

Präsidentenbrief

Geschätzte Kolleginnen, geschätzte Kollegen!

Während der letzten Wochen, als Teilnehmer an verschiedenen Veranstaltungen, als Leser unserer Ärztemedien, bin ich ihm wieder intensiv begegnet und immer noch vermag er mich zu erschrecken: Der Geist, der ELGA umweht.

„Die Erstberatung der Patienten findet in der Apotheke statt, das ist ein Faktum“ verkündet wo immer es möglich ist Mag. pharm. Heinrich Burggasser, Präsident der Österreichischen Apothekerkammer; und auf die normative Kraft des Faktischen baut der Herr Magister gern. Er verweist auf mehrere Millionen „Patientenkontakte“ pro Jahr in Österreichs Apotheken. Realistischer wäre es auf mehrere Millionen Euro zu verweisen, mit denen die Pensionskasse der Österreichischen Apothekerkammer die Software für die e-medikation bei Siemens bezahlt hat. Nur das macht Österreichs Pharmazeuten derzeit zu einer unentbehrlichen Kraft, um Seite an Seite mit der ARGE ELGA die erste Säule der Elektronischen Gesundheitsakte zu errichten.

Für Patientenberatung fehlt den Magistrae und Magistri einiges. Ein Sprechzimmer zum Beispiel, nicht zu vergessen ein Studium, eine Haftpflichtversicherung um die Ratsuchenden im Falle eines Schadens durch Fehlberatung entschädigen zu können, oder haben sie die „Narrenfreiheit“ des Laien? Eine Konzession kann man kaufen, eine Kompetenz nicht.

Schon in der Mitte des letzten Jahrhunderts veröffentlichte Univ.-Prof. Dr. Robert Braun seine berufstheoretischen Arbeiten zur Allgemeinmedizin. Als deren ureigene Kompetenz beschreibt er die Fähigkeit sechs bis zehn Patienten pro Stunde umsichtig beraten zu können, mit dem Ziel mögliche gefährliche Verläufe ihrer Gesundheitsstörungen zu bedenken und frühzeitig zu erkennen, um sie abzuwenden. Diese Kompetenz hat kein Facharzt, welchen Faches auch immer, Apotheker kommen in diesem Zusammenhang in Brauns Schriften nicht vor.

Aus der Vielzahl der an die niedergelassenen Allgemeinmediziner herangetragenen banalen Erkrankungen zu schließen, dass deren Tagesarbeit banal wäre, ist der Fehler

der Ahnungslosen und auch hier steht Mag. Burggasser eng an der Seite der Gesundheitsreformer.

Diese Sichtweise macht einen bereit tief beeindruckt zu sein. Beispielsweise von der Möglichkeit Patienten, die an Herzinsuffizienz leiden, mittels ihres Mobiltelefon zu betreuen. Beim e-health-meeting Ende September wurde darüber in extenso referiert. Die täglich einzugebenden Puls und Gewichtsdaten werden über das Mobiltelefonetz an einen kardiologischen Spezialisten gesendet. Steigen einer oder beide Werte entsprechend an, wird der Patient über SMS oder Anruf aufgefordert die Diuretikadosis zu erhöhen. So einfach lassen sich zweistellige Prozentmengen an Hospitalisierung einsparen. Geht die Rechnung nicht auf, wird der fernüberwachte Patient aufgefordert sich in stationäre Betreuung einer Kardiologie zu begeben, denn „etwas anderes als diese Einweisung könnte der Hausarzt auch nicht veranlassen“ lässt uns treuherzig der vortragende Fernmeldetechniker wissen. Das gleiche System funktioniere auch bei der Betreuung von Diabetikern und Bluthochdruckpatienten.

Wir betreuen alle an Herzinsuffizienz leidende. Wir kennen das Problem des quälend niedrigen Blutdrucks und der Muskelkrämpfe, die gegen Atemnot und Ödeme einzutauschen sind. Wir kennen auch die Gefahr der Elektrolytentgleisung und vor allem anderen kennen wir die zunehmende Ahnung der Betroffenen, dass es nicht ewig so weitergehen kann. Die Intervalle zwischen den stationären Aufenthalten werden immer kürzer, die Behandlungserfolge immer armseliger, die menschlich ärztliche Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen immer wichtiger. Natürlich wäre auch dieses Problem mit moderner Technologie lösbar. Wer sagt denn, dass die Mobiltelefonsignale, wenn es so weit ist, nicht auch an die Kummernummer geleitet werden können. Ein schaurig mechanistisches Menschenbild lässt es zu, Fernwartung für eine Behandlungsoption zu halten.

Topfite Menschen, die fallweise ansprechende Angebote modern ausgestatteter Gesundheitsdienstleistungsanbieter konsumieren, wenn sie sich vor einer Fernreise impfen lassen - beispielsweise, stellen Regeln für den Umgang mit Leidenden



Dr. Christian Euler

auf. Dass Selbstmanagement durch Angst und Erschöpfung seine Grenzen hat, können sie sich nicht vorstellen. Der Patient der Zukunft organisiert sich selbst, er braucht keinen Vertrauensarzt, er vertraut nur darauf, was ihm durch das informative ELGA-PatientenInformationsportal vermittelt wurde. Das Paradigma von der besonderen Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen! Hausarzt nicht mehr nötig. So ist das gemeint. Einmal mehr bekräftigt diese Ansicht Sektionschef Dr. Clemens Auer, das Reformhirn des Gesundheitsministeriums.

Es kommt nur uns, den alternden Hausärzten so vor, dass sich die Elektronik zwischen die Menschen drängt. Es ist doch durchaus normal, dass selbst zwei Liebende nebeneinander sitzen und jeder mit seinem smartphone kommuniziert. Solche Menschen stoßen sich auch nicht daran, dass der Arzt sie nicht ansieht, sondern seine Aufmerksamkeit auf den Bildschirm mit den Gesundheitsdaten richtet.

