

## Editorial

### Arzneimittel-Sicherheitsgurt: Kooperation mit Allgemeinmedizinern sinnvoll

Dr. Erwin Rebhandl,  
Arzt für Allgemeinmedizin und  
Präsident der ÖGAM



**D**urch die Einnahme verschiedener Medikamente, die von verschiedenen Ärzten wie etwa Allgemeinmedizinern, Fachärzten oder auch in Ambulanzen verschrieben werden, sowie selbst gekaufter rezeptfreier Medikamente können Wechselwirkungen ausgelöst werden. Viele Medikamente beeinflussen sich bei gleichzeitiger Einwirkung gegenseitig. Es kann zu Unverträglichkeiten verschiedener Arzneimittel untereinander oder zu Nebenwirkungen kommen, die die Gesundheit des Patienten gefährden können. Um das Risiko für den Patienten möglichst gering zu halten, sollte ständig geprüft werden, ob alle eingenommenen Arzneimittel auch zusammenpassen.

Die meisten österreichischen Allgemeinmediziner führen seit mehr als zehn Jahren routinemäßig einen EDV-unterstützten Interaktionscheck vor jeder Verschreibung durch. Dieses Programm weist den verschreibenden Arzt auf mögliche Interaktionen hin und bietet somit noch mehr Sicherheit bei der Anwendung von Arzneimitteln. Die Entscheidung, welche Medikamente notwendig und sinnvoll sind, trifft aber immer der Arzt im Einvernehmen mit dem Patienten.

Seit Herbst gibt es seitens der Apotheker Bestrebungen, ein Überprüfungsprogramm unter dem Namen Arzneimittel-Sicherheitsgurt einzuführen. In Salzburg läuft derzeit ein Pilotprojekt. Dabei legt die Apotheke für jeden Kunden eine persönliche Datenbank im Computer an, die alle verschriebenen und rezeptfrei gekauften Medikamente erfasst. Der Arzneimittelgurt funktioniert ähnlich einer Ampel: Die Ampelfarben Grün, Gelb und Rot signalisieren dem

Apotheker, ob der Patient seine Medikamente richtig einnimmt oder ob es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gibt. Auch über die Anwendung und Dosierung, unerwünschte Wirkungen und die Indikation der Arzneimittel erhält der Apotheker vom Arzneimittel-Sicherheitsgurt Auskunft.

Der Arzneimittel-Sicherheitsgurt birgt jedoch die Gefahr, dass Nichtmedizinerinnen und Nichtmediziner die Bedeutung von Nebenwirkungen nicht richtig einschätzen können. Der Allgemeinmediziner kennt als Hausarzt die gesamte Krankengeschichte seiner Patienten und kann daher Interaktionen besser einschätzen und bewerten als ein Apotheker. So kann auch nur der Hausarzt mit seinem umfassenden Wissen über den Patienten letztlich bewerten, ob für einen Patienten eine allfällige Interaktion relevant bzw. riskant ist oder nicht. Nichtmediziner verunsichern die Patienten oft in Hinblick auf Nebenwirkungen und Interaktionen. Daher sollten die Apotheker mit den Allgemeinmedizinern und Fachärzten vermehrt kooperieren und bei allfälligen relevanten Interaktionen den direkten Kontakt suchen. Der behandelnde Arzt kann die Relevanz im Einzelfall entsprechend beurteilen. Es ist sicherlich von Vorteil für den Patienten, wenn die Apotheker die Wechselwirkungen nochmals überprüfen, vor allem wenn sie nicht verschriebene Arzneimittel abgeben, denn vier Augen sehen immer mehr als zwei.

Es wäre wünschenswert gewesen, wenn es schon vor Einführung des Arzneimittel-Sicherheitsgurtes zu einem Dialog zwischen Apothekern und Ärzten gekommen wäre. Eine Kooperation wäre sicher auch im Sinne der Patientinnen und Patienten.



