

Screening und Gesundheitsbewusstsein

Mammographie ist ein Bestandteil der Vorsorgeuntersuchung in Österreich, außerdem werden Frauen zur Mammographie ohne das Vorhandensein eines fixen organisatorischen Rahmens zum Zweck der Früherkennung von Gynäkologen und Hausärzten regelmäßig überwiesen. Manche Frauen gehen schon ab dem 35. Lebensjahr zur Untersuchung, viele machen jährliche Mammographien, weil sie gesundheitsbewusst leben und sich etwas Gutes tun wollen. Die Wiener Gebietskrankenkasse hatte gemeinsam mit der Stadt Wien in drei ausgewählten Wiener Bezirken in den letzten Jahren ein Screening mit Einladungsschreiben an Frauen zwischen 50 und 69 Jahren durchgeführt. Solche Programme sind als Pilotprojekte einige Jahre gelaufen.

Nun wird an einem neuen, strukturierten Konzept gearbeitet. Ziel eines österreichweiten Mammographie-Screening-Programmes ist, im gesamten Bundesgebiet ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes, Leitlinien-befolgendes Screeningprogramm zur Früherkennung von Mammakarzinom zu schaffen. Alle Frauen zwischen 45 und 69 Jahren werden eingeladen, daran teilzunehmen: Sie werden ohne Überweisung in zertifizierten Instituten und Ordinationen untersucht werden. Der Wildwuchs soll in evidenzbasierte Bahnen geleitet werden. Die Implementierung dieses Programmes ist erklärter politischer Wille des Ministers.

In Österreich wird es ein Umdenken unter Ärzten und PatientInnen geben müssen, was Vorsorge bzw. Screening angeht. International gibt es wissenschaftliche Studien, in denen der Nutzen von Mammographie-Screening zum Teil kontroversiell diskutiert wird. Es geht darum, ein vernünftiges Maß an Untersuchungsfrequenzen innerhalb wissenschaftlich bewiesenen Altersgrenzen zu definieren. Auch die jahrelang propagierte regelmäßige Selbstuntersuchung der Brüste wird von den Ärzten empfohlen, aber es gibt eindeutige Evidenz darüber, dass es keinen Benefit bezüglich Brustkrebssterblichkeit gibt. Evidenzbasiertes Screening deckt sich

nicht automatisch mit der Art von Vorsorge, die bei uns in den letzten Jahrzehnten als große Errungenschaft propagiert worden ist.

Der Gedanke unserer Patientinnen und Patienten, dass sie sich Gutes tun, wenn sie möglichst oft zur Vorsorgeuntersuchung (Mamma-Ca, Prostata-Screening etc.) gehen, ist in dieser Form nicht richtig. Es werden viele Gespräche mit unseren PatientInnen nötig sein, um über Vor- und Nachteile von Screening-Untersuchungen korrekt aufzuklären: z.B. falsch-positive Befunde, falsch-negative Befunde, Erkrankungen, die sich nie als lebensverkürzend entwickelt hätten. Ziel ist eine informierte Entscheidungsfindung, gemeinsam mit der Patientin.

Aber auch wir selber müssen gemeinsam mit unseren Kollegen alte Denkmuster infrage stellen, wie vor einigen Jahren anhand der Debatte über die neue Gesundenuntersuchung klar geworden ist. Evidenz statt gefühlsmäßig „das Richtige tun“ ist gefragt.

Dr. Barbara Degn



Dr. Barbara Degn
Präsidentin WIGAM
Pragerstraße 92
1210 Wien
barbara.degn@kabsi.at

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Gruppenpraxis in Wien-

Es hat vor etwa drei Jahren einen Zeitpunkt gegeben, an dem ich mit meiner Arbeitssituation sehr unzufrieden war. Nicht ohne eigene Betroffenheit habe ich in der Vollversammlung der Ärztekammer für Wien den Antrag gestellt, sich mit der Burn-out-Problematik bei Kolleginnen und Kollegen zu beschäftigen, was, wie man den zahlreichen Artikeln dazu entnehmen kann, auch geschehen ist – mit den ebenfalls bekannten Ergebnissen. Es war auch ein Zeitpunkt, alte Träume und Pläne entweder ruck-zuck zu verwirklichen, oder aber endgültig auf den Misthaufen der privaten Geschichte zu werfen. Ein solcher Plan war der, eine Gruppenpraxis zu gründen, der eigentlich am Beginn meiner Kassenarztztätigkeit gestanden hatte. Damals (1983!) – eifrig diskutiert mit Kolleginnen und Kollegen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen, dem damaligen Gesundheitsstadtrat Stacher – scheiterte mein Engagement am mangelnden Vertrauen in meine eigene soziale Kompetenz. Also habe ich nach einem Jahr Gruppenpraxis-Planung eine traditionelle Einzelpraxis in Wien-Mariahilf eröffnet und mit großer Freude und Begeisterung aufgebaut. Die Jahre sind ins Land gezogen, wie eine tibetische Gebetsmühle haben Gesundheitspolitik und Ärztekammer ständig nach neuen Organisationsformen, Gruppenpraxen, Strukturformen, Hausarztmodellen und Aufwertungen der PraktikerInnen gerufen, geschehen ist wenig bis gar nichts.