Hätten wir nicht an jedem Arbeitstag persönliche Begegnungen mit unseren Patienten, müssten wir nicht täglich erklären und übersetzen, was in modernen Behandlungseinrichtungen Informationspflicht erfüllend ausgehändigt wurde, erlebten wir nicht täglich den Leidensverstärker Sprachlosigkeit, vielleicht wären auch wir beeindruckt von so teurem und hochtechnisierten Fortschritt. So aber scheint er uns ein Schritt fort vom Menschen, hin zur Krankheitsverwaltung zu sein. Diesen Schritt werden wir nicht mitgehen, auch auf die Gefahr hin, dass uns die innovative Gesundheitsreform zurücklässt. Zurückgelassen werden wir uns finden, wo wir hingehören, bei den Patienten. Auch sie werden schon lange nicht mehr auf die Reise mitgenommen.

Dr. Christian Euler, Fax: 02685/607774
E-Mail: ch.euler@aon.at

Wichtige Gesundheitsdienstleister in großer Gefahr

ARGE Landmedizin setzt sich in Oberösterreich für den Erhalt der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum ein

von Michael Dihlmann

Zum ersten Jahrestag der ARGE Landmedizin fand am ersten Oktoberwochenende 2010 in Hinterstoder ein Kongress zum Thema „Der Landarzt als Mediziner, Vertrauensperson und Unternehmer“ statt. Über hundert Teilnehmer nutzten die Gelegenheit sich mit Kollegen, Referenten und der Industrie zum Thema „Medizinische Versorgung im ländlichen Raum“ auszutauschen. Neben zahlreichen Vorträgen rund um Medizin und Wirtschaft fand vor allem die Podiumsdiskussion „Zukunft der ärztlichen Versorgung am Land“ großen Anklang beim Publikum.



Vertreter der NÖ Ärztekammer: Fortbildungsreferentin Dr. Martina Hasenhündl-Gaiswinkler, Medikamentenreferent Dr. Wolfgang Geppert, Pressesprecher Michael Dihlmann und Hausapothekenreferent Dr. Gerhard Imb.

Moderiert von Martin Rümmele befanden sich Dr. Holger Grassner, Landarzt in Hinterstoder und Sprecher der ARGE Landmedizin, Mag. Stefan Vlasich, Generaldirektor der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft, Dr. Peter Niedermoser, Präsident der OÖ Ärztekammer, Dr. Julia Baumgartner, Verein junger Allgemeinmediziner Österreichs, Dr. Christian Dörfel, Bürgermeister und Landtagsabgeordneter sowie Dr. Oswald Schubert, ärztlicher Direktor des LKH Kirchdorf auf dem Podium.

Menschen wollen in ihrer gewohnten Umgebung alt werden

Hausherr Dr. Grassner berichtete von seinen Erfahrungen mit der Lehrpraxis, die er ohne Förderung für unfinanzierbar hält. Er kritisierte die Haltung der Politik, wonach immer die Stärkung der hausärztlichen Versorgung gepredigt werde, aber in der Praxis eine Ausdünnung der medizinischen Versorgung gerade am Land unmittelbar vor der Tür steht: „Wenn die Politik die Landflucht der Bevölkerung in Bezug auf die medizinische Versorgung eindämmen will, muss sie Geld in die Hand nehmen. Menschen wandern ab, wenn die medizinische Versorgung wegbricht. Menschen wandern auch nicht dahin zu, wo es keine medizinische Versorgung gibt. Es gibt viele ältere Patienten, die ihren Lebensabend auf dem Land bzw. in ihrer gewohnten Umgebung verbringen wollen. Also dort, wo sie Zeit Ihres Lebens gelebt haben. Dort müssen wir dafür sorgen, dass die bestehende medizinische Infrastruktur am Leben bleibt.“

Eine Teilnehmerin äußerte sich über den Diskussionsverlauf: „Es schockiert mich, wie Politiker, Vertreter der Ärztekammer und Vertreter der Sozialversicherung ein Bekenntnis für den Praktischen Arzt ablegen und wie wenig dafür getan wird. Ich kann das nicht mehr

hören. Ich selbst hatte eine Lehrpraxis, kann aber diese Lehrpraxis nicht mehr führen. Obwohl ich sie selbst finanzieren würde, finde ich keine Ärzte, die sich für diese Form der Ausbildung auf dem Land interessieren. Das liegt offenbar an den Rahmenbedingungen für die Arbeit als Ärztin oder Arzt in unserem öffentlichen Gesundheitssystem. Diese Diskussion hier ist aus meiner Sicht an Scheinheiligkeit nicht zu überbieten, ich finde das furchtbar.“

Das Apothekengesetz ist unbrauchbar

Auch die Vertreter der NÖ Ärztekammer konnten im Rahmen der Diskussion ihre Argumente einbringen. Dr. Wolfgang Geppert äußerte ebenfalls seinen Unmut über die Missachtung der Vorschläge der Gesundheitsökonomien, die unisono eine Reduktion der Spitalsbetten und -kapazitäten und einen Ausbau der Versorgung im niedergelassenen Bereich als ökonomisches Gebot der Stunde sehen.

Vordringliches Problem aus seiner Sicht ist jedoch die Hausapothekensituation: „Das Apothekengesetz, vor allem die Novelle 2006 ist unbrauchbar. Wir haben alleine seit Juni 2010 vier ärztliche Hausapotheken verloren. Alle diese Stellen sind bei Praxisübergabe nur mehr sehr schwer zu besetzen. Wir warten seit 30 Jahren auf eine Aufwertung des Hausarztes. Mit einer kleinen Gesetzesänderung ließe sich schon in Bezug auf die Nachfolgeproblematik eine große Wirkung erreichen.“

Aktionen zur Rettung der Landmedizin auf Bundesebene gefordert

Laut NÖ Ärztekammer sind rund 100 ärztliche Hausapotheken durch die derzeitige Gesetzeslage mittelfristig vom Aussterben bedroht. Beim Großteil dieser Hausapotheken handelt es sich um Ordinationen, die zwar im laufenden Betrieb geschützt sind, aber bei Übergabe an einen Nachfolger, beispielsweise im Falle der Pensionierung geschlossen werden müssen.