# Das primärmedizinische Versorgungssystem in England

Ein persönlicher Erfahrungsbericht von Dr. Wolfgang Spiegel über seine Studienreise in England

*Auf Einladung des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Sheffield konnte ich mir einen persönlichen Eindruck vom Funktionieren des primärmedizinischen Betreuungssystems in England verschaffen. Zu diesem Zweck besuchte ich das Institute of General Practice and Primary Care, Community Sciences Centre, University of Sheffield, nahm an einer Facultybesprechung der Sheffield Faculty of the Royal College of General Practitioners teil, nahm auf Einladung von Postgraduate Dean Prof. Justin Allen an einem Teammeeting der Health Care Workforce Deanery of Leicestershire, Northamptonshire and Rutland teil und besuchte zwei lokale Gruppenpraxen im Raum Sheffield (The Market Surgery/Wath-Upon-Deerne, The Nethergreen Surgery/Sheffield). Weiters besuchte ich die NHS Strategic Health Authority for Leicestershire, Northamptonshire and Rutland sowie die Zentrale des Royal College of General Practitioners in London.*

## Das englische Gesundheitssystem im Allgemeinen

Das englische Gesundheitssystem ist stark „Primary Care“-orientiert. Dies bedeutet, dass die Patienten mit allen Beschwerden primär den General Practitioner (GP) kontaktieren. In den allgemeinärztlichen Ordinationen (GP Surgeries) oder primärärztlichen Versorgungszentren der Primary Care Trusts (PCTs) wird eine generalistische medizinische Grundversorgung angeboten und durchgeführt. Die sekundäre und tertiäre medizinische Versorgung findet im Lokalkrankenhaus oder Schwerpunktkrankenhaus statt und kann nur über Zuweisung durch den Allgemeinarzt erfolgen. Im Unterschied zu Österreich, wo eine doppelte fachärztliche Versorgung besteht (niedergelassener Bereich und Spitalsbereich), sind die „Specialists“ in Großbritannien ausnahmslos im Spital angesiedelt. Die wenigen niedergelassenen Fachärzte können nicht über das National Health Service abrechnen (Privatpraxen).

## Gesundheitssysteme

### Finanzierung des Gesundheitssystems

Wie in Österreich gibt es auch in Großbritannien eine universelle medizinische Versorgung („near-universal health care coverage“). Das National Health Service (NHS) in England ist nach Beveridge (1948) durch die Steuererhebung des Staates finanziert. Dies bedeutet, dass keinerlei Sozialversicherungsabgaben eingehoben werden und die gesamten Gesundheitsausgaben über das Steuersystem bestritten werden. Da alle britischen Staatsbürger NHS-Leistungen erhalten, sind diese für Arbeitslose und nicht arbeitende Staatsbürger kostenlos. Auch das österreichische Sozialversicherungssystem ist „at the point of delivery“ größtenteils „free of pay“. Das in Deutschland und Österreich bestehende System wurde von Bismarck (1883) eingeführt und wird auch als Bismarck'sches Gesundheitssystem bezeichnet. In Letzterem werden die Sozialversicherungsausgaben durch gesplittete arbeitnehmer- und arbeitgeberseitige Sozialversicherungssätze, die prozentual vom Lohn bzw. vom Einkommen berechnet werden, bestritten (hoher administrativer Aufwand).

### Honorierung der Ärzte

Im Unterschied zum Bismarck'schen System, bei dem ein Honorar an den Arzt nur bei Inanspruchnahme durch einen bestimmten Patienten gezahlt wird („fee for service“), gibt es in Großbritannien ein Listensystem. Dies bedeutet, dass sich die Patienten in einem gewissen geographischen Umkreis bei einer bestimmten Praxisklinik oder von den PCTs betriebenen Community-Care-Zentren zur medizinischen Versorgung anmelden. Das Honorar wird nach dem Beveridge'schen System entsprechend der Anzahl der Patienten auf einer Liste der Praxis ausbezahlt. Darüber hinaus können in

England die Praxiskliniken durch das Erreichen gewisser „organisational indicators“ zusätzliche pekuniäre Bonifikationen erreichen. In einem Reviewverfahren ermitteln die PCTs die Prozentsätze, zu denen die Surgeries in ihrem Einzugsgebiet die verschiedenen „organisational indicators“ (z.B. „Smoking Status Record“) erreichen. Bei Ortswechsel des Patienten oder bei Wechsel der Surgery bzw. des Arztes wird die Krankengeschichte an den nachbetreuenden Arzt (Zentrum) physisch übermittelt.