Dass die Zeit doch reif geworden ist für Gruppenpraxen, zu Beginn noch in der abschreckenden Gesellschaftsform der OEG, dann auch als GmbH, hat vielfältige Gründe. Diese sind in erster Linie die Ansprüche der Politik an eine zeitgemäße und funktionierende Primärversorgung, die in Österreich dramatisch unterentwickelt ist und die in den gegenwärtigen Strukturen nur schwer realisierbar ist. Unter dem Damoklesschwert der Allgemeinmedizinischen Versorgungszentren (AVZ) von Ministerin Kdolsky hat letztlich auch die Ärztekammer Wege für neue Strukturen im Bereich der Allgemeinmedizin frei gemacht.

Werkzeuge für Gründung einer Gruppenpraxis

Zur Gründung einer Gruppenpraxis braucht man Geduld, einen vertrauensvollen Partner, die Überzeugung, ein Projekt zum beiderseitig Vorteil zu schaffen, und Glück. In meinem Fall habe ich mit einem Kollegen, der mich jahrelang vertreten hat, vor drei Jahren Gespräche über eine mögliche Kooperation begonnen. Es konnte dabei dem Kollegen das Angebot gemacht werden, mit dem Einstieg in die Gruppenpraxis neben einer Menge von Arbeit und Einkommen auch an medizinischer und unternehmerischer Erfahrung teilzuhaben sowie Anfangsfehler zu vermeiden und eine Menge Lehrgeld zu sparen.

Da sich, wie bekannt (jetzt nicht mehr so strikt gehandhabt) am Stellenplan nichts ändern darf, habe ich meine Fühler im Bezirk ausgestreckt, und nachdem ich von den Pensionsplänen einer Kollegin gehört habe, mit dieser Kontakt aufgenommen. Mit ihr habe ich eine (auch finanzielle) Einigung betreffend die Weiterbetreuung ihrer Patienten getroffen. All das in enger Kooperation mit der Ärztekam-

mer und vor allem der Gebietskrankenkasse als dem zukünftigen Vertragspartner der neuen Gruppenpraxis. Mein zukünftiger Partner hat während dieser Phase der Planung buchstäblich alle Möglichkeiten der Erlangung von Punkten für die Reihungsliste genützt. Danach wurde zur Ausschreibung geschritten und da er Erstgereihter unter den vier BewerberInnen für die Stelle war, konnten die nächsten Schritte erledigt werden.

Die nächsten Schritte

Diese waren die Gründung einer Offenen Erwerbsgesellschaft als Partner für die Kassenverträge, die noch am Tag der Vorlage des Firmenbuchauszuges unterzeichnet wurden (bei gleichzeitiger Rücklegung meines Einzelvertrages). In den folgenden Wochen mussten eine ganze Reihe weiterer Verträge neuverhandelt (mühsam und teuer: der neue Hauptmietvertrag für die Gruppenpraxis, Wien Energie, Versicherungen, Internetprovider ...) werden, und die gesamten Außenbeziehungen der OEG gestaltet werden. Mit der Hausbank musste ein großzügiger und günstiger Überziehungsrahmen verhandelt werden, da die OEG erst im vierten Monat des Bestehens nennenswerte Honorarsummen erhalten würde bei fortlaufenden Kosten.

Parallel dazu waren wir in sehr intensiven Verhandlungen über die Innengestaltung der OEG. Diese wurden mit unseren persönlichen Steuerberatern, einem auf Gesellschaftsrecht spezialisierten Anwalt sowie einem in ärzteangelegenheiten erfahrenen Steueranwalt geführt. Das Ziel war eine, beide Seiten bis ins Detail zufriedenstellende und faire Gesellschaftsform zu finden, die insbesondere auch steuerrechtlich vollkommen „sauber“ war. Die derzeit zwischen den Kurien der angestellten und der niedergelassenen Ärzte geführten erbitterten Diskussionen um das Für und Wider verschieden hoher Anteile an der Gesellschaft, und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Dynamik der Gesellschaft hat uns natürlich viele Stunden Gespräche abverlangt, die letztlich dazu geführt haben, dass wir uns für ein 50-zu-50 Modell entschieden haben.

Das bedeutet, dass jedem Partner genau die Hälfte der gesamten Ordinationszeiten zugerechnet wird. Jeder kann sich aber in „seinen“ Zeiten im Rahmen der Vertretungsbestimmungen vertreten lassen – und zahlt das auch selbst. Dadurch sind auch ungleiche Arbeitszeiten bzw. Urlaubstage der Partner möglich.

