

Veranstaltungen

30. Mai – 1. Juni 2003

2. FAMILIENMEDIZIN-WORKSHOP „Empathie als Konzept im Praxisalltag“

Ort: Seehotel, Weyregg am Attersee

Seminargebühr: € 250,-

Anmeldung über das OBGAM-Sekretariat:
Tel.: 07255/65 15 oder www.oegam.at

6. – 8. Juni 2003

11. Jahrestagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft

„Ganzheitliche Schmerztherapie und
Schmerzforschung im Dialog“

Ort: Naturwiss. Fakultät der Universität Salzburg

Anmeldung: fortbildung@aekkt.at

18. – 21. Juni 2003

WONCA ESGP/FM Congress Laibach

Ort: Cankarjev Dom, Ljubljana, Slovenia

Anmeldung: www.woncaeuropa.org

28. Juni 2003

OBGAM Diplom-Fortbildung: Arriba Herz

Ort: Ärztekammer für Oberösterreich, Linz

Anmeldung über das OBGAM-Sekretariat:
Tel.: 07255/65 15 oder e-mail: obgam@netway.at

20. – 23. November 2003

STAFAM 34. Kongress für Allgemeinmedizin

Ort: Kongressräume der Grazer Messe, Graz

Anmeldung: www.allgemeinmedizinerkongress.at

17. – 24. Jänner 2004

ÖGAM 3. Wintertagung

Ort: Hotel Rote Wand, Lech am Arlberg/Zug

Anmeldung: ÖGAM-Sekretariat,
Tel.: 07255/65 15 oder www.oegam.at

Von Managed Ca

Hausarztmedizin ist, wenn man ...

Die Hausarztmedizin sollte die optimale erste Anlaufstelle bei allen Krankheiten sein, der schnellste und niedrigschwelligste direkte Weg zum Ziel in 90% der Fälle oder aber der „schnellste Umweg“ bei Überweisungsbedarf in ca. 10% der Erkrankungen. Dies sollte zur raschen und richtigen Therapie am richtigen Ort und zur richtigen Zeit führen, mit optimaler angemessener Nutzung der schier unendlichen diagnostischen und therapeutischen Angebote ... zu den bestmöglichen Kosten.

Eine auf Angemessenheit zielende Hausarztmedizin – eingebunden in ein Netzwerk von ärztlichen KollegInnen mit verschiedenen Spezialitäten, mit Angehörigen von nichtärztlichen Medizinalberufen und einer Reihe von Spitälern – sollte jedoch auf einer frei wählbaren Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen.

Diese Elemente könnte sich ein Gesundheitssystem, das auf eine angemessene Gesundheitsversorgung zielt, zunutze machen. Es müsste lediglich alle Leute mit tiefen Prämien belohnen, welche ihren Zugang zum Gesundheitswesen über einen Hausarzt wählen ... einen Hausarzt nach freier Wahl ... einen Hausarzt in einem frei gewählten Netzwerk.

Managed Care ist, wenn man ...

Die Idee der Hausarztmedizin bildet die Grundlage aller Managed-Care-Modelle. Dem Grundversorger mit seinem breiten

medizinisch-technischen Wissen, mit seiner Kenntnis über die PatientInnen und seiner niederschweligen Erreichbarkeit wird die zentrale Rolle des Gatekeepers zugeteilt. Der Hausarztmedizin sollte durch diese Türhaltefunktion, als Win-win-Effekt, eine Aufwertung zuteil werden ...; doch leider hat sich, zumindest in den USA, nicht selten das Gegenteil eingestellt. Der Gatekeeper der ökonomisch dominierten Versicherungsmodelle wird dort in seiner Doppelrolle als Therapeut und Finanzverwalter von etwelchen PatientInnen eher als Türschließer denn als Türöffner wahrgenommen. Dies führt zu einer emotionalen Abwendung von der Hausarztmedizin.

