

Ärzte als freie Unternehmer – Nachlese zum Tag der Allgemeinmedizin am 27. 6. 2015

Der Tag der Allgemeinmedizin ist eine gemeinsame Veranstaltung der Ärztekammer/Bundessektion Allgemeinmedizin mit der ÖGAM. Das Thema wurde bewusst gewählt, da manche Stakeholder die Lösung der Problematik der Grundversorgung darin sehen, die unternehmerische Selbständigkeit von Ärzten innerhalb des sozialen Gesundheitssystems abzuschaffen, zugunsten von staatlich oder privatwirtschaftlich betriebenen Einrichtungen. In vielen Ländern lassen sich solche Systeme bereits besichtigen – dazu gehört mit UK das Mutterland der Primary Care. Dort wird das bisherige solidarische, überwiegend staatlich organisierte Modell an die Privatwirtschaft ausverkauft. In Finnland, ebenfalls ein Land mit verstaatlichtem Gesundheitswesen und überwiegend angestellten Ärzten, betreiben international agierende Finanzgesellschaften nun nicht nur Leiharbeitsfirmen für Ärzte, sondern auch Health Centers. Ärzte (und Pflegepersonen) laufen in Scharen davon, der Mangel ist versorgungsgefährdend geworden, teuer ist das System dennoch. Proteste und Unzufriedenheit in Presse, sozialen Medien und Bevölkerung sprechen eine deutliche Sprache. In dieser Situation wollten wir ein Bekenntnis zu Freiberuflichkeit und Unternehmertum innerhalb unseres sozialen, solidarischen Systems abgeben.

Ärztekammerpräsident Dr. Artur Wechselberger betonte als erster Redner die Bedeutung der Ärzte als Angehörige eines freien Berufes und als Unternehmer. Sie sind im besonderen Ausmaße ethischen Grundsätzen verpflichtet, mit Verantwortung nicht nur den Patienten, sondern auch den Mitarbeitern und der Gesellschaft gegenüber. Ärztliche Freiberuflichkeit führt zu einem hohen Engagement gegenüber den Patienten über die normale Verpflichtung hinaus und sorgt für eine qualitativ hochwertige, effektive und kostengünstige Versorgung. Niedergelassene Ärzte als Unternehmer sind auch ein Mehrwert für die Gesellschaft, sie schaffen hochwertige Arbeitsplätze, sind innovativ und auch außerhalb der Ordination engagiert. Vieles davon würde beim Verlust der Freiberuflichkeit verloren gehen.

Der Vorsitzende des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Mag. Peter McDonald, hat sich in seinem Vortrag ebenfalls zum Arzt als Unternehmer bekannt. Auch er betonte, dass sich unternehmerisches Denken und gesellschaftliche Verantwortung nicht widersprechen. Er forderte gerade von der Ärztekammer, einen gemeinsamen Weg zu gehen, um die Allgemeinmedizin für das 21. Jahrhundert den Bedürfnissen entsprechend weiter zu entwickeln.

Sektionschef Dr. Clemens Auer betonte, dass es im niedergelassenen Bereich neue Organisationsformen der Zusammenarbeit braucht und dass Patientenströme gesteuert werden müssen, da viele Patienten an der Allgemeinmedizin vorbei von sich aus die Spitalambulanzen aufsuchen. Auch er gab ein Bekenntnis zum Arzt als selbständigem Freiberufler ab.

Der 2. Teil des Tages der Allgemeinmedizin thematisierte neue Modelle und Zusammenarbeitsformen in der Grundversorgung.

Dr. Wolfgang Mückstein vom Praxisteam Mariahilf, dem ersten offiziellen neuen PHC-(Primary Health Care-)Modell im Rahmen der Gesundheitsreform, berichtete von der Gründung und Umsetzung dieses innovativen Projektes. Dieses Modell ermöglicht lange Öffnungszeiten

das ganze Jahr hindurch, trotzdem individuelle Betreuung der Patienten und eine konsequente umgesetzte integrierte Gesundheitsversorgung. Die langen Öffnungszeiten und die zusätzliche Koordinationsfunktion bedeuten mehr finanziellen Aufwand, der auch abgegolten werden muss: „Geld folgt Leistung.“ Ein wichtiger Aspekt eines solchen Modells ist die Vorbildwirkung, die vor allem junge Kollegen motivieren soll, in die Allgemeinmedizin-Praxis zu gehen.

