

## Das Gewissen der Worte<sup>1</sup>

„Der Patient steht im Mittelpunkt“. „Das Team rund um den Patienten“. Gute Worte. Worte allerdings, die Diskussionen auch ersticken können, statt sie zu befördern, und die mehr verschleiern, als sie klären: Wer sollte dagegen schon Einwände äußern wollen?? Bemerkenswerterweise kommen diese Worte meist von Entscheidungsträgern, Gesundheitspolitikern (und einigen selbst ernannten Experten), und zumeist in Zusammenhang mit dem Bemühen, Ärzte – vor allem Hausärzte, mitsamt ihren Wünschen an die Gesundheitsreform – in die Schranken zu weisen.

In den letzten 22 Jahren habe ich mehr als 13.000 (dreizehntausend!) verschiedene Menschen als Patienten kennengelernt. Wer „der Patient“ ist, weiß ich weniger denn je.

Sicher weiß ich, dass Patienten keine homogene Gruppe sind. Das Gegenteil ist der Fall: Die Interessen sind oft nicht nur divergierend, sondern schlicht gegensätzlich. Hepatitis-C-Patienten haben das – berechnete – Bedürfnis nach optimaler Behandlung ihrer Krankheit mit allen verfügbaren Mitteln. Bei Therapiekosten von rund 700 Euro pro Tablette brähe das Gesundheitssystem zusammen, wollte man alle in Frage kommenden Patienten behandeln?. Was ein klarer und massiver Verstoß gegen die Interessen einer Vielzahl anderer Patienten wäre. Viele Patienten wollen physiotherapeutisch, psycho- oder ergotherapeutisch behandelt werden, und zwar von jemandem mit ausreichend viel Zeit und erstklassiger Ausbildung, und das möglichst ohne Warten auf einen Termin und zu jeder Tageszeit. Viele Patienten haben Sehnsucht nach (sofortiger) intensiver Abklärung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, weitgehend unabhängig von Anlass und Gefährlichkeit. All das und vieles mehr braucht Mittel, die jedoch begrenzt sind. Worauf muss wer wann verzichten?

Wenn der Patient die Entscheidung trifft, trifft jeder sie in seinem eigenen Interesse, wie denn auch sonst. Bei Knappheit gibt es immer Gewinner und Verlierer und damit Ungerechtigkeit.

Das ist nicht gut für das System und auch nicht für die Bevölkerung. Dazu gibt es das Korrektiv der Gesundheitspolitik, die in einem entwickelten, demokratischen Staat für Gerechtigkeit und ein möglichst geringes Maß an Ungleichheit zu sorgen hat. Für ein Gesundheitssystem muss das Allgemeinwohl im Zentrum stehen. Es sind also Steuerungsentscheidungen so zu treffen, dass einerseits niemand auf der Strecke bleibt und andererseits niemand ungebührliche Vorteile lukriert, weil er sich besser durchsetzen kann oder früher dran ist. „Den Patienten“ können Strukturentscheidungen also selten dienen, nur: hier den einen, dort den anderen.

Das System hat dafür zu sorgen, dass Strukturen vorhanden sind

und funktionieren können, die die Versorgung des einzelnen Patienten auf der individuellen Ebene übernehmen. Die Entscheidung der Politik ist es, welche Strukturen („Formen“) das sein sollen, mit welcher Ausstattung, und wie deren Inanspruchnahme fair und gerecht zu regeln ist. Damit wird die Funktionalität auf der Patientenebene gewährleistet. Gesundheitspolitik muss steuern, so viel Mut muss sein.

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden nie allen Interessen gleichzeitig dienen können. Wenn das versucht wird, entsteht eine Situation, in der alle irgendwie irgendwelchen Eigeninteressen nachlaufen können, so wie es derzeit in Österreich der Fall ist.

Patienten wollen Hausärzte, mitsamt ihren Teams. Diesen Wunsch haben tatsächlich die meisten Patienten gemeinsam. Dafür, dass dieser Wunsch auch systemisch sinnvoll ist, gibt es gute Evidenz. Wenn es wirklich um „die Patienten“ ginge, hätten wir schon lange das Recht auf die Ausbildung, die gute Primärversorgung leichter macht. Wir hätten Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienstregelungen, die nicht über Erschöpfung in den Motivationsverlust führen, und Praxen, die weder Nebenjobs noch Hausapotheken zum Überleben brauchen, sondern die Konzentration aufs Wesentliche ermöglichen. Wir hätten die Chance, uns bessere Verfügbarkeit für den Patienten (im Rahmen flexibler Zusammenarbeitsmodelle und mit qualifizierten Teams) zu erleichtern, ohne unsere materielle Existenz zu gefährden. Solche Formen zu schaffen ist Aufgabe der Politik. Um „die Patienten“ kümmern wir uns zusammen mit unseren Teams – gerne, sorgsam, und individuell.