Managed Care legt ein rational-ökonomisches Dach über die emotional geprägten Grundsätze der Allgemeinmedizin. Dadurch wird die Hausarztmedizin in unterschiedliche, untereinander in Konkurrenz stehende, technische Versicherungsprodukte umgewandelt – und damit verliert sie etwas Wesentliches, das Unvertrauen, das durch die freie Wahl des Arztes begründet ist.

Die zentrale Steuerung mit Betonung des finanziellen Controllings mag einer der wesentlichen Gründe dafür sein, dass die Managed-Care-Bewegung in der Schweiz nicht aus ihrem Schattendasein herauszukommen vermag, dass sie weder bei den PatientInnen noch bei den ÄrztInnen ein Feuer sacré entzünden kann – trotz all ihrer guten Ansätze, trotz ihrer Qualitätsbeteuerungen, trotz der zweifellos guten Ar-

re zu „Care Managing“¹

Die Rolle der Hausarztmedizin im Gesundheitssystem



beit ihrer kompetenten ÄrztInnen, trotz aller kostspieligen Werbemaßnahmen in den Medien und selbst trotz der ökonomischen Vorteile für ihre PatientInnen wie beispielsweise Prämien-senkungen sowie Wegfall der Franchisen und Selbstbehalte. Managed Care wird letztlich von den Menschen überwiegend als ein künstliches, kühl-rationales und etwas bedrohliches Versicherungssystem wahrgenommen und vermag deren emotionales Vertrauen nicht zu gewinnen.

Ein komplexes System wie das Gesundheitswesen lässt sich nur mit Attraktoren steuern, nicht durch übergestülpte, li-

neare Zwangsmaßnahmen. Attraktoren entsprechen dem kleinsten gemeinsamen Nenner, einem Ziel, auf das sich alle in ein komplexes System eingebundenen Subsysteme einigen können.

Die Hausarztmedizin in ihrer ganz ursprünglichen Form versehen mit dem Attraktor der Angemessenheit – nennen wir es „Care Managing“ – könnte zu einem durchaus geeigneten Steuerungsinstrument werden, um das Gesundheitswesen auf Kurs zu bringen ...

Im Einzelfall dürfte „Care Managing“ erfolgreich sein, weil entsprechend den Kriterien der Hausarztmedizin die PatientInnen mit ihren Be-

dürfnissen im Zentrum des Interesses stünden, weil sich die PatientInnen in ihrem emotionalen Zustand verstanden fühlen könnten, weil ÄrztInnen und PatientInnen auf der Basis einer frei gewählten, auf Vertrauen basierenden therapeutischen Partnerschaft ihre Entscheidungen gemeinsam („shared decision making“) treffen könnten – kurz deswegen, weil ein patientenbezogener Grundsatz über allem stünde.

Für das Gesundheitssystem als Ganzes dürfte sich „Care Managing“ als komplexes Führungsinstrument ebenfalls positiv auswirken. Mit seiner – unter dem Attraktor der Angemessenheit – offenen und wohlwollenden Grundhaltung, anstelle von wettbewerbsorientierten Druckmaßnahmen und Ausschlussstrategien, würde es die auf allen Stufen nötigen Verhaltensänderungen fördern. Während eines angemessenen Zeitraumes könnte sich das Patient-Empowerment entwickeln; die ÄrztInnen könnten sich ohne dauernde Angst vor dem drohenden Ausschluss auf Maßnahmen der Qualitätsförderung einlassen und zu freien Netzwerken zusammenschließen. Aus all diesen Elementen dürften letztlich die bestmöglichen finanziellen Folgen resultieren.

Sich auf ein solch ungewohntes komplexes Führungsmodell einzulassen dürfte den PolitikerInnen einigen Mut abverlangen. Sie müssten sich einem radikalen Umdenken öffnen, weg von der Idee, dass sie mit linearen Zwangsmaßnahmen nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip die rasenden Ent-



Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Das Redaktionsteam:

Dr. Erwin Rebhandl
 Dr. Reinhold Glehr
 Dr. Bernhard Fürthauer
 Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier
 Dr. Susanne Rabady

Machen Sie mit!