Ausgenommen von dieser Regel sind Hausbesuche und Vorsorgeuntersuchungen, die zur Gänze außerhalb der regulären Arbeitszeit geleistet werden und daher demjenigen zugerechnet werden, der sie leistet.

Selbstverständlich erfordert die Übernahme von Teilen eines Betriebes als Gesellschafter ein Einvernehmen über den genauen Wert des Betriebes. Dieser wurde mittels einer standardisierten Unternehmensbewertung durch eine Steuerberatungskanzlei durchgeführt und von beiden Partnern als angemessen anerkannt. Dabei geht es im Wesentlichen um die Frage, welche Gewinne, abgesehen von

Mariahilf

einem üblichen Arbeitsentgelt erwirtschaftet werden können.

Danach wurde ein Modell vereinbart, dass eine Bezahlung der Anteile über einen im Gesellschaftervertrag exakt vereinbarten Gewinnvorab vorsieht. Das bedeutet, die Gewinnausschüttung erfolgt solange zum Beispiel im Verhältnis 70 zu 30, bis die mit dem jungen Kollegen vereinbarte Kaufsumme für den 50%-OEG-Anteil bezahlt ist. Es wäre zwar derzeit steuerlich günstiger, die Kaufsumme erst bei der Pensionierung des Seniorpartners zu bezahlen – es sind bei vollständiger Berufsbeendigung nur 25% Steuer fällig, der Gewinnvorab ist aber notwendig, um den Einkommensverlust des Verkäufers zu kompensieren. Außerdem müsste die Gruppenpraxis zum Zeitpunkt des Verkaufs der Anteile des mindestens 60-jährigen Seniorpartners sieben Jahre bestehen – eine Gruppenpraxisgründung als reines Exit-Szenario ist daher unsinnig.

Um eine solche Vereinbarung realisieren zu können, muss die Gesellschaft natürlich einen über die Arbeitsentgelte hinausreichenden Gewinn erwirtschaften, die Praxis muss also eine gewisse Größe haben. Die Durchschnittsscheinzahlen der drei Wiener Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin betragen derzeit 1.900 Scheine.

Bedacht muss werden, dass eine Öffnungszeit von mindestens 30 Stunden sowie das Verbot von Urlaubsschließungen ein gutes Vertretungsmanagement erfordern. Wir haben zwei KollegInnen in der Ordination als Dauervertretungen und Vertretungen für Urlaube und bei Erkrankungen engagiert und sind sehr bemüht, ihr Engagement in der Ordination zu ihrem vorrangigen Arbeitsfeld zu machen.

In der täglichen Arbeit ist es trotz des deutlich vermehrten Betriebes in der Ordination zu einer sehr angenehmen und entlastenden Entspannung gekommen. Die Möglichkeiten eines spontanen Konzils, die Möglichkeiten der Hilfe in einem Notfall, die Möglichkeiten aus diagnostischen und therapeutischen Sackgassen herauszufinden, die Möglichkeiten Leid und Frustration, aber auch die Freude an der Lösung schwieriger Probleme zu teilen sind wertvoll und wunderbar! Ich habe die Arbeit mit LehrpraktikantInnen durch viele Jahre sehr geschätzt und die Gruppenpraxis sofort wieder als Lehrpraxis anerkennen lassen, es ist dennoch das gemeinsame Tragen von Verantwortung auf Augenhöhe eine andere Qualität.



Es arbeiten während der erfahrungsgemäß stark frequentierten Zeiten immer zwei ÄrztInnen sowie zwei Ordinationshilfen in der Praxis. Es sollten außer in Notfällen kein Arzt und keine Ärztin länger als fünf Stunden durchgehend ordinieren.

Nicht zu unterschätzen ist der kommunikative Aufwand in der Gruppenpraxis. Regelmäßige Teamsitzungen aller MitarbeiterInnen sowie regelmäßige Treffen des ärztlichen Teams haben sich als unabdingbar erwiesen, einerseits um innovative Projekte und Neuerungen in den Abläufen zu kommunizieren und andererseits um gefährliche Problemstaus zu vermeiden. Ebenso erfordern die verschiedenen Dienstpläne Stunden hochkonzentrierter Arbeit und ständiger Rückmeldung. Aber auch hier gilt, dass es in der Natur von Teamarbeit liegt, dass von den Stärken jedes Teammitgliedes alle profitieren können, und seine Schwächen von den anderen ausgeglichen und damit leb- und akzeptierbar werden.