Weil ein Abstand von sechs Kilometern zur nächsten öffentlichen Apotheke unterschritten wird. Da es sich bei den betroffenen Ordinationen zumeist um sehr kleine →

Ordinationen handelt, könnte mangelnde Rentabilität dazu führen, dass sich Stellen nicht mehr besetzen lassen.

Dr. Geppert, sichtlich enttäuscht vom Unwissen des Präsidenten der OÖ Ärztekammer über die Hausapothekenproblematik in seinem Bundesland, rief die Vertreter der anderen Bundesländer auf, alle verfügbaren Kräfte zu mobilisieren und ähnliche Aktionen

zur Rettung der Landmedizin zu starten, wie sie derzeit in Niederösterreich anlaufen: „Wir müssen verstärkt die Bevölkerung und die Bürgermeister einsetzen. Diese wissen teilweise noch nicht einmal vom Schicksal, das auch ihrer Gemeinde einmal widerfahren wird. Nur der Druck über die Bevölkerung gibt uns die Chance, die gesetzliche Situation zu ändern.“

Apothekengesetz in Deutschland treibt seltsame Blüten

Kleinapotheken sterben aus, weite Landstriche sind dann unversorgt. Ähnliches oder sogar noch Schlimmeres könnte in Österreich drohen!

von Christoph Reisner

In Deutschland gibt es mittlerweile mehr Apothekenschließungen als Neueröffnungen. Bereits etwa 700.000 Bundesbürger müssen zwischen fünf und 16 Kilometer bis zur nächsten öffentlichen Apotheke fahren, um ihre Medikamente zu bekommen. Ich sehe durch unsere Apothekengesetzgebung ein ähnliches Szenario auf Niederösterreich zukommen. Der Wegfall von unzähligen ärztlichen Hausapotheken - ohne dass neue öffentliche Apotheken entstehen - wird in weiten Teilen für eine Verschlechterung der Versorgung mit rezeptpflichtigen Medikamenten führen.

Bemerkenswert ist der Lösungsansatz, der in Deutschland eingeführt wurde. Der Patient besucht so genannte CoBoxen, in denen er eine Verbindung mit dem Apotheker herstellt und sein Rezept übermittelt. Das Medikament wird ihm dann am Folgetag überliefert. Der Patient bekommt so nach grotesken Umwegen und einem enormen technischen Mehraufwand um einen Tag verspätet sein dringend benötigtes Medikament, und zwar exakt auf Anweisung des behandelnden Arztes. Genau das hätte er schon unmittelbar beim Arzt bekommen können, wo das Medikament auf den Patienten abgestimmt wurde und wo der Patient über Verhaltensregeln, Neben- und Wechselwirkungen aufgeklärt wurde. Wer als Unbeteiligter diesen so genannten „Fortschritt“ beurteilen muss, kann eigentlich nur darauf kommen, dass es sich um einen Witz oder einen Schildbürgerstreich handeln muss.

Durch Kleinapotheken wird die ärztliche Versorgung am Land gefährdet

Zum Lachen sollte uns in diesem Zusammenhang jedoch nicht zumute sein. Aus Deutschland hören wir, das Kleinapotheken zusperrten, weil sie sich nicht rechnen. In Österreich gestattet das Gesetz einen Wildwuchs von neuen Kleinapotheken, die „strategisch“ so aufgestellt werden, dass sie zwar der Bevölkerung keinen Nutzen bringen, aber ärztliche Hausapotheken dadurch geschlossen werden müssen.

Der Dachverband der Österreichischen Ärztsteuerberater hat unlängst Zahlen veröffentlicht, wonach bei zwei Dritteln aller zu schließenden Hausapotheken auch der Fortbestand der dazugehörigen Arztpraxis akut gefährdet ist. Das bedeutet, dass durch neue Kleinapotheken die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten zum Aussterben verurteilt ist. Wenn diese Apotheker dann feststellen, dass sich der Apothekenbetrieb am Land doch nicht rechnet und sie dann zusperrten müssen, ist die Bevölkerung aus medizinischer Sicht komplett versorgungslos. Weil es dann auch keine Ärztinnen und Ärzte mehr gibt, gibt bis zu diesem Zeitpunkt der Apothekeneröffnung die medizinische Versorgung gewährleistet haben.

Politik muss Missstände beseitigen

Aus meiner Sicht ist es daher dringend notwendig, dass die einschlägigen Gesetze dringend in Bezug auf ihre medizinische Sinnhaftigkeit und auch in Bezug auf das Ökonomiegebot überarbeitet werden. In kaum einem Gesetz erkennt man so viele sinnentleerte Details wie im Apothekengesetz. Die dann auch regelmäßig dazu führen, dass man sich auf österrei-



Dr. Christoph Reisner

chische Art mit dem Gesetz arrangiert und grenzlegale oder illegale Ausweichlösungen praktiziert und duldet.

Dies ist jedoch aus meiner Sicht nicht der richtige Weg. Gesetze müssen auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger abgestimmt sein und nicht dem Diktat irgendwelcher Interessenvertretungen folgen. Und die Gesetze müssen selbstverständlich eingehalten werden. Für mich ist es absehbar, dass durch die aktuelle Apothekengesetzgebung möglicherweise hunderttausende Bürgerinnen und Bürger in Niederösterreich in naher Zukunft ohne wohnortnahe ärztliche Versorgung dastehen. Ich erwarte daher von der Politik, dass sie solche Missstände erkennt, ernst nimmt und notwendige Gesetzesänderungen in die Wege leitet.

Dr. Christoph Reisner, Präsident der NÖ Ärztekammer, www.wahlarzt.at

Ärztliche Nahversorgung vor dem Aus?