Noch mehr engagierte AllgemeinmedizinerInnen sind nötig, um einer Gesellschaft wie der ÖGAM jene Energie zu liefern, die notwendig ist, um Ideen zur Verbesserung der Situation der Allgemeinmedizin in Österreich in naher Zukunft auch umsetzen zu können.

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
 Frau Erika Suchy
 Tel. 07255 6515
 Fax 07255 4205
 e-mail oegam@netway.at

Derzeitiger Präsident:

Dr. Erwin Rebhandl
 Tel. 07289 71504
 Fax 07289 715043
 e-mail erwin@rebhandl-arzt.at

wicklungen der vergangenen Jahre aufzuhalten vermöchten.

Als Voraussetzung dafür müsste in der Bevölkerung eine mediale Überzeugungsarbeit für die Allgemeinmedizin gestartet werden, um auch diejenigen Personen, denen die Bedeutung der Hausarztmedizin nicht genügend bekannt ist, für die Hausarztmedizin zu gewinnen.

Die Aus-, Weiter- und Fortbildungsstrukturen der Allgemeinmedizin sind auf der Basis der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin zu gestalten. Die Einrichtung eigener allgemeinmedizinischer Lehrinstitutionen an den Universitäten ist dazu unabdingbar nötig. Die Lehrpraxis in der Weiterbildungsphase braucht eine ausreichende öffentliche finanzielle Unterstützung.

Die Qualitätsförderung der Allgemeinmedizin muss in einem spannungsfreien Umfeld möglich sein, sodass KollegInnen fördernder Beistand gegeben werden kann, wenn sie ihn benötigen.

Die Kultur des Forschens in Hausarztmedizin braucht eine ideelle Förderung, aber nicht minder auch finanzielle Unterstützung.

Die Vernetzung der HausärztInnen mit den SpezialistInnen soll durch ein günstiges Umfeld gefördert werden.

Dr. Bruno Kissling
Sekretär der Schweizerischen
Gesellschaft für
Allgemeinmedizin
Elfenauweg 6, 3006 Bern BE
Tel.: 031/352 48 50
Fax: 031/352 28 84
e-mail:
bruno.kissling@hin.ch

¹ Dies ist eine gekürzte Fassung des gleichnamigen Artikels in Primary-Care 2003; 12: 199-202
<http://www.primary-care.ch/pdf/2003/2003-12/2003-12-075.PDF>



Spätere Pertussis-Immunsierung erhöht das Risiko einer Spitalseinweisung um das Sechsfache

Die Einweisungsrate bei Pertussis ist in Neuseeland fünf- bis zehnmal so hoch wie in England, Wales und den Vereinigten Staaten. Um herauszufinden, ob eine Immunisierung das Risiko einer Krankenhauseinweisung bei Pertussis verringert, haben Forscher eine einmalige Fallstudie während der Keuchhustenepidemie in Auckland, Neuseeland zwischen 1995 und 1997 durchgeführt. In dieser Studie wurden Säuglinge, die mit Pertussis eingeliefert wurden, mit Säuglingen, die mit anderen akuten Atemwegserkrankungen eingeliefert wurden, verglichen.

Einmalige Fallstudie aus Neuseeland

Pertussis wurde wie folgt definiert: Ein mindestens zwei Wochen dauernder Husten mit Hustenanfällen, starkem „Keuchen“ oder Erbrechen nach dem Hustenanfall.

Die Kontrollgruppe bestand aus 98 Säuglingen, die mit einer Hustenerkrankung im Krankenhaus eingeliefert worden waren und bezüglich Bordetella pertussis negativ waren und bei denen keine B.-pertussis-DNA im Nasopharyngealabstrich gefunden wurde.

Die Ärzte behandelten insgesamt 179 Säuglinge

mit einer Pertussis-Diagnose, davon 97 (54%) stationär. Diese unterschieden sich bezüglich Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Geburtsgewicht oder sozialer Benachteiligungsrate nicht von den ambulant behandelten.