Dr. Thomas Jungblut referierte über die innere Vernetzung als Herausforderung für eine Arztpraxis. Eine Arztpraxis hat eine Fülle unterschiedlicher Aufgaben zu bewältigen, die nur durch gute geschulte Praxismitarbeiter mit einer hohen Motivation zu bewältigen sind. Das bedarf eines guten Betriebsklimas, einer professionellen Fehlerkultur und dem Aufbau eines angemessenen Selbstbewusstseins: Primary Health Care funktioniert auch in der Ein-Arzt-Praxis mit ihrem Team.

Ich selbst durfte in meinem Referat mit der die Vernetzung nach außen reflektieren, die in Österreich nur im kleinen Bereich und durch persönliches Engagement verwirklicht ist. Außer im Styriamed.net (und nun auch Pannoniamed) gibt es keine strukturierten Netzwerke. Wenn eine zuverlässig funktionierende Grundversorgung (Primary Health Care = PHC) umgesetzt werden soll, müssen wir vermehrt solche Strukturen aufbauen, damit integrierte Versorgung stattfinden kann. Solche Netzwerke sind besser überlebensfähig, wenn sie „bottom up“ entstehen und nicht von oben übergestülpt werden.

Die Bilanz des Tags der Allgemeinmedizin scheint uns zufriedenstellend, wir haben viel Aufmerksamkeit zum Thema „Der Arzt als Unternehmer“ erfahren. Der konstruktive Umgang der drei zentralen Entscheidungsträger miteinander und mit unserem gemeinsamen Thema stimmt uns vorsichtig hoffnungsvoll. Möge dieses Klima dabei helfen, die diversen Differenzen zu überwinden, im Interesse der österreichischen Patienten und Gesundheitsdienstleister. Wir danken an dieser Stelle noch einmal herzlich für Teilnahme und Engagement.



Dr. Christoph Dachs

Kinderärztliche Fragestellung

Die Hausarztpraxis ist oft der erste wichtige Ansprechpartner für kinderurologische Problemstellungen. Im Folgenden sollen die häufigsten Fragestellungen zusammengefasst werden.

Phimose:

Die kindliche Phimose ist bis zum zweiten bis dritten Lebensjahr physiologisch und bedarf im Normalfall noch keiner Therapie. Forciertes Manipulieren der Vorhaut sollte unterlassen werden, um nicht durch kleinste Einrisse Narben zu erzeugen. Im Vorschulalter besteht noch bei ca. 8–10% eine behandlungsbedürftige Phimose. International ist es üblich, bei Persistenz nach dem dritten Lebensjahr, primär mit einer topischen Cortisontherapie zu beginnen (z.B. Diproderm® oder Advantan® 2 x tgl. für 4–6 Wochen). Wenn es zu einer Besserung kommt, das Präputium aber noch nicht ideal reponierbar ist, kann nach einigen Monaten eine zweite Serie angeschlossen werden. Sollte die Phimose trotz topischer Therapie nicht reponierbar sein, wird eine Circumcision notwendig, wobei der Zeitpunkt mittlerweile individuell und nach Präferenz der Eltern zu wählen ist. Eine Operationsindikation (auch vor dem 3. LJ) besteht vor allem bei rezidivierenden Balanitiden, obstruktiver Miktions mit Ballonieren der Vorhaut, Harnwegsinfekten oder bei st. p. Paraphimose (führt meist sekundär noch zu narbigen Veränderungen).