## Allgemeinmedizinische Arbeitsbedingungen in England

Entsprechend meiner persönlichen Einschätzung, zu der ich nach vielen Gesprächen mit GPs und anderen in der Primary Care tätigen Fachkräften gekommen bin, sind die Arbeitsbedingungen für die praktizierenden Allgemeinärzte in England wesentlich günstiger und erfreulicher als in Österreich. Dies aus folgenden Gründen:

1. In England werden die GPs als Generalisten und als zuständige, kompetente medizinische Behandler eingesetzt und auch von den Patienten in diesem Sinne konsultiert. Das britische Gesundheitssystem hat ein echtes Primary-Care-System, welches die Erbringung von Leistungen auf einer breiten Basis inklusive Routinegynäkologie begünstigt und qualitätsfördernde Anreize setzt.
2. Die Surgeries of General Practitioners sind zum allergrößten Teil ärztliche Gruppenpraxen unter Zusammenschluss von Practitioners des gleichen Faches. Gruppenpraxen haben allesamt einen Praxismanager, der „full time“ oder „part time“ beschäftigt ist. Somit können sich die Ärzte auf ihre eigentliche ärztliche Tätigkeit konzentrieren. Im Gegensatz dazu sind die österreichischen Vertragsärzte zur be-

triebswirtschaftlichen und buchhalterischen Organisation ihrer eigenen Praxen verpflichtet, was zum Burn-out beiträgt. Aus organisatorischen und finanziellen Gründen können sie diese Verpflichtung kaum delegieren.

3. Die Honorierung ist in Großbritannien wesentlich besser als in Österreich. Ich schätze, dass das Einkommen eines englischen General Practitioners im Mittel ungefähr doppelt so hoch ist wie das eines österreichischen Allgemeinarztes. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Arbeitszeiten in England anders organisiert sind als in Österreich. Die Arbeitswoche wird in 10 Sessions mit je ca. 2–2,5 Stunden eingeteilt, wobei ein „full time“ Practitioner im Mittel täglich 2 Sessions absolviert (z.B. 8.00–10.30 und 16.30–18.30 oder 9.30–10.30 und 15.30–18.00).
4. Neben dem Surgery Manager haben die meisten Surgeries bzw. Primary Care Centres „other medical staff“ wie z.B. speziell geschultes Pflegepersonal. Krankenschwestern oder Pfleger haben die Aufgabe, gewisse Leistungen zu erbringen (z.B. Diabetikerchecks, Rückruf von Risikogruppen, Kontakthaltung mit psychiatrischen Patienten etc.).
5. Viele GPs haben eine vertiefte Ausbildung in einem Teilbereich der Medizin. Ein relativ hoher Anteil der GPs hat zuvor eine Höherqualifizierung in Geburtshilfe und Gynäkologie erworben. Die PCTs sind bemüht, spezialisierte Leistungen innerhalb ihres Versorgungsbereiches durch Zuweisung von einem GP zu einem General Practitioner „with special interests“ (GPwSIs) abzudecken. Die Fortbildung der GPwSIs in den „specific clinical areas“ wird durch das Royal College of General Practitioners und die Postgraduate Deaneries organisiert.

## Praxiskliniken

Im Rahmen meines Studienaufenthaltes konnte ich eine in einem bürgerlichen Wohnbezirk angesiedelte Stadtpraxis in Sheffield (Nethergreen Surgery) und eine in einem ehemaligen Bergbaudorf angesiedelte Landpraxis (Market Surgery) besuchen. Entsprechend der in Großbritannien vorherrschenden Schule ist der Kommunikationsstil der Ärzte sehr patientenorientiert, wobei versucht wird, den Patienten verschiedene Optionen für diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen anzubieten, und rückgefragt wird, ob die vorgeschlagene Vorgangsweise von Patienten goutiert und mitgetragen wird.

