

Dr. Walter Heckenthaler,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Maria Enzersdorf
walter.heckenthaler@gmx.at



System im Wanken! Kommt der Umbruch???

Unser Gesundheitssystem ist in Diskussion geraten. Schlagzeilen ganz unterschiedlichen Inhalts beweisen dies. Eine unvollständige Aneinanderreihung: „Das beste Gesundheitssystem der Welt“ – „Krankenkassen vor dem Bankrott“ – „Vertragsloser Zustand: Patienten müssen zahlen“ – „Turnusausbildung überholt“ – „Verletzung des Arbeitszeitgesetzes, zu lange Arbeitszeiten in den Spitälern“.

Es scheint alles ins Wanken geraten zu sein:

Inadäquate Ausbildung, schlechte Verteilung der Ressourcen, Überlastungsreaktionen, eines kommt zum anderen. Jeder Player im System versucht auf Teufel komm raus zu sparen. Ein Zaubermittel heißt „Outsourcing“ – sprich: jeder lagert Tätigkeiten aus, die dann ein anderer ausführen muss. Sehr oft ist es das letzte Glied der Kette, der Vertragsarzt. Mit dem zunehmenden Arbeitsdruck geht die Fähigkeit zur Problemlösung verloren. Um den Patienten schnell wieder abzufertigen, kommt der Griff zur Überweisung. Das geschieht dem Patienten unter Umständen noch einige Male, ohne dass er wirklich Hilfe bekommt. Mein persönlicher Eindruck ist, dass das Krankenkassensystem – und somit die Grundversorgung, damit auch die AM – an der Grenze der Leistungsfähigkeit angelangt ist und kurz vor dem Kollaps steht.

Es muss wohl demnächst ein Umbruch erfolgen. Die ÖGAM hat hier Konzepte und Lösungsvorschläge erarbeitet (Hausarztmodell, verbesserte Ausbildung zum AM).

Eine jüngst erschienene Arbeit mit dieser Thematik stellt im Anschluss der Gesundheitsökonom Dr. Ernest Pichlbauer vor.



© Walchhaeuser.com

Es ist wichtig, den Dialog auch mit Kritikern und Theoretikern zu suchen. Dr. Pichlbauer wird oft sein Ursprungsberuf des Pathologen zum Vorwurf gemacht, er habe keine Ahnung von der Praxis. Gerade die Pathologie mit Prof. Rokitsansky stand aber am Beginn der Wiener Medizinischen Schule, die damit Weltruhm erlangte. Erst die Integration der theoretischen Fächer Histologie, Bakteriologie, path. Physiologie etc. brachte eine enorme Weiterentwicklung der praktisch angewandten Medizin.

Die vor kurzem dargestellten Zusammenhänge zwischen ärztlicher Kunst und Wissenschaft unterstützen diese Sicht. Die angewandte Theorie ermöglicht erst den praktischen Behandlungserfolg.

Das meint auch Goethe: „Wissenschaft könnte man die Kenntnis des Allgemeinen nennen, das abgezogene Wissen, Kunst dagegen wäre Wissenschaft zur That verwendet ... Und so wäre denn

endlich Wissenschaft das Theorem, Kunst das Problem. Hoffentlich werden die Probleme des Systems in der Synthese von Theorie und Praxis gelöst. Möge das Kunststück gelingen ...!

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at



© Jodie Coston, Steve Cole, Monkey Business – Fotolia.de

„Primary Health Care“ – Träume

„Das weite Feld der Primärversorgung“ – Gedanken zu einer systematischen Literaturarbeit: The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions; Dionne S. Kringos et al., BMC Health Services Research 2010, 10:65

Vor langer Zeit (1978), im tiefsten Kasachstan (UdSSR), hat die Welt beschlossen, Gesundheitssysteme neu zu organisieren. Heraus kam das wohl erfolgreichste Versorgungskonzept aller Zeiten: „Primary Health Care“ (PHC), festgehalten in der WHO-Deklaration von Alma Ata*, die Österreich unterschrieben hat.

Um eine gute, gerechte, für alle zugängliche und nachhaltig leistbare Versorgung zu erreichen, müssten die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung vor Ort adressiert werden. Die Versorgung sollte so dezentral und wohnortnah wie möglich (!) sein. Dabei wurde nicht an wohnortnahe Nierentransplantation gedacht, sondern an dezentrale Organisationsformen, die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Pflege und Kuration, also das gesamte Spektrum der Versorgung, möglichst nahe an die Bevölkerung herantragen und dort, wo „ferne“ (Spitals-)Hilfe nötig wird, diese koordinieren (integrierte Versorgung!).