Hodenhochstand:

Bei ca. 3–5% der reifgeborenen Buben sind die Hoden postpartal nicht ins Scrotum deszendiert. Danach kommt es bei einem Teil der Buben noch zu einem spontanen postpartalen Descensus, sodass nach Abschluss des ersten Lebensjahres noch bei ca. 1% der Knaben ein Hodenhochstand vorliegt. International wird empfohlen, eine Therapie des Hodenhochstandes aber mit zwölf Monaten abgeschlossen zu haben, um eine weitere Apoptose der Keimzellen zu verhindern. Daher ist hier eine frühzeitige Evaluierung sinnvoll, um die Kinder gegebenenfalls an eine Spezialambulanz anzubinden, die das weitere Procedere übernimmt. Wichtig ist hier eine exakte Diagnosestellung:

- **Pendelhoden:** der Hoden wandert zwischen Scrotum und Leiste, es bedarf keiner Manipulation, damit der Hoden nach einer geringen Wartezeit wieder nach scrotal kommt (keine Operationsindikation, Observanz).
- **Gleithoden:** der Hoden liegt meist inguinal, kann durch Ausstreifen nach scrotal gebracht werden, bleibt aber nur kurz im Scrotum und gleitet wieder zurück (Operationsindikation).



Dr. Romana Altenhuber

- **Leistenhoden:** Der Hoden ist palpatorisch oder sonografisch in der Leiste fixiert und kann nicht nach scrotal gebracht werden (Operationsindikation)
- **Kryptorchismus/Bauchhoden:** In der Leiste/im Scrotum ist weder palpatorisch noch sonografisch Hodengewebe darstellbar (Operationsindikation).

Besonders die Unterscheidung zwischen Pendel- und Gleithoden macht Schwierigkeiten, da oft unter Untersuchungsbedingungen die Hoden primär nicht tastbar sind und wir bei der Untersuchung nur eine

Momentaufnahme haben. Hier ist das Führen eines Hodenprotokolls durch die Eltern (durch zwei Wochen dreimal täglich die Hodenlage protokollieren) sinnvoll, das zum nächsten Termin mitgebracht wird und womit oft erst Klarheit in die Diagnose gebracht werden kann.

Eine präoperative Hormontherapie mit HCG ist obsolet, auch die bisher vielfach angewandte Therapie mit Kryptocur wird zurzeit kontrovers diskutiert und ist noch nicht abschließend bewertet.

Harnwegsinfekte und vesikoureteraler Reflux (VUR):

Harnwegsinfektionen (HWI) im Säuling- und Kleinkindesalter gehören zu den häufigsten bakteriellen Infektionen: Ungefähr 1% der Knaben und 3% der Mädchen sind betroffen, ca. 10% entwickeln Nierenparenchymschäden. Erfolgt keine adäquate Therapie, können renaler Hypertonus und Niereninsuffizienz die Folge sein. Für die Entstehung begünstigend sind kongenitale Anomalien wie ein vesikoureteraler Reflux (VUR), Ureterabgangsstenose, posteriore Harnröhrenklappen oder aber auch funktionelle Blasenentleerungsstörungen bei größeren Kindern.

Die Diagnostik des HWI erfolgt anhand klinischer Symptome, pathologischer Harnanalyse und positiver Urinkultur. Bei toilettrainierten Kindern erfolgt die Harngewinnung

mittels Mittelstrahlharn, bei Säuglingen wird primär ein Sackerlharn (nach vorangehender Reinigung des ÄG) zur Diagnostik verwendet. Limitierende Faktoren sind Phimose, Labiencynechie, Vulvitis – bei unklarem Befund sollte eine Harnprobe mittels Einmalkatheter entnommen werden. Nicht jede Leukozyturie ist aber auch ein Harnwegsinfekt, besonders fieberhafte Infekte können eine Begleitleukozyturie verursachen, daher ist oft ein Harnsediment und eine Harnkultur für die endgültige Diagnose unerlässlich.

Diagnostik: Weiterführend ermöglicht ein Ultraschall des Unterbauchs und der Niere Aussagen über eventuell bestehende Pathologien, besonders bei Säuglingen und Kleinkindern sollte schon nach dem ersten HWI daran gedacht werden.