**Dr. Susanne Rabady**

*Dr. Susanne Rabady  
Vizepräsidentin der ÖGAM*

<sup>1</sup> Elias Canetti

<sup>2</sup> Berechnung von Prof. Michael Kochen, Freiburg. Zahlen bei der Autorin

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

**Ihre Mitarbeit ist willkommen!**

**Unsere Kontaktadresse: [office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)**

# Das Gesundheitssystem im Iran

**Im Herbst dieses Jahres machten wir uns auf in den Iran, zwei Hausärzte mit unseren Partnern. Unsere Reise führte uns durch ein schönes und außerordentlich interessantes Land. Wir lernten überaus freundliche Menschen kennen, die uns herzlich willkommen hießen und mit ihrer Gastfreundschaft überraschten. Dabei fühlten wir uns immer sicher. Auf unserer Reise konnten wir großartige Zeugnisse der abwechslungsreichen Geschichte des Landes sehen.**

## Überraschungsbesuch bei Kollegen

Als österreichische Hausärzte waren wir natürlich auch neugierig, wie unsere Allgemeinmediziner-Kollegen im Iran wohl arbeiten, und wie die Gesundheitsversorgung in diesem Land organisiert ist. Vor allem wollten wir wissen, wie die ärztliche Versorgung am Land funktioniert. In einer abgelegenen Gegend in den Zägos-Bergen lag nahe der Straße ein Gesundheitszentrum – wir beschlossen, uns dieses Zentrum anzusehen. Die Überraschung der dort tätigen IranerInnen über den unerwarteten Besuch aus Österreich war groß. Unser Reiseleiter übersetzte, da niemand in diesem Gesundheitszentrum Englisch sprach.

Dieses Gesundheitszentrum versorgt etwa 5.000 Menschen. Acht medizinische Fachkräfte und ein Arzt kümmern sich um die Patienten. Im Haus gibt es eine Ausgabestelle für Medikamente und ein kleines Labor. Der 26-jährige Dr. Ali Reza Yadollahi arbeitet allein in seiner Ordination und sieht pro Tag etwa 40–50 Patienten. Er ist vom Staat angestellt und leistet mit seiner Arbeit am Land in dieser sehr abgelegenen Region seinen Militärdienst für zwei Jahre ab. Der junge Arzt kommt direkt von der Universität, sein Wunsch ist es, später Radiologe oder Orthopäde zu werden. Am Vormittag ist er in der Ordination für seine Patienten da, nachmittags macht er Hausbesuche. Das nächste Krankenhaus ist mit dem Auto in einer halben Stunde erreichbar. Somit ist der Arzt auf sich allein gestellt, Not-

fälle muss er selbst versorgen. Nahe dem Gesundheitszentrum gibt es ein Geburtshaus, das von zwei Hebammen betreut wird.

## Flächendeckendes nichtärztliches Basisversorgungssystem

Neben dem ärztlichen Bereich des Gesundheitssystems hat der Iran in den Jahren nach der Revolution von 1979 durch konsequente Ausbildung und Weiterbildung flächendeckend ein nichtärztliches Basisversorgungssystem geschaffen, das von sogenannten „Behvarz“ getragen wird. Das sind kommunale „Gesundheitsassistenten“, Menschen aus den Dörfern, die ein Bindeglied zwischen der Bevölkerung und der ärztlichen Versorgung darstellen. Sie arbeiten in sogenannten „Gesundheitshäusern“ in ihrer Gemeinde. Es gibt 14.000 Gesundheitshäuser über das ganze Land verstreut. Manche „Behvarz“ arbeiten alleine, andere zu zweit, oft sind es Ehepaare. Sie kümmern sich vor allem um die Gesundheit von Schwangeren, Müttern und Kindern, um Impfprogramme, Prävention von Infektionskrankheiten, Sanitäranlagen und Hygiene in den Dörfern, sie leisten notfalls Erste Hilfe und sind Ansprechpartner für Familienplanung. Die „Behvarz“ kennen jedermann in ihren Gemeinden, sie machen Hausbesuche bei Neugeborenen, bei alten und bei immobilen Menschen. Sie führen eine Kartei in ihren Gesundheitshäusern, so ist ein rascher Zugang zu Basis-Gesundheitsdaten der Bevölkerung möglich. Sie arbeiten eng mit den ärztlichen Gesundheitszentren zusammen. Diese Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems, des „Behvarz“-Dienstes, sind kostenlos für die Patienten.

