

Kassen- oder Wahlarzt, Kassen- UND Wahlarzt

Das Problem der medizinischen Grundversorgung ist seit Jahren ein relevantes Thema im österreichischen Gesundheitssystem. Es geht unter anderem um die Frage, ob es jedem Menschen in Österreich ermöglicht wird, einen Kassenarzt oder eine Kassenärztin für medizinische Notwendigkeiten in absehbarer Zeit aufsuchen zu können. Oder ob das Ausweichen auf Wahlärzt:innen aus verschiedenen Gründen alternativlos ist. In Oberösterreich sind – Stand Anfang Mai 2022 – 45 Kassenstellen (Allgemeinmedizin und Fachärzt:innen) unbesetzt. Im Jahr 2005 gab es in diesem Bundesland ca. 800 Wahlärzt:innen, jetzt sind es beinahe 1.500 – 340 davon Wahlärzt:innen für Allgemeinmedizin. Dem stehen in Oberösterreich 1.240 Kassenärzt:innen gegenüber.

Wahlärzt:innen sind eine inhomogene Gruppe: Einige arbeiten die gesamte Woche in ihrer Wahlarztpraxis, andere sind für 1-2 ½ Tage in einer Praxis eingemietet, finanziell halten sie sich z. B. mit Nachtdiensten über Wasser. Nicht wenige Fachärzt:innen im Krankenhaus haben nebenbei eine Wahlarztpraxis in Betrieb, mit der sie mehr Zeit für die Betreuung ihrer Patient:innen anbieten möchten.

Wie auch immer man dazu steht, interessant ist auch die Situation, wenn man gleichzeitig als Kassen- und als Wahlärzt:in tätig ist:

Für ÖGK-Versicherte gibt es für Vertragsärzt:innen keinen kassenfreien Raum: Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs



Dr. Ronald Ecker

Arzt für Allgemein- und Sportmedizin,
Marchtrenk

werden mit dem Patienten bzw. der Patientin privat verrechnet, Patient:innen wird nichts rückerstattet. Für die SVS bzw. VAEBVA kann alles, was nicht im „Katalog“ steht, privat verrechnet und bei der Kassa eingereicht werden.

Laut § 10 des Ärztegesetzes gilt allerdings Folgendes für eine ärztliche Behandlung:

- Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen nicht angewandt werden: Also dürfen solche Methoden, welche auf einer eigenen Liste stehen, nicht nur nicht verrechnet, sondern auch nicht angewandt werden.
- Folgende Leistungen sind verrechenbar:
 - Leistungen, welche keine Krankenbehandlungen darstellen, z. B. Gutachten oder Atteste
 - komplementärmedizinische Methoden lt. Liste
 - Leistungen, welche typischerweise in

einer Kassenordination des jeweiligen Faches nicht erbracht werden, z. B. Angebote aus der Sportmedizin.

Die Vorgaben hinsichtlich privatärztlicher Leistungen für Kassenmediziner:innen wurden in den letzten Jahren gelockert, da der Mangel an Vertragspartner:innen zunimmt und man den motivierten Kassenärzt:innen möglichst wenig Steine in den Weg legen möchte. Aus Sicht der hausärztlichen Primärversorgung sollte aber raschest überlegt und definiert werden, welche Leistungen und Versorgungsaufgaben in der hausärztlichen Grundversorgung abgedeckt werden sollten, das Berufsbild „modernisiert“ und eine verbesserte Versorgungsqualität – über die Kasse abrechenbar – erreicht werden, denn: Ein modernisierter „Leistungskatalog“ würde auch die Attraktivität der kassenärztlichen Tätigkeit steigern, vorübergehend offene Kassenstellen sollten dann die Ausnahme darstellen.