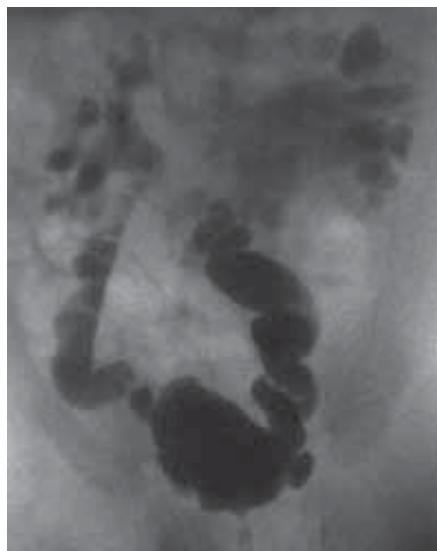


Abb.: Vesikorener Reflux 5. Grades bds.

igen in der Hausarztpraxis

Nach febrilen Harnwegsinfekten im Säuglings- und Kleinkindesalter bzw. bei rezidivierenden afebrilen Infekten sollte ein Mikti-oncystourethrogramm (MCU) durchgeführt werden, dies ist mit entsprechender Sedierung mittels eines transurethralen Katheters in geübten Händen problemlos und nahezu stressfrei durchführbar. Zusätzlich kann zur weiteren Abklärung ein DMSA-Scan notwendig sein.

Bei Kindern mit fieberhaften Harnwegsinfekten findet sich in bis über 30% ein Reflux (Abb.). Im ersten Lebensjahr ist die Chance auf eine Spontanmaturation am größten und beträgt abhängig vom Refluxgrad zwischen 30 und 80%, wobei sie bei Knaben größer ist als bei Mädchen. Nach dem ersten Lebensjahr nimmt die Maturationsrate deutlich ab und beträgt nur mehr durchschnittlich 9% pro Jahr. Prinzipiell muss für jedes Kind ein individueller Therapieplan erstellt werden. Im ersten Lebensjahr empfiehlt sich eine antibiotische Dauerprophylaxe bis zur Reevaluierung und einer definitiven Therapieentscheidung (operative Sanierung). Auch bei größeren Kindern mit Blasenentleerungsstörungen (z.B.: dysfunctional voiding) ohne nachgewiesenen Reflux kann eine Prophylaxe während der Beckenboden-Reedukation sinnvoll sein.

Enuresis und kindliche Harninkontinenz:

Von Enuresis spricht man, wenn das Einnässen nach dem fünften Lebensjahr bestehen bleibt oder wieder neu auftritt. Dieses Thema ist vielfach noch tabuisiert und muss oft aktiv angesprochen werden, um den Druck aus den Familien zu nehmen. Am Beginn jeder Therapie sollte eine Aufklärung über mögliche Ursachen aber auch über physiologische Maturation (ca. 15% der Betroffenen werden pro Jahr ohne Therapie trocken!) durchgeführt werden, damit Eltern sich realistisch für oder gegen eine Therapie entscheiden können.

Verantwortlich für das Bett nässen ist meist eine Reifungsverzögerung im Tag-Nacht-Rhythmus der Ausscheidung des antidiuretischen Hormons bzw. ein Maturationsdelay in der Entwicklung einer physiologischen Blasenfunktion mit Tendenz zur Blasenüberaktivität. Zudem scheint durch veränderte Schlafrythmen das Gehirn den Reiz der vollen Blase nicht entsprechend zu verarbeiten, sodass Kinder beim Harndrang nicht aufwachen. Eine genetische Komponente ist bekannt, zusätzlich spielen Faktoren wie Obstipation oder ein ADHS eine Rolle. Im Endeffekt ist Enuresis ein Missverhältnis zwischen nächtlicher Harnmenge und der funktionellen Blasenkapazität (erwartete Blasenkapazität in ml = $[\text{Alter des Kindes} + 1] \times 30$).