Letztlich ist die Gruppenpraxis als Organisationskonzept eine Antwort auf neue Herausforderungen und Ansprüche. Die Ansprüche der Patienten an eine kontinuierliche und hochqualitative Versorgung, die Bedürfnisse von Ärztinnen, Ärzten und GesundheitsarbeiterInnen nach entspannten und befriedigenden Arbeitsbedingungen und die Forderungen der Politik nach einem adäquaten und zweckmäßigen Einsatz der vorhandenen Mittel.

*Dr. Franz Mayrhofer
Mariahilfer Straße 91/1/6, 1060 Wien
Ecke Mariahilfer Straße/Otto-Bauer-Gasse
Tel.: 01/59 74 337, Fax: 01/59 74 337-5
praxis@medizinmariahilf.at
<http://medizinmariahilf.at>*



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.

EbM-Guidelines in der Praxis: Blass ist alle Theorie – oder?

Bei mir steht ein Band der EbM-Guidelines des Verlagshauses der Ärzte im Schrank und ich habe einen Internetzugang zur elektronischen Version, die laufend auf dem aktuellen Stand gehalten wird.

Ich nutze diese Tools gerne und hole mir Rat daraus, finde ich dort doch den aktuellen Erfahrungsstand von Allgemeinmedizinern, aufbauend auf den aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Gelegentliche PSA-Bestimmungen bei einem derzeit 63-jährigen Mann zeigen über Jahre einen anfangs langsamen, in letzter Zeit aber nahezu exponentiellen Anstieg. Nunmehriger PSA-Wert 5,73. Freies PSA 0,32. Es besteht keine verdächtige klinische Symptomatik. Der PSA-Wert ist bekanntermaßen eigentlich keine taugliche Screeninguntersuchung. Also was tun?

Wie ist eigentlich der aktuelle Wissensstand? Ich muss mich schlau machen. Ich schlage nicht gerne im Beisein des Patienten nach. Daher vereinbare ich einen Kontrolltermin, um mich inzwischen informieren zu können.

Ein Blick in die EbM-Guidelines/Kapitel Urologie/Prostatakarzinom.

Dort steht:

PSA-Spiegel bis 10 kann als „normal“ eingestuft werden.

Angeführte Anmerkung: Die deutsche Leitlinie „Prostatakarzinom“



Dr. Peter Pichler
Laaerstraße 94
2170 Poysdorf
Tel.: 02552/2755
Fax: 02552/2755-6
peter.pichler@nanet.at

empfiehlt die Prostatabiopsie ab einem kontrollierten (!) PSA-Wert von 4.

Bisher bin ich nicht viel schlauer geworden.

In den Tabellen lese ich: Normwert des PSA bei 63 Jahren (dem Alter meines Patienten): <4,5

Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Karzinoms bei dem betreffenden PSA von 5,73: 25%.

Wahrscheinlichkeit eines Karzinoms bei freiem PSA zu Gesamt-PSA (in diesem Fall 18%) ist 20%.

Weiters lese ich:

Der Patient ist einem Urologen vorzustellen, wenn:

... der Patient jünger als 65 ist und ein Serum-PSA-Wert über 3 vorliegt.

Als Wissender – zumindest was die Wahrscheinlichkeit betrifft – empfangen Sie den Patienten zum vereinbarten Termin. Anhand der am Bildschirm präsentierten Tabellen erkläre ich ihm die 20 bis 25%ige Wahr-

scheinlichkeit des Vorliegens eines Prostatakarzinoms. Ich sage ihm, dass er unbedingt einen Urologen aufsuchen muss, der ihm sicher eine Prostatabiopsie anraten wird.

Und – ich hatte recht! (dank EbM-Guidelines) Genau so geschah es. Der Untersuchungsbefund beim Urologen ergab keinen verdächtigen Lokalbefund, dennoch riet er zur Prostatabiopsie.

Wie froh bin ich, stets mein Nachschlagwerk zur Verfügung zu haben!

Dr. Peter Pichler



Salzburg, 22.-24. September 2011
Paris Lodron Universität Salzburg, Große Aula

Polypharmakotherapie im Spannungsfeld
zwischen Klinik und Hausarzt.

www.forummedizin21.at



forum
medizin 21

PARACELSUS MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

Polypharmakotherapie im Spannungsfeld zwischen Klinik und Hausarzt

Vielen spannenden Fragen zu diesem „heißen“ Thema wollen die Veranstalter vom Institut für Allgemeinmedizin der PMU Salzburg auf dem dritten „Forum Medizin 21“ vom 22.–24. September 2011 in Salzburg nachgehen, organisiert in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) und der Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SÜGAM).

Neben hochkarätigen Vorträgen, praxisnahen Workshops und spannenden Symposien erwarten Sie Beiträge aus dem gesamten Spektrum allgemeinmedizinischer Forschung im deutschsprachigen Raum.

Wir freuen uns, Sie im September 2011 in Salzburg begrüßen zu dürfen!

Programm, Informationen & Anmeldung:

www.forummedizin21.at