Durch das Vorhandensein von Praxismanagern besteht für die GPs im Vergleich zu Österreich eine wesentlich geringere Belastung mit administrativer Tätigkeit. Dadurch wird es auch ermöglicht, dass Allgemeinärzte z.B. 2x täglich 2 Stunden ordinieren anstatt wie in Österreich 1x täglich 3–4 Stunden plus 2 Stunden administrative Tätigkeit. Hausbesuche fallen in England wie in Österreich zusätzlich an, wobei aufgrund der Pauschalhonorierung in England seitens der Ärzte keine Motivation besteht, Hausbesuche über das notwendige Maß hinaus durchzuführen.

## Zusammenfassung

Aufgrund der freundlichen Unterstützung verschiedener Institutionen und Kollegen in England konnte ich einen persönlichen, subjektiven Eindruck vom primärmedizinischen Gesundheitssystem und der Arbeitsbedingungen in England gewinnen.

Die Rahmenbedingungen für die allgemeinärztliche Berufsausübung sind in England im Vergleich zu Österreich wesentlich bedarfsorientierter und für die Allgemeinärzte wesentlich erfreulicher und motivierender. Eine wesentlich bessere Honorierung bei etwa dem gleichen Arbeitsaufwand, deutlich we-

niger administrative Belastung bei Vorhandensein von Praxismanagern im Team der Praxiskliniken, fachlicher Austausch und Ergänzung durch Setzung klinischer Schwerpunkte bei den verschiedenen Praxispartnern (GPs „with special interests“) sind für die englischen, „gleichfarbigen“ Gruppenpraxen und Praxiszentren typisch. Zudem werden diese logistisch und didaktisch durch das National Health Service bzw. die Primary Care Trusts unterstützt. Es besteht wesentlich mehr Freiraum für individuelle Bedürfnisse (z.B. Teilzeitbeschäftigung von Frauen mit Kindern, zusätzliche Tätigkeit im akademisch-universitären Bereich oder als Trainer in der Postgraduate Education). Kollegialer Austausch und gegenseitige Unterstützung innerhalb der Gruppenpraxen tragen dazu bei, bei den Allgemeinärzten Burn-out-Probleme zu verhindern.

Das britische Listensystem der Honorierung von Ärzten nach Beveridge ist dem in Österreich praktizierten Bismarck'schen System (1883) der „fee for service“ überlegen. Das Listensystem erlaubt nicht nur eine bessere wissenschaftliche Auswertung von Daten bei bestehender Bezugsgröße (Anzahl der Patienten auf einer Liste), sondern begünstigt auch eine ökonomische Arbeitsweise von Ärzten, die nicht für die Anzahl von Patienten, die tatsächlich behandelt werden, oder für tatsächlich erbrachte zusätzliche Leistungen honoriert werden, sondern pauschal für die Anzahl der von ihnen zu versorgenden Patienten ergänzt durch Leistungsindikatoren. Meiner Meinung nach sollte auch für Österreich geprüft werden, welche Vorteile ein Wechsel vom Bismarck'schen zum Beveridge'schen System in Hinblick auf Versorgungsqualität und Finanzierung des Gesundheitssystems hätte.

**Dr. Wolfgang Spiegel,**  
Abteilung Allgemeinmedizin,  
Zentrum für Public Health,  
Medizinische Universität Wien

# Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin – Lernen und Lehren in der Praxis!

Mit dem Wintersemester 2002/2003 wurde die Studienreform an der Medizinischen Universität Graz (MUG)<sup>1</sup> in die Praxis umgesetzt. Gemäß dem Studienplan bereitet das Diplomstudium Humanmedizin die Studierenden auf den zukünftigen Beruf als Ärztin/Arzt für alle Fachrichtungen vor:<sup>2</sup>

*„Es werden theoretische Grundlagen und praktische Fertigkeiten in integrativer, themenzentrierter und patientenorientierter Form vermittelt. Besonderen Stellenwert nehmen humanwissenschaftliche Aspekte im Sinne des biopsychosozialen Modells ein... Zugleich sollen Sie befähigt werden, sich im Sinne eines lebenslangen Lernens mit den medizinischen Veränderungen im Laufe der Tätigkeit kritisch auseinander setzen zu können.“*

*Dieses Curriculum erfordert auch eine inhaltliche Integration der postpromotionellen Weiterbildung, um ein in sich konsistentes Konzept der gesamten ärztlichen Ausbildung zu schaffen.“*

Mit diesem Versprechen gegenüber den Studierenden hat sich die MUG verpflichtet, integratives, themenzentriertes, patienten- und problemorientiertes sowie praxisnahes Lernen auch tatsächlich zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde eine Kooperation mit der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin (STAFAM)<sup>3</sup> gebildet, die helfen soll, dieses Projekt nachhaltig umzusetzen.