Vor jeder geplanten Therapie sollte ein Blasentagebuch geführt werden. Daraus lässt sich die funktionelle Blasenkapazität des Kindes bzw. die Nachtharnmenge ableiten und damit die richtigen individuellen Therapiemöglichkeiten finden. Neben einer ausführlichen Ana-



In der Allgemeinmedizinischen Praxis ist man mit einer Vielzahl von kinderurologischen Problemstellungen konfrontiert

mnese und Status, inklusive äußerem Genitale und Sakralregion, sollte auch eine Harnanalyse (HWI, Glucosurie ...) und ein Ultraschall (Niere, Blase, Restharn, Rektumdurchmesser) durchgeführt werden.

Abhängig von der klinischen Symptomatik und dem Blasentagebuch kann eine entsprechende Therapie eingeleitet werden. Dies kann entweder eine Therapie mit synthetischem Vasopressin (bei nächtlicher Polyurie) oder aber auch mit Anticholinergika (bei vermuteter Blasenüberaktivität). Bei annähernd normaler Blasenkapazität und normaler Nachtharnmenge kann eine apparative Verhaltenstherapie (= „Klingelhose“) zum Ziel führen. Hier ist aber die Compliance der Eltern und des Kindes enorm wichtig, ohne Mitarbeit (vor allem das Aufwecken des Kindes bei Alarm) wird kein Therapieerfolg eintreten.

Eine weiterführende invasive Diagnostik ist nur bei wenigen Kindern tatsächlich notwendig, besonders bei Kindern mit einer sekundären (= Wiederauftreten nach stabiler sechsmonatiger trockener Phase) Enuresis sollte an psychologische Faktoren gedacht werden und eventuell eine psychologische Begutachtung durchgeführt werden.

*Dr. Romana Altenhuber
FÄ für Urologie, Kinderurologie Wilhelminenspital*

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Vorfreude auf allgemeinmedizinischen Jahreskongress in Bozen

Der 49. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) findet vom 17.–19. September 2015 in Bozen/Italien statt. Die DEGAM richtet den Kongress gemeinsam mit den allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften aus Südtirol (SÜGAM) und aus Österreich (ÖGAM) aus. Das Leitthema des Kongresses lautet „Bedeutung der Allgemeinmedizin: für Patient, Familie und Gesellschaft“. Themen sind dabei zum Beispiel:

- Erlebte Anamnese
- Ressourcenaktivierung
- Patient Empowerment
- Bio-psycho-soziales Modell
- Familienmedizin
- Ökologie der Allgemeinmedizin

Eine wesentliche Neuerung im Vergleich zu den vorangegangenen DEGAM-Kongressen ist die Einführung von „Praktiker-Workshops“. Diese Workshops sind von Praktikern für Praktiker und sollen als evidenzbasierte, hausärztliche und patientenorientierte Seminare interaktiv durchgeführt werden.

Bis zum 25. Juli 2015 gilt ein Frühbucherrabatt für DEGAM-, SÜGAM- und ÖGAM-Mitglieder; die Teilnahmegebühr beträgt nur 175 Euro (ab 26. 7.: 225 Euro). Nichtmitglieder zahlen 290 Euro (ab 26. 7.: 330 Euro). Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung liegt die Teilnahmegebühr immer bei 100 Euro, für medizinische Fachangestellte (MFA) bei 70 Euro und für Studierende bei 45 Euro.

Der Gesellschaftsabend findet in diesem Jahr im „Museion“ statt, dem Museum für moderne und zeitgenössische Kunst in Bozen. Während des Kongresses ist das Museion für die Kongressteilnehmer/innen frei zugänglich.

Das traditionelle Fest am Freitagabend bietet wieder Gelegenheit zum Austausch über den wissenschaftlichen Kontext hinaus. Die Eintrittskarten kosten 65 Euro (für Studierende und MFA vergünstigt 42 Euro).

Nähere Informationen zum Kongress sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden sich auf der Kongresswebsite: www.degam2015.de



Quelle: Verkehrsamt der Stadt Bozen



Quelle: Verkehrsamt der Stadt Bozen



Quelle: Südtirol Marketing/Valentin Pardeller

49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Bedeutung der Allgemeinmedizin: für Patient, Familie und Gesellschaft

vom 17.–19. September 2015 in Bozen/Südtirol

unibz



Società Altoatesina di Medicina Generale



Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Barbara Degn
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, 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

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

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