



Foto: BilderBox.com

Wirtschaftlichkeit für Hausärzte

Ohne Förderung keine Lehrpraxen

WIEN – Der heuer in Kraft getretene Kollektivvertrag für Lehrpraktikanten hat zu vielen Fragen aus betriebswirtschaftlicher und steuerlicher Sicht geführt. Viele Praxisinhaber sind sich nicht sicher, ob sie sich einen Lehrpraktikanten noch leisten können.

Die MEDTAX-Steuerberater-Gruppe hat nun ein Bewertungsmodell für Ordinationsinhaber entwickelt, mit dessen Hilfe die Anstellung eines Lehrpraktikanten aus wirtschaftlicher Sicht beurteilt werden kann. Mag. WOLFGANG LEONHART, Sprecher der MEDTAX-Gruppe: „Dabei stellt sich die Situation von typischen Allgemeinpraxen etwas anders dar als bei Fachärzten.“ Während bei einer Facharztpraxis unter gewissen Voraussetzungen eine Ausweitung der Patientenfrequenz durch ärztliche Mitarbeit möglich wäre, kann dies bei Allgemeinmedizinern nicht vorausgesetzt werden. Die Patientenschaft eines Ordinationstages muss in jedem Fall abgearbeitet werden, ob mit oder ohne Lehrpraktikant. Daher vergrößert sich die Patientenfrequenz und somit das mögliche Umsatzvolumen durch die Mitarbeit eines Lehrpraktikanten in einer Allgemeinpraxis wohl kaum.

In das Berechnungstool werden zahlreiche Parameter eingegeben. Zunächst muss der Umsatz der Ordination vor der Lehrpraxis auf die Zahl der Stunden heruntergebrochen werden, die der Ordinationsinhaber mit der Erbringung von verrechenbaren Leistungen zubringt. „Diese Zahl muss dann um einen Lehrpraxisfaktor reduziert werden, da der Praxisinhaber einerseits während der reinen Ausbildungszeit mehr Zeit investieren muss, andererseits den Lehrpraktikanten während dessen Tätigkeit am Patienten auch

beobachten muss“, so Mag. Leonhart. Bei Lehrpraktikanten im ersten Turnusjahr kommt noch der Faktor „Investition des Lehrpraxisinhabers in den Lehrpraktikanten dazu“. Neben weiteren Faktoren müssen dann die Lohn- und Lohnnebenkosten von rund 15.000 Euro im Jahr berücksichtigt werden. Mag. Leonhart: „In typischen Allgemeinpraxen wird wohl kaum eine Ausweitung des Umsatzes in der Größenordnung der Kosten von Lehrpraktikanten möglich sein. In diesem Fall müsste das mögliche Plus etwa zehn Prozent betragen, und das ist sicherlich eine Illusion.“ Mag. Leonhart weiter: „Sollte daher eine Ausweitung der Lehrpraxistätigkeit politisch gewünscht werden, muss man sich aber auch über deren Finanzierung Gedanken machen.“ Aus dieser MEDTAX-Analyse geht hervor, dass rund zwei Drittel der Lehrpraxis-Personalkosten gefördert werden müssten, um die Attraktivität für die ausbildende Ärzteschaft zu heben.

NÖÄK-Meinung

NÖÄK-Turnusärztevertreter Dr. STEFAN HALPER zur Problematik: „Außer dem Gesundheitsministerium fördert bedauerlicherweise derzeit keine weitere öffentliche Einrichtung die Lehrpraxen.“ Und er rechnet vor: „Bundesweit wären etwa 12 Mio. Euro jährlich nötig, um die Lehrpraxis-Ausbildung für angehende Allgemeinmediziner zu finanzieren.“ Die Förderung des Gesundheitsministeriums deckt davon rund ein Zwölftel, also eine Million Euro ab.“ Für Präsident Dr. CHRISTOPH REISNER ist der dauerhafte Bestand des Lehrpraxensystems jedenfalls ohne zusätzliche Förderung undenkbar: „Wenn wir die wohnortnahe medizinische Versorgung mittelfristig sichern wollen, brauchen wir die Förderung beispielsweise nach dem ‚Drittel-Modell‘ in flächendeckender Form.“ red

Wissenschaft für die Praxis

Zweittherapieschema für H.p.-Eradikation

Mehrere aktuelle Studien schlagen – alternativ zur Vierfachtherapie (Zweitlinientherapie zur Helicobacter-Eradikation, die in bis zu 30 % der Fälle ebenfalls versagt) – eine Dreifachtherapie vor, welche das Antibiotikum Levofloxacin enthält. Die Dauer und Dosierung von Levofloxacin war bisher aber nicht ausreichend evaluiert worden. In einer italienischen Studie wurden Wirksamkeit und Nebenwirkungen von vier verschiedenen Zweitlinientherapien mit Levofloxacin an 160 Patienten, die nach einer Standardtherapie weiterhin Helicobacter-positiv waren, untersucht. Sie wurden mit Esomeprazol 2 x 20 mg, Amoxicillin 2 x 1 g plus Levofloxacin 500 mg über sieben oder zehn