Mit dem 4-wöchigen Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin wollen wir ab dem Wintersemester 2007/2008 für die Stu-

dierenden des letzten Studienjahres eine Brücke zwischen Universität und Praxis bzw. unseren aktiven und zukünftigen Ärztinnen und Ärzten bauen.

Wir wollen den Studierenden Einblicke bieten in die allgemeinmedizinische Arbeitsweise und die damit verbundenen speziellen Problemstellungen wie z.B. die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, Behandlung und Begleitung von chronischen Krankheitsverläufen, die Betreuung älterer und multimorbider Menschen, die Entscheidungsfindung bei unklaren, geringfügigen und anderen Befindlichkeitsstörungen.

Neben den medizinischen Fertigkeiten wie der Anamnese und Statuserhebung bzw. der Erarbeitung von Diagnose- und Therapieplänen sollen in den universitären Lehrpraxen insbesondere auch die Fähigkeiten der Gesprächsführung und einer ganzheitlichen psychosozialen Betrachtung von Krankheitsbildern unter Anleitung weiter vertieft werden.

Zirka drei Viertel der Absolventinnen und Absolventen der Medizinischen Universität Graz beenden ihre postpromotionelle Ausbildung mit der Prüfung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zirka ein Drittel der steirischen Ärztinnen und Ärzte arbeitet als Allgemeinmediziner. Ein Ausbau der allgemeinmedizinischen Lehre und Praxis ist somit ein wichtiger Schritt zu einer nachhaltigen Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung.

Ob diese einmalige Chance genützt werden kann, wird vor allem davon ab-

hängen, ob es der STAFAM und der MUG in den kommenden Monaten gelingt, eine ausreichende Anzahl von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu motivieren, sich an dem Projekt Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin als universitäre Lehrpraxis (mit Lehrauftrag!) aktiv zu beteiligen. Sie könnten Pioniere einer neuen Ausbildungskultur werden!

<sup>1</sup> www.meduni-graz.at

<sup>2</sup> Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Graz, Studienjahr 2006/2007. Ausgegeben am 15. 11. 2006. Studienplan für das Diplomstudium Humanmedizin. Version 04. Seite 5. www.meduni-graz.at/pdf/mitteilungsblatt-2006\_07/mitteilbl-stk8.pdf

<sup>3</sup> www.allgemeinmedizinikongress.at

Dr. med. Ilse Hellemann,  
Dr. med. Martin Sprenger,  
Dr. med. Michael Wendler

## EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin

Überarbeitete und erweiterte  
Ausgabe erschienen!

ISBN 3-901488-27-8  
Format: 17 x 24 cm  
Umfang: ca. 1.500 Seiten

Jetzt auch als **ONLINE-Version!**  
Diese ist nochmals wesentlich  
umfassender als das Buch und  
bietet Ihnen das gesamte  
Fachwissen der Allgemein-  
medizin in fast 1.000 Guidelines!

Verlagshaus der Ärzte,  
Gesellschaft für Medienproduktion  
und Kommunikationsberatung GmbH,  
Nibelungengasse 13, 1010 Wien

### Bestellmöglichkeiten:

online: [www.ebm-guidelines.at](http://www.ebm-guidelines.at)  
per Fax: 01/512 44 86-24  
per E-Mail: [buch.medien@aerzteverlagshaus.at](mailto:buch.medien@aerzteverlagshaus.at)



**Das Redaktionsteam:** Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Bernhard Fürthauer, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, 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](http://www.oegam.at)  
Für Gesundheitsbewusste: [www.mein-arzt.org](http://www.mein-arzt.org)

### Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Herr Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
Fax: 01/405 13 83-23  
office@oegam.at • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

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