Erhöhtes Pertussis-Risiko

Die Forscher fanden heraus, dass die Säuglinge mit Pertussis jünger waren als die der Kontrollgruppe, öfter Mütter mit geringer Schulbildung hatten (Verhältnisquote 11,78), öfter in größeren Haushalten lebten (2,12) und öfter aus Haushalten der fünf am meisten benachteiligten Gegenden kamen (2,21).

Sie entdeckten ein erhöhtes Pertussis-Risiko bei späterer erster, zweiter oder dritter Immunisierung oder einer Kombination daraus (Verhältnisquote 4,50).

Folgen einer Verzögerung der Immunisierung

Analysen der Impfungen ergaben, dass ein erhöhtes Risiko für eine Pertussis-Infektion mit einer Verzögerung bei der dritten Impfung in Verbindung steht (Verhältnisquote 6,09). Die Bedeutung des erhöhten Risikos bei einer späteren Immunisierung veränderte sich

auch nicht, wenn man alle Variablen bezüglich Säugling, Mutter und Haushaltscharakteristika der Studie mit berücksichtigte (Verhältnisquote 6,13).

Pertussis-Immunsierung

Die Forscher kamen zu folgendem Resümee: „Verspätete Immunisierung ist ein spezifischer Risikofaktor für die Krankenhauseinweisung von Säuglingen mit Pertussis. Das Risiko einer Krankenhauseinweisung von Säuglingen wegen einer anderen Atemwegserkrankung ist eher geringer. Man kann davon ausgehen, dass in Neuseeland eine Verbesserung in Richtung einer frühzeitigen Immunisierung zu einer Verringerung der Einweisungsrate wegen Pertussis führen würde.“

Die Verträglichkeit der Pertussis-Immunsierung ist höher, wenn sie früher und zeitgerecht gegeben wird. Da diese Erkrankung bei jüngeren Kindern gefährlicher ist, ist eine spätere Beendigung der Immunisierung problematisch. Die Pertussis-Immunsierung wird derzeit in Großbritannien mit 2, 3 und 4 Monaten verabreicht. Dieses Schema wurde 1990 eingeführt und liefert einen direkten Beweis, dass eine frühzeitige Impfung besser vertragen wird als der alte (spätere) Zeitplan.

Das widerlegt die Vorstellung mancher Eltern, dass Babys besser mit Impfungen zurechtkommen, wenn sie älter und größer sind. Die Wirksamkeit des Pertussis-Impfstoffes, wie er in England und Wales verwendet wird, ist hoch, allerdings verschwindet die Immunität mit zunehmendem Alter.

Quelle: Science Commentary (BMJ 2003; 326: 853): Pertussis-Immunsierung

Innovative Weiterbildung für die Praxis

Die Landesgesellschaften der ÖGAM stellen sich vor: das Österreichische Institut für Allgemeinmedizin in Kärnten

Das Österreichische Institut für Allgemeinmedizin wurde als erstes Institut für Allgemeinmedizin im deutschsprachigen Raum 1968 von OMR. Dr.

Dr. Anton Seiwald

Gottfried Heller gegründet. In den ersten zwei Jahrzehnten wurden wesentliche Beiträge zur Grundlagenforschung der Allgemeinmedizin sowie die allgemeinmedizinische Lehrpraxis entwickelt. Jährliche Fortbildungs- und Praxisniederlassungsseminare bereiten den Spitalsärzten den Weg in die Praxis.

Schwerpunkt ärztliche Fortbildung

Heute liegt der Schwerpunkt auf der Fort- und Weiterbildung für Ärzte, insbesondere auch im Bereich der psychosozialen und psychosomatischen Medizin (PSY-Diplom für Psychosoziale Medizin, PSY-Diplom für Psychosomatische Medizin, Selbsterfahrungsseminare für Ärzte, Balintgruppen, soziales Kompetenztraining für Ärzte). Damit erwerben Ärzte wichtige Kompetenz für die psychosomatische Grundversorgung der Patienten.