Getragen werden muss PHC von allen Gesundheitsberufen, die wohnortnah aktiv werden können. Dazu gehören nicht nur Ärzte, sondern auch Pflege, Hebammen, Therapeuten, Sozialarbeiter etc., die als Team koordiniert und gemeinsam arbeiten, um die Bevölkerung entsprechend dem vor Ort feststellbaren Bedarf zu versorgen. In der Deklaration von Alma Ata steht auch: „Alle Regierungen sollen nationale Strategien und Umsetzungspläne entwickeln, um PHC als Teil einer umfassenden Gesundheitsversorgung zu etablieren und zu stärken.“ Deswegen, aber vor allem, weil die Idee bestechend ist, haben fast alle Länder begonnen, sie umzusetzen. In einigen ist das besser, in anderen schlechter gelungen. Aber nirgendwo wird mehr an der Richtigkeit der Idee gezweifelt.

Da PHC ein nicht exakt definiertes Konzept war, ist es weltweit zu einer Vielzahl von Experimenten und Publikationen gekommen. Aus Österreich stammen kaum Arbeiten – was nicht verwunderlich ist, da „wirkliches“ PHC unnützlich scheint und Theorie ohnehin als praxisfremd

gilt. Wie dem auch sei, international geht die Zahl der Publikationen in die Hunderttausende, und kaum jemand hat den Überblick. Deswegen ist es erfreulich, dass nun eine systematische Literaturarbeit** zu dem Thema erstellt wurde, die sich mit den Kern-Dimensionen des PHC beschäftigt.

Die Arbeit identifiziert 10 Kern-Dimensionen, wie „Wirtschaftliche Bedingungen“, „Zugang“, „Kontinuität“ oder auch „Koordination“ in der Versorgung. Alle Dimensionen stehen systemisch in Verbindung, und die gegenseitigen Einflüsse wurden untersucht. Es würde zu weit führen, alles darzustellen. Immerhin sprechen wir hier von einer Matrix mit mindestens 90 Schnittpunkten – und für rund 70 wurde Evidenz der gegenseitigen Beeinflussung gefunden. Aber unsauber zusammengefasst kann Folgendes gelten:

Wichtigste Aufgabe des PHC ist Kontinuität. Also jene Dimension, die darauf aufbaut, dass ein Vertrauensarzt seine Patienten (mindestens seit zwei Jahren) kennt und so die Versorgung kontinuierlich organisieren kann. Wird der Arzt in seiner PHC-Rolle gestärkt und kann die Kontinuität wahrnehmen, dann werden seine Patienten seltener unnötig im Spital behandelt, Fehldiagnosen und -behandlungen werden weniger, die Patientencompliance höher, was sich positiv auf chronische Verläufe auswirkt, und seine Patienten nehmen präventive Medizin besser und häufiger an (z.B.: Mamma-, Kolon- und Zervixkarzinom werden bei sinkender Mortalität früher entdeckt). Als ob das nicht genug wäre, sinken dabei sogar die Gesamtkosten der Versorgung. Interessant: diese Effekte können durch PHC-Ärzte bzw. die PHC-Teams erreicht werden, aber mangels Kontinuität nicht durch Fachärzte oder Ambulanzen!

Was braucht es, damit diese „Wunderärzte“ wirken können?



Dr. Ernest G. Pichlbauer
unabhängiger Experte
für Versorgungswissenschaft
und Publizist

© Maren Wischnevski - Fotolia.de



Der „ideale“ PHC-Arzt ist einmal weiblich, denn dann nimmt er sich mehr Zeit für den Patienten – ein wesentlicher Faktor.

Deswegen sind Einzelleistungshonorare nach Unterfinanzierung bzw. „entmutigenden“ Einkommen das zweitschlimmste Gift für ein gutes PHC. Idealerweise bezieht der PHC-Arzt ein selbständiges Einkommen aus existenzsichernden Pauschalen und qualitäts- und leistungsorientierten Variablen, die jedoch nicht zentral, sondern von dezentralen Autoritäten (etwa Gemeinden oder Bezirke) ausbezahlt werden. Angestellt darf er nicht sein, weil er dann schlechte(re) Arbeit leistet – sehr interessant.

Was einige nicht hören wollen: Für ein gut funktionierendes PHC ist der Einsatz spezifisch ausgebildeter PHC-Fachpflege wesentlich. Ohne die wird der Arzt überfordert sein – und das geht zu Lasten der Zeit für Patienten und damit der Kontinuität. Was überraschenderweise nicht nötig ist, sind Gruppenpraxen. Einzelärzte müssen aber auf regionale Vernetzung achten. Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein gerechter Zugang von Anzahl, Verteilung und Randöffnungszeiten (!) der PHC-Praxen beeinflusst wird. Letzteres ist in Gruppenpraxen sicher leichter zu organisieren.