## Massive Verbesserungen seit 1984

Der Iran hat 75 Millionen Einwohner, 70% der Bevölkerung sind unter 30 Jahre alt. Die Lebenserwartung im Iran bei Geburt ist 72 Jahre für Männer und 76 Jahre für Frauen. Laut WHO hat der Iran ein fast



Die Reisegruppe aus Österreich mit dem iranischen Kollegen



Mitarbeiterinnen in einem Gesundheitszentrum



**Die iranische Ernährungspyramide**

flächendeckendes Gesundheitssystem, 98% der Bevölkerung haben Zugang zu ärztlicher Versorgung. Der Iran konnte von 1984–2000 die Säuglingssterblichkeit halbieren, die Durchimpfungsraten von 20% auf 95% anheben und ein erfolgreiches Familienplanungsprogramm etablieren. Bedingt durch die Migration aus den krisengeschüttelten Nachbarstaaten ist das Risiko von Epidemien (Polio, Malaria, HIV und Cholera) hoch. Der Iran hat ein erfolgreiches TBC-Programm, dennoch gibt es Probleme mit multiresistenten TBC-Keimen in den Grenzregionen.

In den letzten zehn Jahren konnte durch ein ehrgeiziges Malariaprogramm die Zahl der Malariaerkrankungen um 86% reduziert werden. Es gibt ein Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden sowie ein Verbot für Zigarettenwerbung. Das Gesundheitsministerium hat nationale Guidelines für Raucherentwöhnung entwickelt.

### Problem: Sanktionen

Die internationalen Sanktionen gegen den Iran hatten auch negative Folgen für den iranischen Gesundheitssektor. Die im Atomstreit verhängten UN-Sanktionen betreffen Arzneien und medizinische Geräte zwar nicht direkt, das Embargo gegen iranische Banken macht deren Einfuhr aber kompliziert und teuer. Vor allem bei Medikamenten gegen Krebs, multiple Sklerose, hämatologische Erkrankungen und Niereninsuffizienz gibt es Engpässe. Der Iran importierte in den letzten Jahren zunehmend Medikamente aus China, Indien und Südkorea.



**Die iranische Gesundheitsversorgung stützt sich auf ein PHC-System**

### Stabiles Gesundheitssystem

Die WHO bezeichnet das iranische Gesundheitssystem als eines der stabilsten weltweit. Es stützt sich auf ein gut funktionierendes Primary-Health-Care-System, dessen Grundprinzipien Gleichheit, gute soziale Vernetzung und staatliche Finanzierung sind. Während das Primary-Health-Care-System direkt staatlich finanziert wird, ist der sekundäre und tertiäre Bereich durch öffentliche Versicherungen finanziert. Es verbleibt ein Selbstbehalt von 10% der Kosten, den die Patienten selbst zu bezahlen haben. Der Iran gibt 6% des BIP bzw. 836 US-Dollar pro Kopf für die Gesundheitsversorgung aus. Probleme bereitet der Zugang zu Primary Health Care in den Armenvierteln der Ballungsräume. Das Informationssystem ist ebenfalls erst rudimentär entwickelt.

Daneben existiert, vor allem in den Großstädten, ein breiter privater Gesundheitssektor, sowohl mit niedergelassenen Fachärzten als auch stationären Einrichtungen. Wohlhabende Iraner haben eine private Krankenversicherung, die die Kosten für Behandlungen übernimmt. Dieses System unterscheidet sich kaum vom europäischen System. Auffallend war, wie viele iranische Frauen (und Männer!) in den Städten sich kosmetischen Operationen unterziehen. Nasenkorrekturen erfreuen sich großer Beliebtheit, sie gelten auch als Zeichen westlichen Lebensstils. Das Pflaster auf der operierten Nase ist quasi ein Statussymbol.