Wenn keine rasche Einsicht der Politik kommt, muss das zumindest für Niederösterreich befürchtet werden

von Michal Dihlmann

In Niederösterreich werden 55 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte im Laufe der kommenden zehn Jahre in Pension gehen. Dadurch wird es demnächst zu einem gewaltigen Generationenwechsel im Bereich der Allgemeinmedizin kommen. Doch woher sollen die Nachfolger von Kassenstellen kommen? „Die zunehmende Unattraktivität als niedergelassener Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag zu arbeiten, könnte rasch dazu führen, dass sich Stellen nicht mehr besetzen lassen. Die Problematik der ärztlichen Hausapotheken wird diesen Umstand sicherlich noch verschärfen“, so Dr. Christoph Reisner, Präsident der NÖ Ärztekammer.



Michael Dihlmann



Die Podiumsteilnehmer von links nach rechts: Rabensteiner Bgm. Ing. Wittmann, NÖ Landtagspräsident Ing. Penz, NÖ Ärztekammerpräsident Dr. Reisner, Medikamentenreferent NÖ Ärztekammer Dr. Geppert, Moderatorin Mag. Tanner.

Die Zukunft der ärztlichen Nahversorgung unter diesem Aspekt war Gegenstand einer Diskussionsrunde in Rabenstein an der Pielach, veranstaltet durch NÖ Ärztekammer in Kooperation mit dem Forum Land (einer Initiative des NÖ Bauernbundes) sowie der Marktgemeinde Rabenstein selbst. „Rabenstein ist eine der zahlreichen Gemeinden, die aufgrund der bestehenden Gesetzgebung bei Übergabe der Kassenplanstelle an einen Nachfolger die ärztliche Hausapothek verliert. Mit allen negativen Konsequenzen für die Bevölkerung“, so Präsident Dr. Reisner.

Politik schiebt Verantwortung gerne auf andere ab

250 Bürgerinnen und Bürger sind der Einladung gefolgt, sich die Situation vor Ort und die Konsequenzen für die ärztliche Nahversorgung darstellen zu lassen. Auch zahlreiche Bürgermeister von anderen betroffenen Gemeinden waren anwesend.

„Von den in Niederösterreich etwa 100 Standorten mit mittelfristig gefährdeten ärztlichen Apotheken ist bei etwa 60 Stück realistisch damit zu rechnen, dass durch den Wegfall dieser Hausapotheken mit allen Konsequenzen auch keinerlei wirtschaftliches Interesse mehr für einen potenziellen Übernehmer an der Planstelle vorhanden ist“, so Dr. Wolfgang Geppert, Medikamentenreferent der NÖ Ärztekammer. „Diese Stellen lassen sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr besetzen“, so Dr. Geppert.

Er beklagte sich vehement über die Ignoranz vieler politischer Mandatäre, die wie in zahlreichen Bereichen auch, die Verantwortung gerne auf andere schieben: „Wir brauchen unsere Standpunkte und Lösungsvorschläge nicht zu verstecken. Die übliche Ausrede, Apothekengesetzgebung sei Bundessache, kann ich schon nicht mehr hören. Auch die Landespolitik muss in dieser Angelegenheit in die Pflicht genommen werden. Zusätzlich ist über die betroffene Bevölkerung der notwendige Druck aufzubauen. Die Frequenzen der Spitalsambulanzen explodieren, nicht weil wir Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung zu faul sind, sondern →



weil wir Landärzte über Jahrzehnte zu Einzelkämpfern verdammt worden sind, während in Spitalsambulanzen Teamarbeit seit jeher Gang und Gebe ist. Unabhängig davon werden Kassenordinationen von der Gesundheitsbürokratie derzeit nahezu erdrückt“, machte Dr. Geppert seinem Unmut Luft.

Was macht der Rettungsdienst ohne ärztliche Hausapotheken?

„Wenn wir die wohnortnahe medizinische Versorgung mittelfristig sichern wollen, brauchen wir vor allem Anreize für junge Ärztinnen und Ärzte, sich noch auf dem Land niederzulassen. Dies beginnt bei der Überarbeitung der Apothekengesetzgebung und der Förderung der Lehrpraxen. Woran die Politik jedoch dringend arbeiten muss, ist die Attraktivität der Ausübung des ärztlichen Berufs. Studienplätze im Fach Medizin sind sehr begehrt, aber Kassenverträge könnten sehr rasch nicht mehr begehrt sein“, so Dr. Geppert.

Die Veranstaltung war von heftigen Diskussionen und zahlreichen Fragen und Anmerkungen der anwesenden Bevölkerung geprägt.

Werner Griessler, der Landesrettungskommandant des Arbeiter Samariter Bundes und Obmann der Gruppe Rabenstein kritisierte etwa die Praxis der Spitalsentlassungen: „Man kriegt einen schönen Arztbrief mit der benötigten Medikation. Wir können derzeit den Patienten zum Arzt mit Hausapotheke fahren, dort bekommt dieser alles was er braucht. Wie soll das in Zukunft gehen? Ich darf die Menschen nicht in die Apotheke fahren. Wie gehen wir in Rabenstein in Zukunft mit diesem Problem um?“



Derzeitige Gesetzgebung wird ein Aussterben der ländlichen Regionen zur Folge haben

Präsident Dr. Reisner brachte abschließend die Konsequenzen für die betroffenen Orte und deren Bürgerinnen und Bürger auf den Punkt, wenn eine Hausapotheke in einem Ort wie Rabenstein geschlossen werden muss und sich zusätzlich die ärztliche Stelle



nicht mehr besetzen lässt: „Ein Verlust der ärztlichen Nahversorgung würde die Menschen am härtesten treffen, welche die Versorgung am notwendigsten brauchen. Nämlich junge Familien mit kleinen Kindern, sowie alte und schwer kranke Menschen. Wo sich aufgrund der Rahmenbedingungen keine Ärztinnen und Ärzte mehr niederlassen können, wird die Landflucht der jungen Menschen weiter beschleunigt und die Versorgung der alten und kranken Menschen erschwert. Dies wird am Ende ein Aussterben der ländlichen Regionen zur Folge haben.“



v.l.n.r.: NÖ Landtagspräsident Ing. Penz, Medikamentenreferent NÖ Ärztekammer Dr. Geppert, Rabensteiner Bgm. Ing. Wittmann, Moderatorin Mag. Tanner, NÖ Ärztekammerpräsident Dr. Reisner.