Durch die „Teuerung“ droht eine zunehmende Armut in der Bevölkerung, nicht wenige Menschen müssen – um sich einen Wahlarzt/eine Wahlärztin leisten zu können – auf andere Dinge verzichten. Wenn Patient:innen einen Wahlarzt/eine Wahlärztin für mehr Zeit fürs Gespräch oder ein nobleres Ambiente bevorzugen, ist das ja absolut in Ordnung. Ein gerechterer Zugang zum medizinischen Kassensystem muss dem Gesundheitssystem jedoch ein Anliegen darstellen. ■

Thoraxschmerz in der Allgemeinpraxis

Leitlinien und Umsetzung in die Praxis

Ein häufiges Symptom in der Allgemeinpraxis ist der „Thoraxschmerz“. Hierfür gibt es Leitlinien, welche eine Hilfestellung zum ärztlichen Handeln bieten. Die Realität des Praxisalltags macht allerdings ein teilweises Abweichen von den Leitlinien vonnöten: Organisatorische Gegebenheiten, Kommunikationsprobleme oder Verfügbarkeit von Diagnostik und von therapeutischen Optionen erfordern oft Anpassungen der ärztlichen Handlungen.

Es ergibt Sinn, sich manchmal die Differenzialdiagnosen durch den Kopf gehen zu lassen, anbei eine Zusammenfassung aus den EBM-Guidelines (**Tab. 1**), jeweils verbunden mit einem kurzen Statement.

Gerade in der hausärztlichen Versorgung und durch das Wesen unserer Arbeit dort haben wir zwei Vorteile: Wir sehen verschiedenste Patient:innen mit dem gleichen führenden Symptom (Thoraxschmerz), jedoch in unterschiedlichsten Stadien und Ausformungen, aber auch einzelne Patient:innen durch die kontinuierliche Versorgung öfter (kumulativer Eindruck) – dadurch entwi-

ckeln wir mit der Erfahrung ein Gespür, „in welche Richtung es geht“. Eine konzentrierte Anamnese, ein klinischer Status und je nach Verfügbarkeit rasche Akutdiagnostik sind naturgemäß jedoch weiterhin Mittel der Wahl zur Bestätigung unseres „Bauchgefühls“ – die Intuition, welche unbewusst auf Erlebtes und dabei Gelerntes zurückgreift – eine Art Erfahrungsgedächtnis.

Information durch Ordinationsassist:in

Die erste Kontaktstelle in der Hausarztpraxis sind die Ordinationsassistent:innen: Diese müssen geschult ▶

Tab. 1: Zusammenfassung aus den EBM-Guidelines

Ursachen für Thoraxschmerzen	
Krankheit	Unterscheidungsmerkmale und Symptome
Akutes Koronarsyndrom	Bei einem Schmerz zwischen Unterkiefer und Nabel muss immer an ein akutes Koronarsyndrom (ACS) gedacht werden; oftmals typische Beschreibung der Patient:innen und typische Risikokonstellation, manchmal eben auch nicht. Wie bei vielen anderen Erkrankungen auch, kann sich gerade bei älteren Patient:innen das ACS mit unspezifischen Symptomen manifestieren, z. B. Schwäche, Übelkeit, Verwirrtheit. EKG ist obligat, Troponin im Blut je nach Situation.
Lungenembolie	Bei kleinen Embolien schwierige Diagnose und oftmals übersehen, deutlich einfacher bei großen Embolien aufgrund der ausgeprägten Symptomatik. EKG obligat, ein negatives D-Dimer ist beruhigend. Bei positivem D-Dimer (leider kein thrombemboliespezifischer Parameter) ist man auch bei unspezifischen Beschwerden fast gezwungen, rasch eine weitere Diagnostik zum PAE-Ausschluss (Pulmonalarterienembolie) in die Wege zu leiten.
Sodbrennen, ösophageale Erkrankungen	oftmals typische Symptom- und Situationsbeschreibung
Funktionsstörung vertebrocostal bzw. costosternal	Provokation durch Bewegungen und Haltungen, eng lokalisierbar
Pleuritis	Zeichen eines Atemwegsinfektes, verstärkt durch tiefes Einatmen, oftmals auskultierbar
Herpes Zoster	dann und wann initial ohne Haut-Effloreszenzen
Aortendissektion, Spontanpneumothorax, Perimyokarditis	Gottseidank selten
Depression, Angststörung mit Hyperventilation	bei entsprechender klinischer Erfahrung rasch erfassbar

sein und eine gewisse Awareness entwickeln, um bei Patient:innen, denen es „schlecht geht“, die über „Brustschmerzen“ klagen oder „schlecht Luft bekommen“, unmittelbar die Ärztin/den Arzt zu informieren, also solche Patient:innen nicht einfach im Wartezimmer sitzen zu lassen.