*Dr. Barbara Degn,  
Vizepräsidentin der WIGAM*



**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](http://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](mailto:office@oegam.at)

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

# ÖGAM-Wintertagung 2016



## 15. ÖSTERREICHISCHE WINTERTAGUNG FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

17. bis 23. Jänner | Hotel Rote Wand  
Lech am Arlberg, Zug

### INFORMATION UND ANMELDUNG

Wiener Medizinische Akademie  
Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, A-1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
E-Mail: c.linzbauer@medacad.org

### VERANSTALTER

Österreichische Gesellschaft für  
Allgemein- und Familienmedizin  
www.oegam.at  
E-Mail: office@oegam.at



## Tagungsthemen und Workshops

### SONNTAG, 17. 1.

17:45–18:00 Eröffnung

Dr. Christoph Dachs

18:00–19:15 Die Rolle der Angst in der Medizin

Vorsitz: Dr. Susanne Rabady, Referent: Dr. Günther Loewit

### MONTAG, 18. 1.

8:30–11:30 Orthopädische Untersuchungstechniken I:

Untersuchung der großen Gelenke

Vorsitz: Gottfried Thalhammer, Referenten: Assoz.-Prof. Priv.-Doz.

Dr. Mathias Glehr und OA Priv.-Doz. Dr. Gerald Gruber, MBA

15:00–16:30 Qualitätszirkel

17:00–19:15 Orthopädische Untersuchungstechniken II:

Wirbelsäule und Diagnostik radikulärer Syndrome

Vorsitz: Dr. Bernhard Fürthauer,

Referenten: Dr. Bernd Pommer und MR Dr. Reinhold Glehr

### DIENSTAG, 19. 1.

8:30–10:00 Sonografie in der Basisversorgung

Vorsitz: Dr. Klaus Bernhart, Referent: Dr. Reinhild Höfler

10:30–12:00 Augenheilkunde beim Allgemeinmediziner

Vorsitz: Dr. Christoph Fürthauer, Referent: Dr. Andreas Bernhart

15:00–16:30 Qualitätszirkel

17:00–19:15 Bauchgerichtete Hypnose

Vorsitz: Dr. Bernhard Panhofer,

Referent: Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser

### MITTWOCH, 20. 1.

8:30–10:00 Andrologie in der Allgemeinpraxis

Vorsitz: Dr. Peter Kowatsch, Referent: Priv.-Doz. Dr. Andreas Berger

10:30–12:00 Spezifische Immuntherapie – die Rolle des Allgemeinmediziners: Symptome, Diagnose, Therapie

Vorsitz: Dr. Siegfried Hartmann,

Referent: Univ.-Prof. Dr. Reinhart Jarisch

15:00–16:30 Qualitätszirkel: Balint-Gruppe

Vorsitz: Dr. Bernhard Panhofer

17:00–19:15 Umgang mit somatoformen Störungen

Vorsitz: Dr. Reinhold Glehr, Referent: Prof. Dr. Antonius Schneider

### DONNERSTAG, 21. 1.

8:30–10:00 Osteoporose

Vorsitz: Dr. Ulrike Preiml, Referent: Prim. Prof. Dr. Günter Höfle

10:30–12:00 Kinder beim Hausarzt

Vorsitz: Dr. Walter Heckenthaler, Referentin: Dr. Susanne Rabady

15:00–16:30 Qualitätszirkel

17:00–19:15 Die Akut- und Langzeittherapie der Schizophrenie

Vorsitz: Dr. Christoph Dachs,

Referent: Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Alex Hofer

### FREITAG, 22. 1.

08:30–10:00 Postmenopausale Therapie, Preventing Overdiagnosis

Vorsitz: Dr. Ursula Doring, Referent: Prim. Dr. Hans Concini

10:30–12:00 Potenziell inadäquate Medikamente (PIM) bei älteren

Menschen in Österreich: eine bundesweite Prävalenzstudie

Vorsitz: Dr. Thomas Jungblut, Referentin: Priv.-Doz. Dr. Eva Mann

15:00–16:30 Qualitätszirkel

17:00–19:15 Alkoholreduktion in der Allgemeinmedizin-Praxis

Vorsitz: Dr. Barbara Hasiba,

Referent: Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek

### SAMSTAG, 23. 1.

8:30–10:00 Gesundes Essen: Im Spannungsfeld zwischen Wunsch und Realität

Vorsitz: Dr. Barbara Degen, Referentin: Priv.-Doz. Dr. Karin Schindler

10:30–12:00 Fasten: Gesundheitlicher Benefit oder Gefahr –

eine spannende Annäherung

Vorsitz: Dr. Herbert Bachler, Referent: Dr. Christoph Dachs

15:00–16:30 Qualitätszirkel

17:00–19:15 Von der bariatrischen zur metabolischen Chirurgie:

chirurgische Behandlung des Diabetes mellitus

Vorsitz: Dr. Thomas Horvatits,

Referent: Univ.-Doz. Dr. Gerhard Prager