Außerdem wird ein regelmäßiges Fortbildungsangebot mit praxisbezogenen Themen (z.B. Abrechnungsseminar, Das

ärztliche Gespräch, Kommunikationsseminare, EDV in der Arztpraxis, etc.) angeboten.

Jährliche Schwerpunktprojekte – wie zum Beispiel ein Tumornachsorgeprogramm auf CD zur verbesserten Nachbetreuung

von Tumorpatienten – kommen sowohl den behandelnden Ärzten als auch den Patienten zugute.

Ausbildung für Ordinationsgehilfinnen

In den letzten 10 Jahren hat sich das Institut zur führenden Kärntner Ausbildungsstelle für Ordinationsgehilfinnen entwickelt. Seit 1995 haben etwa 300 Arzt- helferinnen den Ordinationsgehilfenkurs absolviert. Eine Neuheit ist das Fortbildungsdiplom für Arzt- helferinnen, welches durch den Besuch von Seminaren im Ausmaß von 50 Fortbildungs- stunden erworben werden

kann. Folgende Themen werden angeboten: Der Notfall in der Arztpraxis, Hygiene in der Arztpraxis, Physiotherapie, Administration in Ordinationen, Ernährung und Stoffwechselerkrankungen, Ernährung bei Diabetes mellitus, Medikamentenlehre I und II, Verbandslehre, Medizinische Fachsprache I bis VI, Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten, Kommunikation mit kranken Kindern, Kommunikation mit alten Menschen.

Den Arztassistentinnen wird vom Institut die Möglichkeit gegeben, Su-

pervisionsgruppen zu besuchen.

Österreichisches Institut für Allgemeinmedizin Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Ordinationspersonal

Vorstand:

Leiter Dr. Anton Seiwald
Dr. Astrid Heller
Dr. Stefan Bayer

Kontakt:

Susanne Hofer
St. Veiter Straße 34
9020 Klagenfurt
e-mail:
institut@allmed.at
www.allmed.at



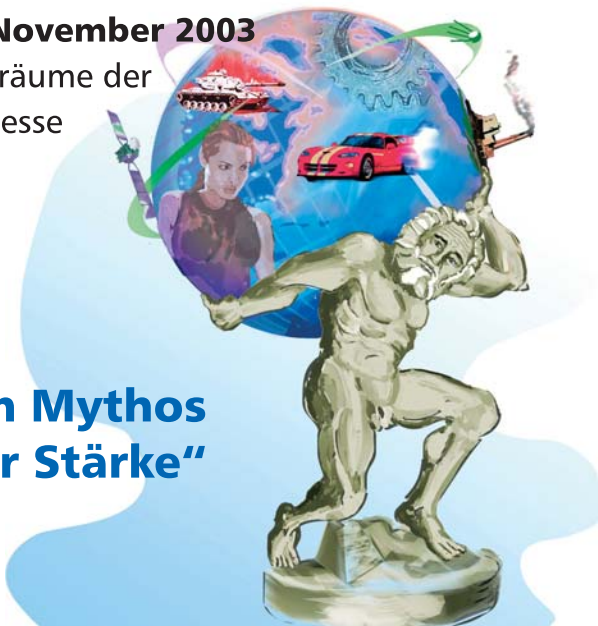
Steirische Akademie für Allgemeinmedizin



34. Kongress für Allgemeinmedizin

20.-23. November 2003

Kongressräume der Grazer Messe



“Vom Mythos der Stärke”

Der Mann als Patient in der Allgemeinpraxis

www.allgemeinmedizinkongress.at

Aussendungen: Vorprogramm Mai 2003, Hauptprogramm September 2003

vermed G.m.b.H.
Petrifelderstraße 11a, A-8042 Graz
Tel.: 0316 / 42 60 82, Fax: 0316 / 42 60 71, office@vermed.at