Gespräch zum Diagnosebegriff

Zwischen Christian Euler und MR Dr. Gustav Kamenski

„Ein schlechtes Codierungssystem produziert Pseudodiagnosen.“

Euler: Das Überschätzen der Wichtigkeit unbedingt eine Diagnose stellen zu müssen, macht am Beginn der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts Michael Balint in seinem Buch „Der Arzt sein Patient und die Krankheit“ zum Thema, wenn er sinngemäß darauf hinweist, dass beim Patienten immer noch die Meinung vorherrsche, der Arzt müsse die Krankheit lediglich beim Namen nennen können, um sie auszutreiben. Diese Anspielung auf exorzistische Praktiken belächelt eine irrixe Laienmeinung.

Demgegenüber attackiert Prof. Braun etwa zur gleichen Zeit mit wissenschaftlichen Argumenten die Diagnosegläubigkeit der medizinischen Lehrmeinung und somit das Dogma, man könne nur dann ärztlich tätig werden, wenn einem „die Diagnose“ bekannt sei.

Kamenski: Prof. Braun hat niemals Zweifel daran gelassen, dass es in einem kleinen Prozentsatz (in etwa 10 % aller Beratungsergebnisse) auch im allgemeinmedizinischen Bereich möglich ist, Diagnosen zu stellen. Das trifft beispielsweise für eine Schnittverletzung zu, wo es praktisch keine diagnostische Konkurrenz gibt. Alle anderen Beratungsergebnisse (etwa 90 %) werden als Klassifizierungen bezeichnet. Der Begriff Diagnose beinhaltet, dass eine überzeugende Zuordnung eines Falles zu einem (in der spezialistischen Literatur klar beschriebenen) Krankheitsbegriff möglich ist. Beispielsweise darf nur dann die Diagnose „Influenza“ gestellt werden, wenn ein eindeutiger Virusnachweis oder eine eindeutige Serologie vorliegt.



Auch wenn die Symptome und die epidemiologische Situation das Vorliegen einer Influenza wahrscheinlich machen, würde Braun vom „Bild einer Influenza“ sprechen (sie also klassifizieren). Kein Arzt würde wohl auf die Idee kommen, nicht ärztlich tätig zu werden, nur weil keine Diagnose gestellt, sondern „nur“ klassifiziert wurde!

Euler: In der Braun'schen Berufstheorie für Allgemeinmediziner steht also die Klassifizierung gleichberechtigt neben der Diagnose. Klassifiziert ein Arzt, so hat er bereits eine konkrete Vorstellung vom vorliegenden Problem und kann es deshalb auch benennen, muss aber in Hinblick auf ähnliche Krankheitsbilder und abwendbar gefährliche Verläufe wachsam bleiben. Stellt er eine Diagnose ist diesbezüglich ein guter Teil des Problems gelöst. Er sieht das Stellen von Diagnosen für die Ärzte „der ersten Linie“ auch nicht als Ziel jedes Patientenkontaktes.

Kamenski: Richtig, das Stellen einer Diagnose ist dem Klassifizieren tatsächlich völlig gleichwertig. Der entscheidende Unterschied liegt im Grad der diagnostischen Sicherheit; am Ende einer jeden Beratung steht immer ein Beratungsergebnis (BE), egal ob ich den Patienten als Hausarzt seit Jahren betreue oder ihn nur ein einziges Mal im Wochenenddienst gesehen habe.

Das BE kann eine Klassifizierung (Einzel-Symptom, Symptomgruppe, Bild einer Krankheit) oder eine Diagnose sein (= eindeutige Zuordnung des Krankheitsbildes zu einer in der spezialistischen Literatur beschriebenen und exakt definierten Krankheit) z. B. eine durch eine Pilzkultur gesicherte Onychomykose. Das Stellen von Diagnosen war für Braun gewiss nicht



MR Dr. Gustav Kamenski

das vorrangige Ziel, es spielte für ihn zwar in quantitativer, nicht jedoch in inhaltlicher Hinsicht eine untergeordnete Rolle. Es war für ihn von größter Bedeutung, dass es dem Arzt klar sein muss, was es bedeutet eine Diagnose zu stellen (oder zu glauben, unbedingt eine stellen zu müssen). Dieses Postulat, vor der Einleitung einer Therapie, eine Diagnose stellen zu müssen, wurde von Braun hinterfragt und als unhaltbares Dogma entlarvt, indem er durch seine Fälle-Statistiken bewies, dass in der überragenden Zahl der allgemeinmedizinischen Beratungen klassifiziert und eben keine Diagnose gestellt wurde.

Was vielleicht auf den ersten Blick wie eine akademische Haarspalterei aussehen mag, lässt bei näherer Betrachtung die geradezu existentielle Bedeutung einer solch kritischen Sichtweise für den Patienten (und Arzt) erkennen. Ein erzwungenes „Diagnosestellen“ kann fatale Folgen für den Patienten haben, denkt man beispielsweise nur an die „typische Gallenkolik“, die man angeblich durch die Anamnese und den „klinischen Blick“ ganz leicht „diagnostizieren“ kann und die sich dann hinterher als Herzinfarkt herausstellen mag.

Euler: Du meinst: hat der Arzt die Diagnose hört er auf kritisch zu denken, ist in Gefahr sich in falscher Sicherheit zu wiegen?

Kamenski: Ganz genau, das ist die große Gefahr, die das unkritische Diagnosestellen birgt. Für Braun war deshalb die Schärfung des Diagnosebegriffes ein ganz zentrales Thema, auf das er in seinen Schriften immer wieder zurückkam. Wiederholt forderte er (im Sinne von Karl Popper), dass der Arzt, die Ärztin, immer falsifizieren sollte, gemäß einem seiner Lieblingssätze „es sieht aus wie, aber was ist es wirklich?“

Ein kritisches Klassifizieren (wenn das Ergebnis der Diagnostik eben nicht erlaubt eine Diagnose zu stellen) unter Berücksichtigung der „konkurrierenden Beratungsergebnisse“ und der „Abwendbar gefährlichen Verläufe“, können so das Risiko einer vorschnellen und vielleicht falschen diagnostischen Weichenstellung vermindern, ganz verschwinden wird es nie. →



Euler: Prof. Robert Braun hat für unsere Aufgaben und deren Ergebnisse exakte Benennungen eingefordert und vorgeschlagen. Du hast gerade zwei wesentliche genannt. An ihnen ist für Prof. Braun auch die Qualität unserer Arbeit fassbar.