Anamnese

Ein kurzer ärztlicher Blick reicht aus, um eine akute vitale Gefährdung zu erfassen. Wenn keine unmittelbare Bedrohung der Vitalparameter besteht, erfolgt eine vertiefte Anamnese: Wann haben die Schmerzen begonnen? Wo befindet sich der Thoraxschmerz, wie wird dieser beschrieben, wodurch lässt sich der Schmerz verstärken, gibt es Triggerpunkte? Gibt es Begleitsymptome? Wie hoch ist die Vortestwahrscheinlichkeit für ein ACS?

Auf einen Kurzstatus dürfen wir nicht verzichten: Begutachtung des Patienten oder der Patientin gesamt, der Hautfarbe und der Unterschenkel, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Auskultation.

Vertiefte Anamnese und Kurzstatus sowie eine erste Einschätzung der Situation haben wir oft genug praktiziert, das beherrschen wir.

Ein EKG ist rasch geschrieben. Bei unauffälligem oder unspezifischem EKG und wenn die Symptomatik länger als 3 Stunden besteht, ergibt evtl. die Verfügbarkeit einer Schnelldiagnostik Sinn (D-Dimer und Troponin aus dem Blut bestimmen).

Je nach **Verdachtsdiagnose** werden dann die **weiteren Schritte** eingeleitet:

Therapie (z. B. Protonenpumpenhemmer, Manualtherapie ...) mit baldiger **Wiederbestellung** oder manchmal

auch **Verlaufsbeobachtung** (z. B. nach einer Schmerzinfusion) oder Überweisung ins Krankenhaus mit oder ohne Notärzt:innenbegleitung parallel zur Erstbehandlung (hier nur Schlagwörter, keine Vollständigkeit!):

- bei ACS-Verdacht Acetylsalicylsäure (ASS) – wenn nicht bereits eine Dauertherapie, Nitrospray bei systolischem Druck über 100 mmHg, Sauerstoffgabe akutes Koronarsyndrom bei Sauerstoffsättigung < 94 %, Morphium 5 (bis 10) mg parenteral bei starken Thoraxschmerzen, bei Tachykardie oder hypertensiver Entgleisung Betablocker langsam i. v.
- bei Verdacht auf Lungenembolie neue orale Antikoagulanzen (NOAK) oder niedermolekulare Heparine (NMH) in entsprechender Dosierung, Sauerstoff. Parenteral Flüssigkeit bei niedrigen Blutdruckwerten.

Fallbeispiel

Ein Fallbeispiel aus meiner Praxis zeigt, dass man immer auf der Hut sein muss und dass man sich auch gewaltig täuschen kann:

Um 10:00 Uhr betritt ein 54-jähriger Patient die Praxis (in meinem Fall: das PVZ). Er beschreibt obere Rückenschmerzen – interscapular linksbetont nach genauere Exploration – seit den frühen Morgenstunden nach Heben eines schweren Gegenstandes in das Auto. Eine Luftnot wird verneint. Klinisch ist für mich ein Problem des Bewegungsapparates recht eindeutig, wohl eine vertebrokostale Blockierung. Nach manualtherapeutischen Manipulationen und Mobilisationen geht es dem Patienten deutlich besser. Instinktiv und wahrscheinlich, weil es gerade ein bisschen ruhiger im Praxisalltag ist, bitte ich die Krankenschwester dennoch, ein Ruhe-EKG zu schreiben. Und was zeigt sich hier? Ein klassischer diaphragmaler STEMI (ST-Streckenhebungs-Myokardinfarkt)! Die entsprechenden Maßnahmen werden veranlasst, und ein Transport mit Notarztbegleitung ins Klinikum Wels wird organisiert (**Tab. 2**).

Was lernt man daraus?

