitet sind. Durch die Implementierung der sechsmonatigen Lehrpraxis in der Ausbildung zur Allgemeinmediziner:in seit 2015 hat sich die Situation etwas gebessert. „Apparatediagnostik“ wird sehr stark eingesetzt: eine Überweisung zu schreiben ist

bequem, juristische Überlegungen sind natürlich von Bedeutung. Auch bei orthopädischen Krankheitsbildern gibt es Red Flags – diese darf man natürlich nie aus den Augen verlieren. Leider klaffen jedoch häufig radiologischer Befund und klinische Relevanz weit auseinander. Anamnese und klinische manuelle Diagnostik sind zumeist nicht nur richtungweisend, sondern zur Erstellung einer „Diagnose“ ausreichend. Die manuelle Diagnostik ist eine Grundfertigkeit und umfasst Strukturpalpation, Schmerzpalpation, Funktionsuntersuchungen und Provokationstests. Bei akuten Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates muss Reizabbau erfolgen. Bei chronischen Beschwerden müssen hingegen Reize gesetzt werden – je-



weils idealerweise mit verschiedenen Methoden aus manuellen und physikalischen Therapien, die Trainingstherapie ist beinahe immer indiziert.

Mich persönlich hat der Bewegungsapparat schon immer interessiert, bereits während der Turnuszeit habe ich begonnen, zahlreiche Ausbildungen in diese Richtung zu absolvieren. Das kommt mir nun im Praxialtag zugute, da ich einen Großteil der orthopädischen Patient:innen selbst therapieren bzw. zumindest im Diagnose- und Therapiegang selbst führen kann.

## Interviews

Ich habe drei meiner aktuellen Lehr-

praktikant:innen zum Thema „Stellenwert der Orthopädie in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin“ interviewt. In abgekürzter Form bzw. in Form von Schlagwörtern darf ich die Antworten auf meine drei Fragen anführen:

**Dr. Ecker: Welchen Stellenwert hatte im Rahmen der Ausbildung zum Allgemeinmediziner die Orthopädie? Wie wurdest Du auf orthopädische Problemstellungen vorbereitet?**

### Antworten:

- leider geringer Stellenwert
- Ich musste mich zwischen Unfallchirurgie und Orthopädie entscheiden, Ausbildung auf der Unfallchirurgie hat dann Relevanz, wenn die Praxis sich in gewissen Regionen (Skiregionen) befindet.
- Ich wurde auf der Orthopädie großteils als Stationsärztin/Stationsarzt eingeteilt – musste also internistische Krankheitsbilder lösen.
- Ich habe kaum Zeit auf der Ambulanz verbracht.
- Ich wurde oftmals als zweite Assistenz bei TEP-Implantationen eingesetzt.
- Im stressigen Klinikalltag hatte kaum jemand Zeit und Interesse, über ambulante Betreuung von orthopädischen Patient:innen zu sprechen.

**Dr. Ecker: Du hast sechs Monate Lehrpraxis absolviert bzw. bist gerade mittendrin. Welche Bedeutung misst Du orthopädischen Problemstellungen in der Hausarztpraxis bei?**

### Antworten:

- große Bedeutung in der Hausarztpraxis
- häufiger Konsultationsgrund
- einer der häufigsten Gründe für Krankmeldungen
- orthopädische Probleme als riesengroße Herausforderung für die Hausärztin/den Hausarzt, da oftmals chronische Krankheitsbilder mit all Schwierigkeiten
- klinische Untersuchung hat einen hohen Stellenwert, Bildgebung ist oft nur ein Hilfsmittel

- Orthopädische Problemstellungen zu betreuen bedeutet mehr, als nur NSAR zu rezeptieren – es erfordert viel Wissen und Erfahrung.
- Ein Netzwerk an Fachärzt:innen und orthopädischen Abteilungen ist wichtig; aufgrund der langen Wartezeiten dort muss man den überwiegenden Teil der Patient:innen selbst betreuen und führen.

**Dr. Ecker: Konntest Du das Defizit an orthopädischer Ausbildung mittlerweile etwas nachholen? Wie? Hast Du auf Eigeninitiative Fortbildungen in Richtung Orthopädie/Management für Probleme des Bewegungsapparates absolviert?**

### Antworten:

- laufende oder zumindest geplante Ausbildung in manueller Medizin und Infiltrationskursen
- zunehmende Erfahrungen mit konservativer Orthopädie in Rahmen der Lehrpraxis
- Verschiedene Quellen der Fortbildungen für Allgemeinmedizin – Orthopädie ist hier allerdings immer unterrepräsentiert, da ein „praktisches Fach“ kaum in einem Artikel darstellbar ist.

## Fazit

Man kann es den Krankenhäusern nicht verübeln, dass mit der derzeitigen Struktur und dem Personalstand die orthopädische Ausbildung der zukünftigen Hausärzt:innen nur suboptimal ist. Um in einer eigenen Praxis orthopädisch fit zu starten, gibt es für Jungärzt:innen – realistisch gesehen – nur zwei Möglichkeiten:

- frühzeitig beginnen, Diplomausbildungen wie Manualmedizin, Akupunktur oder Sportmedizin zu absolvieren. Zudem Teilnahme an Fortbildungen, wie z. B. den Infiltrationsworkshop der STAFAM (Steirische Akademie für Allgemeinmedizin).
- In der Lehrpraxis möglichst viel „mitbekommen“ – sechs Monate Lehrpraxis ist die Mindestdauer. ■