Kamenski: Vielleicht mag es manchen wundern, warum in der Nomenklatur der Berufstheorie der Begriff „Differentialdiagnosen“ keine Verwendung findet. Vereinfacht gesagt entsprechen ihm die „konkurrierenden Beratungsergebnisse“; für Braun war es nicht einsichtig, von Differentialdiagnosen zu einem Zeitpunkt zu sprechen, zu dem man noch gar keine Diagnose im streng wissenschaftlichen Sinn hat. Auch den Begriff „Differentialdiagnostik“ lehnte er ab, da für ihn im Begriff „Diagnostik“ ohnehin das Differenzieren von Krankheiten enthalten ist.

Der Begriff „Abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV)“ meint im Wesentlichen jene Krankheitsbilder, die in atypischer Form auftreten, oder die ein anderes Krankheitsbild imitieren. Braun betonte immer, dass auch der erfahrenste Arzt stets an die Möglichkeit solcher Verläufe denken sollte und sich nicht darauf verlassen darf, immer lehrbuchhaften Krankheitsverläufen und „typischen“ Krankheitsbildern zu begegnen. Beispiele für AGV's wären etwa eine Meningitis, die anfangs wie ein harmloser „grippaler Infekt“ aussieht, eine Appendizitis, die (das Bild) Gastritis imitiert oder ein Meningeom, das anfangs nur unerklärliche Persönlichkeitsveränderungen hervorruft.

Gerade für die häufigsten Beratungsergebnisse der Allgemeinpraxis stellt die spezialistische Medizin keine brauchbaren Benennungen zur Verfügung. Denken wir nur an das, was Braun als „Uncharakteristisches Fieber“ bezeichnete. Der eine mag in diesem Fall von einer Grippe, der andere von einer fieberhaften Verköhlung, der Dritte von einem febrilen Infekt der oberen Atemwege sprechen. In Wirklichkeit handelt es sich um eine Gruppe von Symptomen, eine (kasographisch definierte) Entität mit überwiegend gutartiger Prognose.

Um seine Fälle-Statistiken über die Jahre untereinander und auch mit anderen vergleichbar zu machen und um valide Statistiken überhaupt zu ermöglichen, hat Braun neben dem oben genannten „Uncharakteristisches Fieber“ anfangs alleine und später mit anderen (Danninger, Landolt-Theus) über 300 regelmäßig häufige Beratungsergebnisse definiert und somit zu einer Verwissenschaftlichung der Allgemeinmedizin beigetragen. Denn erst durch solche Definitionen wird die Arbeit in verschiedenen Praxen vergleichbar und es wird ermöglicht zu überprüfen, ob z. B. das Fälle-Verteilungsgesetz wirklich in allen Praxen Gültigkeit hat, oder ob es z. B. im langjährigen Trend Änderungen im Spektrum unserer Beratungsergebnisse gibt.

In der „Kasographie“, einem Kompendium spezifisch allgemeinmedizinischer Beratungsergebnisse in Buchform, werden jene von der spezialistischen Medizin und internationalen Klassifikationssystemen vernachlässigten Beratungsergebnisse erstmals genau definiert und nicht nur lapidar als „andernorts nicht klassifizierbar“ bezeichnet.

Euler: Stichwort „Codierung“, bekanntlich ein Reizwort für viele von uns. Findest Du in dieser Forderung der Gesundheitsreformer den Braun'schen Gedanken bezüglich Vergleichbarkeit, Vereinheitlichung der Nomenklatur, Verwissenschaftlichung unserer Arbeit wieder, oder ist das ein Missverständnis?

Kamenski: Ich vermute, dass die Gesundheitsreformer sich mit der Braun'schen Berufstheorie nie wirklich auseinandergesetzt haben. Ein Codieren um des Codierens willen, nur um Daten für Krankenkassen und Gesundheitsreformer zu liefern und ohne die Validität der Dateneingabe an der ersten ärztlichen Linie zu überprüfen, wurde von Braun immer abgelehnt. Jedoch lassen sich heutzutage weder auf internationaler noch auf nationaler Ebene Codierungssysteme aufhalten, zu viele Interessensgruppen treiben ihre Implementierung voran. Die wissenschaftliche All-

gemeinmedizin muss daher verhindern, dass unbrauchbare Codierungssysteme kommen, die am grünen Tisch entwickelt und nicht auf die Bedürfnisse des Allgemeinmediziners abgestimmt wurden.

In erster Linie soll ein Klassifikations/Codierungssystem die Arbeit des Arztes an der ersten diagnostischen Linie erleichtern und ihn schon während der Formulierung des Beratungsergebnisses auf mögliche konkurrierende Beratungsergebnisse und abwendbar gefährliche Verläufe hinweisen. Es steht außer Zweifel, dass eine vernünftige Codierung (mittels Kasographie) unsere, aber auch die Sicherheit des Patienten, erhöht und erklärt, warum im Einzelfall (auch teure) Untersuchungen auf Grund des Beratungsergebnisses notwendig werden können.

Euler: Was ich noch gerne erwähnt hätte, dass auch in Fachordinationen, Ambulanzen und Krankenhaus-Abteilungen in Wirklichkeit oft keine Diagnosen gestellt werden, ich habe gelesen, dass Braun das untersucht hat. Wenn ich Dich richtig verstanden habe produziert ein schlechtes Codierungssystem Pseudodiagnosen.