- Sich ausschließlich auf das Gefühl zu verlassen kann manchmal unzureichend sein.
- In der Medizin gibt es immer wieder Überraschungen.
- Selbst bei guter Betreuungsqualität und bei hohem Engagement kann man relevante Erkrankungen übersehen, ein starker Zeitdruck erhöht die Wahrscheinlichkeit deutlich.
- Standards könnten hier die Chance des Übersehens reduzieren: „Jeder Thoraxschmerz bekommt ein EKG.“

Tab. 2: Keymessages der EBM-Leitlinien zur myokardialen Ischämie

- Eine **akute myokardiale Ischämie** verursacht (meistens) **Thoraxschmerzen**:
 - plötzlicher Beginn, oft starke Schmerzen von vernichtender oder „bandartiger“ Natur, die nicht wesentlich durch Atmung und veränderte Position beeinflusst werden
 - An einen Myokardinfarkt lässt ein Schmerz denken, der bei gleichbleibender Intensität meist länger als 20 Minuten anhält.
 - meist im retrosternalen Bereich, möglicherweise Ausstrahlung in die Arme (üblicherweise in den linken Arm), Rücken, Nacken oder Kiefer
 - Bei manchen Patient:innen ähneln die Symptome jenen eines akuten Abdomens [Schmerz beginnt im oberen Abdomen, begleitet von Übelkeit].
- Vor allem Patient:innen im höheren Alter, mit Diabetes, chronischer Niereninsuffizienz oder Demenz können an Übelkeit und Schwäche leiden, außerdem können sie ein Gefühl der Schwere oder Schweißausbrüche ohne Thoraxschmerzen haben.
- Ein pektanginöser Schmerz, der neu ist und mit zunehmender Häufigkeit auftritt, begründet den Verdacht auf eine instabile Angina Pectoris; ebenso eine rasch (im Verlauf von Tagen bis weniger als 2 Wochen) zunehmende Symptomatik bei diagnostizierter stabiler Angina Pectoris.
- Vor allem bei inferiorer myokardialer Schädigung kann eine schwere Vagotonie eine Bradykardie und Hypotonie mit Bewusstseinsstrübung oder Kollaps auslösen.

ÖGAM-Mitglied werden und profitieren

Die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) ist der Dachverband von neun Landesorganisationen, der JAMÖ und der ÖGPAM. Mitglied werden Sie selbst bei der Landesgesellschaft, der Sie sich zugehörig fühlen. Von dieser werden Sie zukünftig auch verwaltet.



Was bietet mir die ÖGAM?

- Newsletter: Neueste Informationen zu COVID-19 und anderen brennenden Themen der Allgemeinmedizin
- EbM-Guidelines* vergünstigt
- allgemeinmedizinische Fortbildung
- Förderung junger Kollegen mit Mentoring* und Vernetzung
- Zusatzqualifikationen und Kurse (Moderatorentaining für Qualitätszirkel, Lehrpraxisleiterseminar, DMP-Kurse ...)
- vergünstigte Teilnahme an Kongressen der ÖGAM
- wissenschaftliche Vernetzung und Austausch, national und international
- Weiterentwicklung des Faches in Berufstheorie und Gesundheitspolitik
- Förderung der Ausbildung und Lehrpraxis
- Mitgestaltung und Mitwirkung an wissenschaftlichen Arbeiten und Publikationen (wie Themenhefte), Förderung der Forschung in der Allgemeinmedizin
- Erfahrungs- und Meinungsaustausch in freundschaftlichem Klima
- Berufstheorie
- Förderung und Forderung allgemeinmedizinischer Ausbildung, Weiterbildung, Forschung und Fortbildung
- Qualitätssicherung und Lehrpraxis
- nationale und internationale Kooperationen (WONCA, DEGAM/SÜGAM, medizinische Universitäten)
- Mitveranstaltung von Kongressen und Förderung praxisorientierter, aktueller Publikationen und Fachliteratur, Diplomarbeiten und Forschungsprojekte
- Unterstützung politischer Gremien und der Standesvertretung vom Standpunkt der Forschung und Wissenschaft
- konstruktive, kreative Mitwirkung an einer guten Organisation der österreichischen Primärversorgung

Wo finde ich die ÖGAM?

Alle relevanten und interessanten Informationen finden Sie unter www.oegam.at oder jährlich bei der ÖGAM-Wintertagung, beim StAfAM-Kongress in Graz und bei vielen weiteren Veranstaltungen – schauen Sie vorbei! ■

Was sind die Ziele der ÖGAM?

- systematische Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen der Allgemeinmedizin

* bundesländerbedingt (Informationen dazu auf www.oegam.at)

MITGLIED
WERDEN