Interessant ist, dass zwar grundsätzlich gilt, je breiter das Angebot, desto besser, aber viel wichtiger ist, dass die Leistungsspektren der PHC-Praxen einer Region klar definiert sind. Nur so ist eine Koordination mit nachgeordneten Versorgungsstrukturen (Fachärzte, Therapeuten, Spitäler, Pflegeheime, Rehasentren etc.) vernünftig möglich. Und alles zusammen kann nicht ohne Politik passieren. Je stärker die Politik hinter dem PHC-Konzept steht, desto besser funktioniert es. An diesem Punkt stellt sich die Frage, wie es hierzulande aussieht. Bezahlt werden unsere Hausärzte meist über Einzelleistungen – und die Zahl der Patienten pro Tag ist wahnwitzig. Die Drei-Minuten-Medizin ist die Folge, und PHC bereits jetzt schon tot, da muss man gar nicht erst über Wartezeiten oder Selbstzuweiser an Fachärzte

nachdenken. Und weil alle Dimensionen zusammenhängen und nur an einem Hebel zu drehen nichts bringt, ist es dort, wo es Pauschalen gibt (z.B. Wien), noch schlimmer. Denn pauschalierte Hausärzte haben, wie alle anderen ja auch, kein verpflichtendes Leistungsspektrum. Pauschalen sind daher nur ein Anreiz für Überweisungen. Unsere „Hausarztmodelle“ behindern PHC nachhaltig.

Wie schaut es mit den Teams aus? Schlecht. Wollte man die Gehälter für PHC-Fachpflege (so es entsprechende Ausbildung gäbe!) in die Honorare einpreisen, könnten das die Kassen zu Recht ablehnen. Denn in unserem perversen Rechtsdschungel sind sie dafür nicht zuständig. Solche Fachkräfte wären der Prävention und Pflege zuzurechnen. Dafür sind Bund und/oder Länder zuständig. Aber dort wird sicher niemand einen Teil des Pflegegeldes oder der Tabakeinnahmen (Präventionsgelder) umlenken, damit Ärzte (in ihren Teams) PHC-Fachpflege anstellen können. Und wer jetzt denkt: „soll es sich der Patient selbst bezahlen, schließlich profitiert er davon“, der geht an der Realität vorbei. Denn PHC, will es funktionieren, sollte zur Gänze – nicht nur die ärztliche Leistung – unentgeltlich zugänglich sein!

Es fehlt hierzulande jeglicher politische Wille, PHC umzusetzen. Mit einem gut ausgebauten PHC könnte man ja u.a. erreichen, dass die Versorgung um Patienten statt um Einrichtungen organisiert wird und alle Stakeholder (ein böses Wort) auf Ausgestaltung und Qualität der Versorgung Einfluss nehmen***. Das ist unerwünscht. Schauen wir uns die Kassen an: Je mehr Patienten in Spitäler überwiesen werden, desto besser. Dort zahlen Kassen, unabhängig von der Zahl der Patienten, eine Pauschale. Ob so das Gesamtsystem ineffektiver und teurer wird, ist belanglos. Hauptsache, man spart im eigenen Bereich. Und was wollen die Länder? Ihre Spitäler erhalten! Warum soll ein System unterstützt werden, das die Spitalshäufigkeit senkt? Ob dabei Patienten einem überhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt oder gar übertherapiert werden und so Schaden nehmen, ist doch vollkommen unerheblich.

Dass eine Investition in PHC deutlich effizienter wäre als schlicht mehr Geld für das Gesamtsystem, mag zwar bewiesen sein, ist aber politisch kontraproduktiv. Wenigstens solange man Beitrags- und Steuerzahlern weismachen kann, dass alles Weltklasse ist. Und wie viele Österreicher werden schon eine Studie wie die hier aufgearbeitete lesen? Jedenfalls zu wenige, als dass dadurch Wahlergebnisse beeinflusst würden. Daher kann man wohl mit Gewissheit davon ausgehen, dass PHC eher aktiv hintertrieben als vorangetrieben wird.

* Declaration of Alma-Ata, WHO 1978

** The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions; Dionne S. Kringos et al.; BMC Health Services Research 2010, 10:65

*** http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/

Das Redaktionsteam:

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Christoph Dachs,
Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Peter Pichler,
Dr. Susanne Rabady, Dr. Frederik Radunsky

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
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

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.