Kamenski: Eine Pseudodiagnose stellt gewissermaßen eine Fälschung und damit eine Verzerrung der tatsächlichen diagnostischen Situation bei unserer Praxisarbeit dar, und das gleich in mehrfacher Hinsicht. In erster Linie betreibt man Selbsttäuschung mit der Gefahr den Fall vorzeitig und ohne diagnostische Sicherheit abgeschlossen zu haben und auf das so wichtige „Abwartende Offenlassen“ in geteilter Verantwortung mit dem Patienten zu verzichten. Aber auch dem Patienten wird der Eindruck einer diagnostischen Gewissheit und Klarheit vermittelt, die sich nicht auf einen kritischen und falsifizierenden diagnostischen Prozess stützt. Darüber hinaus wird dem Krankenversicherungsträger bei der Abrechnung der Eindruck vermittelt, dass man ohne großen Aufwand immer zu einer Diagnose und damit zu einer hundertprozentigen diagnostischen Sicherheit gelangen kann, die keine Zweifel offen lässt.

Sollten mit Pseudodiagnosen jene Diagnosen gemeint sein, die als Krankenkassendiagnosen oder Abrechnungsdiaognosen den Zweck haben, abgerechnete Leistungen zu legitimieren, so hat sich Prof. Braun sehr wohl Gedanken darüber gemacht. Er kritisierte vor allem ihre Wertlosigkeit für wissenschaftlich seriöse Statistiken aus der Allgemeinpraxis und wollte mit den genau definierten Begriffen der Kasographie einen Ausweg aus diesem Dilemma aufzeigen. Denn auch die Krankenkassen würden dann verstehen, dass z. B. beim kasographischen Begriff „uncharakteristischer Präkordialschmerz“ nicht nur an die wahrscheinlichere muskulo-skeletale Ursache gedacht werden darf, sondern dass der Allgemeinarzt vor allem den Herzinfarkt als AGV ausschließen und die entsprechende Diagnostik einleiten muss.

Euler: Lässt sich aus der Braun'schen Berufstheorie die Frage beantworten ob ein diagnosegebundenes Fallpauschale zu rechtfertigen ist.

Kamenski: Zu dieser Frage hat sich Braun, soviel ich weiß, nicht geäußert, vielleicht wurde sie ihm aber auch nie gestellt. Ich kann seine Meinung dazu nur vermuten. Für ihn war klar, dass eine optimale Versorgung aller Bevölkerungsschichten im Sinne der allgemeinen Gesundheit es nicht erlaubte, in jedem Einzelfall alle verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Mittel einzusetzen. Wäre das möglich, dann könnte die Allgemeinmedizin sofort zu Gunsten eines rein spe-





zialistischen Vorgehens abgeschafft werden, bei dem ein jeder Fall bis zum diagnostischen Maximum durch untersucht wird. Es ist klar, dass kein Gesundheitssystem der Welt sich ein solches Vorgehen auf Dauer leisten kann. Aus dieser Sichtweise lässt sich aber meines Erachtens kein Fallpauschale ableiten, denn gerade Braun war es, der betonte, dass sich der Allgemeinarzt nicht auf die große Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer banalen Gesundheitsstörung verlassen dürfe, sondern immer an die abwendbar gefährlichen Verläufe denken müsse. Gerade darin bestehe ein wesentlicher Teil seiner Existenzberechtigung. Persönlich glaube ich nicht, dass ein Fallpauschale dazu dient die Qualität unseres täglichen Handelns und die Motivation für unsere Arbeit zu erhöhen. Im Einzelfall, und jeder unserer Patientenkontakte ist in Wirklichkeit ein solcher, ist der diagnostische Aufwand oft nicht abzuschätzen und sollte nicht in pauschalierter Form vergütet werden.

Euler: Kurz ein Hinweisen auf die Aktualität der Braun'schen Forschung und Weitsicht.

Kamenski: Die Ergebnisse der berufstheoretischen Forschung Prof. Brauns haben nichts an Aktualität eingebüßt, da sich die grundlegenden

Probleme der Diagnostik, des Risikomanagements und der Patientensicherheit an der ersten ärztlichen Linie nicht geändert haben und schon immer einer eigenen allgemeinmedizinischen Begrifflichkeit bedurften. Für Braun übernimmt die Allgemeinmedizin eine unersetzliche Funktion als Garant der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und steht und fällt mit einem dichten Netz von Allgemeinärzten, die in kurzer Zeit vernünftig beraten. Diese Aufgabe kann von keiner spezialistischen Disziplin erfüllt werden und macht die Allgemeinmedizin trotz aller Kassandrarufer auch in Zukunft unersetzlich, denn Braun war immer überzeugt, dass es „an der ersten Linie nichts gibt, das einer gekonnten Allgemeinmedizin überlegen wäre“.

Euler: Lieber Gustav. Ich hoffe Dich nicht überstrapaziert zu haben, bin aber sicher, dass alle, die durch diese Beiträge vielleicht zum ersten Mal Konkretes von Prof. Braun hören die Ausführlichkeit unseres Gespräches schätzen. Ich danke Dir für Deine Zeit.

Literatur u. a.: Prof. Dr. Rober Braun,
Lehrbuch der Allgemeinmedizin in den Auflagen 1970 und 2007
sowie die Kasuographie, erschienen 2010.

MR. Dr. Gustav Kamenski, geboren 1954, ist seit 1982 niedergelassener Allgemeinarzt in einer Landpraxis im östlichen Niederösterreich. Den ersten Kontakt zu Prof. Robert N. Braun hatte er 1981 in dessen Lehrpraxis in Brunn an der Wild. Seit 1990 unterrichtet Kamenski auch als externer Lektor an der Medizinischen Universität Wien und ist auch wissenschaftlich tätig.

Seit 2005 ist er Leiter des *Karl Landsteiner Institutes für Systematik in der Allgemeinmedizin*, das in Zusammenarbeit mit MR. Dr. W. Fink die Intentionen des 1976 von R N. Braun gegründeten NÖ Institutes für Allgemeinmedizin weiterverfolgt. Seit 2007 ist er Mitglied des *WONCA International Classification Committees (WICC)*, einer internationalen Arbeitsgruppe, die sich mit Fragen der Klassifizierung im primärärztlichen Bereich beschäftigt. Dr. Kamenski ist Präsident der NÖGAM, Kongresspräsident des WONKA Europe Kongress Wien 2012. Universitäre Lehrpraxis, Lehrpraxis zum Arzt für Allgemeinmedizin.

Ökonomiekontrolle an Hand von Durchschnittswerten?

von Markus Lechner

Kassenvertragsärzten sind jene Auswertungen bekannt, die Sozialversicherungsträger in regelmäßigen Abständen verschicken und denen jeder einzelne Kassenvertragsarzt entnehmen kann, wie weit er vom „Durchschnittskassenarzt“ seines Bundeslandes in Bereichen wie Kosten pro Patient oder Medikamentenkosten abweicht (nach oben oder nach unten).

Immer wieder sehen sich Kassenärzte aber bei Durchschnittswertüberschreitungen auch mit Vorwürfen durch Sozialversicherungsträger bis hin zu Androhungen von Vertragskündigungen konfrontiert. Die Sozialversicherungsträger übersehen dabei aber die Judikatur des Verfassungsgerichtshofes, der derartige Durchschnittswertbetrachtungen nur unter eingeschränkten Voraussetzungen für zulässig erachtet.

In seiner richtungweisenden Entscheidung VfSlg 13874/1994 vom 28.9.1994 sprach der Verfassungsgerichtshof aus, dass eine ausschließliche Gegenüberstellung der Honorarverrechnungen des mit Rückforderungen konfrontierten Vertragsarztes mit der durchschnittlichen Höhe der Honorarverrechnungen anderer Vertragsärzte unzulässig sei. Dadurch werde nur ganz allgemein ein Verstoß gegen das Ökonomiegebot, nämlich dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig, das Maß des Notwendigen hingegen nicht überschreitend sein dürfe, behauptet, ohne dass im Einzelfall überprüfbar wäre, ob tatsächlich „überarztet“ wurde oder nicht.

Der Verfassungsgerichtshof sprach weiter aus, dass dies nicht bedeute, dass zwangsläufig jeder einzelne Behandlungsfall überprüft werden müsse. Es würden repräsentative Stichproben genügen. Stelle sich dann heraus, dass das Ökonomiegebot verletzt worden sei, könne der Rückforderungsbetrag hochgerechnet werden, wenn die Höhe des Rückforderungsbetrages nur mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten ermittelt werden könne. Dann könne auch auf Durchschnittswerte zurückgegriffen werden.

In einer späteren Entscheidung schränkte der Verfassungsgerichtshof diese Judikatur noch ein: Nach dem Gesamtvertrag bestünden wechselseitige Mitwirkungspflichten. So sei der Vertragsarzt verhalten, Sozialversicherungsträger über Ersuchen aufzuklären, welche Leistungen er an welchem Patienten aus welchen medizinischen Gründen erbracht habe. Auch sei der Vertragsarzt verpflichtet, an amikalen Aussprachen, Schlichtungsausschuss- und Schiedsstellenverhandlungen teilzunehmen und dort über die medizinische Notwendigkeit der von ihm erbrachten Leistungen aufzuklären. Käme ein Vertragsarzt dieser Verpflichtung nicht nach, trete eine Beweislastumkehr zu Lasten des Vertragsarztes ein. Stehen demnach Durchschnittswertüberschreitungen fest, müsse der Vertragsarzt beweisen, dass er nicht „überarztet“ habe (VfSlg 16640 vom 30.9.2002).

Vertragsärzte, die Durchschnittswerte überschreiten, werden von Sozialversicherungsträgern zunächst zu amikalen Aussprachen gebeten und dort mit den angeblichen Fehlverrechnungen konfrontiert. Dass nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes Durchschnittswertbetrachtungen nur unter den beschriebenen Voraussetzungen zulässig sind und auf die Behandlung jedes einzelnen Patienten abzustellen ist, wird freilich selten beachtet.

Ärzte berichten auch davon, dass ihnen anlässlich solcher „amikaler“ Aussprachen sogar die Kündigung des kurativen Einzelvertrages angedroht worden sei, sollten vom Sozialversicherungsträger errechnete Honorarkürzungen nicht akzeptiert oder



Mag. Markus Lechner

ein bestimmtes Abrechnungsverhalten nicht geändert werden, was auf viele Vertragsärzte entsprechenden Druck ausübt. Selbstverständlich ist die Ausübung übermäßigen Druckes auf den Vertragspartner unzulässig, und wären unter Druck und Zwang abgegebene Erklärungen eines Vertragsarztes (z. B. Akzeptieren eines Honorarabzuges) nach allgemeinen Grundsätzen nachträglich anfechtbar.

Nicht nur sitzt der Vertragsarzt dem Chefarzt und allenfalls weiteren Vertrauens(fach)ärzten des Sozialversicherungsträgers gegenüber, sondern nehmen auch Juristen oder zumindest in Vertragspartnerangelegenheiten juristisch geschulte Mitarbeiter des Sozialversicherungsträgers an amikalen Aussprachen teil. Der Vertragsarzt ist zwar in der Lage, in medizinischen Angelegenheiten seinen Standpunkt zu vertreten; schwierig wird es allerdings, wenn juristisch diffizile Probleme des Vertragspartnerrechts (z. B. Auslegung des Gesamtvertrages, der Honorarordnung) zu argumentieren sind.

Jeder Vertragsarzt ist daher gut beraten, an amikalen Aussprachen teilzunehmen. Es ist zudem dringend zu empfehlen, dass den Vertragsarzt dabei sofort auch ein im Vertragspartnerrecht versierter Jurist unterstützt.

Mag. Markus Lechner, NÖ Ärzteanwaltschaft, Rechtsanwalt, 6911 Lochau, Althaus 10, Telefon: 05574/53788, Fax: 05574/53789, Handy: 0664/1534383, e-mail: lechnermarkus@aon.at, www.rechtsanwalt-lechner.at