„Deel je Passie – Teile Deine Leidenschaft“

Es waren wunderbare, inspirierende Tage, die uns unsere niederländischen Kollegen beschert haben, und wir sind aufgerüttelt und enthusiastisch nach Hause zurückgekehrt.

Vier Tage lang konnten mein österreichischer Kollege und ich als Mitglieder der JAMÖ an einem Austauschprogramm in den Niederlanden teilnehmen. Was wir dort erlebten, kann man hierzulande nur mit ungläubigem Staunen beantworten.

Alle Gäste, wir angehende Hausärzte aus mehreren europäischen Ländern, wurden in ganz Holland verteilt. Wir sollten einen Tag lang unsere niederländischen Kollegen bei Ihrer Arbeit begleiten. Ich war einer Gruppenpraxis von Hausärzten zugeteilt. Es waren dort drei erfahrene Allgemeinmediziner und drei weitere noch in



Ausbildung stehende unter einem Dach tätig. Jeder hatte einen eigenen Raum als Ordination zur Verfügung. Die junge Ärztin, der ich von 8–17.00 über die Schulter schaute, hatte pro Patient, wie für Assistenzärzte in Holland vorgesehen, etwa 15 min Zeit. Eine Stunde pro Tag war nur für die Besprechung mit ihrem Ausbilder reserviert. Während dieser Zeit waren für keinen der beiden Ärzte Termine gebucht.

Bei manchen der viertelstündigen Konsultationen ließ sie eine kleine Digitalkamera mitlaufen. Auf meinen skeptischen Blick reagierend meinte sie, das würde im Trainingsinstitut angesehen und bewertet. Genauer gesagt: gemeinsam mit ihren anderen jungen Kollegen, einem erfahrenen Arzt und einem Psychologen. Ich weiß nicht mehr, worüber ich mehr erstaunt war, dass dieses Video tatsächlich in Hinblick auf die Arzt-Patienten-Beziehung besprochen würde oder dass die holländischen Kollegen sich wirklich einmal pro Woche einen Arbeitstag lang in einem Trainingscenter treffen. Das mit dem Ziel, ihr Wissen und ihre ärztlichen Fertigkeiten strukturiert weiterzuentwickeln. Die Ausbildung zum FA dauert drei Jahre und läuft über das allgemeinmedizinische Institut ei-

ner der acht Universitäten. Es gibt in den Niederlanden also Lehrstühle und Forschung für den Bereich Allgemeinmedizin.

Ungewohnt war für mich auch zu beobachten, dass in der Praxis relativ viele kleine chirurgische Eingriffe durchgeführt wurden. Der Hausarzt hat in Holland eine ausgeprägte „Gatekeeper“-Funktion. Rund 90% der Beschwerden werden initial vom Praktiker selbst behandelt. Dafür wird er auch entsprechend entlohnt.

Die Konsultation eines Facharztes oder eines Krankenhauses kann, von Notfällen abgesehen, nur mit Überweisung des Hausarztes erfolgen. Die Patienten haben aber gleichzeitig das Recht, ihren Hausarzt immer sehen zu können, wenn sie das für nötig halten.

Nahezu alle holländischen „Turnusärzte“ (98%) sind Mitglied der Niederländischen Gesellschaft für Allgemeinmediziner in Ausbildung, der LOVAH. Die LOVAH wurde genau vor dreißig Jahren gegründet, um die gemeinsamen Interessen besser vertreten zu können und um mehr Mitspracherecht in der eigenen Ausbildung, der Ausbildung zum FA für Allgemeinmedizin zu bekommen. Die Gesellschaft bemüht sich auch um den Austausch mit europäischen Kollegen und veranstaltet einen eigenen Kongress für die rund 1500 angehenden niederländischen Allgemeinmediziner. Dieser fand heuer unter dem anregenden Motto „Teile deine Leidenschaft“ als krönender Abschluss unseres Aufenthaltes in Den Haag statt.

Florian Ulbl
fulbl@gmx.at

Veranstaltung

➤ **6. November 2010**

4. DONAU-SYMPOSIUM FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

„Der demente Mensch und sein Umfeld“

Ort:

Hotel Stefanie, Taborstraße 12, 1020 Wien

Veranstalter:

WIGAM und NÖGAM

Information:

Kongressbüro: Wiener Medizinische Akademie
1090 Wien, Alser Straße 4, UniCampus 1.17
Tel.: +43 1/405 13 83-17 – Fax: +43 1/407 82 74
E-Mail: christian.linzbauer@medacad.org

www.oegam.at/c1/eventdetails.asp?id=630

<http://www.oegam.at/c1/page.asp?id=558>