Tage (Gruppe A bzw. B) oder Levofloxacin 2 x 500 mg über sieben oder zehn Tage (Gruppe C bzw. D) behandelt. Der Helicobacter-Status wurde mittels Atemtest oder biopsisch vor und sechs Wochen nach Therapie ermittelt. Das Auftreten von Nebenwirkungen wurde mittels Fragebogen erfasst. Die Eradikation war erfolgreich bei 65 % der Gruppe A, 90 % der Gruppe B, 70 % der Gruppe C und 85 % der Gruppe D. Insgesamt war die Eradikation erfolgreich bei 68 % jener Patienten die über sieben Tage behandelt wurden, und bei 88 % nach zehntägiger Therapie. Die Dosis von Levofloxacin hatte keinen Einfluss auf die Eradikationsrate. Leichte Nebenwirkungen wurden von 23 % un-



Univ.-Prof. Dr. Heinz F. Hammer

ter siebentägiger Therapie und von 28 % unter zehntägiger Therapie angegeben sowie bei 12 % bei einmaliger und 33 % bei zweimaliger Einnahme von Levofloxacin.

Für die Praxis: Als Zweitlinientherapie führt eine zehntägige Therapie mit Levofloxacin 500 mg zusätzlich zu 2 x 1 g Amoxicillin und zweimaliger PPI-Gabe bei über 85 % jener Patienten, bei denen bereits eine Eradikation versagt hatte, zur erfolgreichen Eradikation.

S. DiCario, Dig. Liv. Dis. 2009; 41: 480-5

Schokolade kann Herz-Risiko senken

Deutsche Forscher haben Daten der Potsdamer EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)-Studie über den Einfluss von Schokolade auf kardiovaskuläre Erkrankungen überprüft. Die EPIC-Studie ist eine prospektive Studie, die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Krebs und anderen chronischen Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes untersucht. An der EPIC-Studie sind 23 administrative Zentren in zehn europäischen Ländern mit insgesamt 519.000 Studienteilnehmern beteiligt. Der in dunkler Schokolade enthaltene Kakao enthält viele Flavanoide, die sich günstig auf die Elastizität der Blutgefäße und den Blutdruck auswirken. Dies haben in den letzten Jahren verschiedene klinische Kurzzeitstudien belegen können. Ergebnisse aus Langzeitstudien gab es aber kaum. In der aktuellen Studie erlitten während der durchschnittlichen Nachbeob-

achtungszeit von etwa acht Jahren 166 Studienteilnehmer einen Herzinfarkt – 136 Personen erkrankten an einem Schlaganfall. Aus den in den Jahren 1994 bis 1998 erhobenen EPIC-Basisdaten ermittelten die Forscher die Zusammenhänge zwischen dem Schokoladenverzehr, dem Blutdruck und dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Personen, die im Schnitt etwa sechs Gramm kakaohaltiger Schokolade pro Tag verzehren, haben im Vergleich zu Personen, die nur wenig Schokolade essen, ein um fast 40 Prozent verringertes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dabei sank das Schlaganfallrisiko um fast die Hälfte – das Herzinfarkt-Risiko verminderte sich um 27 Prozent. Personen mit dem höchsten Schokoladenverzehr hatten einen geringeren Blutdruck als die Personen mit dem geringsten Schokoladenverzehr. Allerdings war der Blutdruckunterschied weniger stark

ausgeprägt als in anderen Studien. Ein Grund für die relativ geringe Blutdrucksenkung könne die Vorliebe der meisten Studienteilnehmer für Vollmilchschokolade sein. Denn Vollmilchschokolade hat einen geringeren Kakaoanteil als Bitterschokolade und somit auch einen geringeren Anteil an blutdrucksenkenden Flavanolinen.

Für die Praxis: Eine neue Langzeitstudie bestätigt, dass der tägliche Verzehr von einem kleinen Stück Schokolade das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken kann, insbesondere für Schlaganfall! Der Effekt ist zum Teil auf eine blutdrucksenkende Wirkung der Schokolade zurückzuführen. Dabei sind insbesondere Schokoladen mit einem hohen Kakaoanteil zu empfehlen. Diese Ergebnisse sind aber kein Freibrief für einen ungehemmten Schokoladenverzehr.

B. Buijsse et al., Europ. Heart J., published online (doi: 10.1093/eurheartj/ehq068)

Späte Einführung fester Nahrung erhöht Allergierisiko

Eine finnische Studie hat untersucht, wie sich der Zeitpunkt des Nahrungsaufbaus beim Baby auf das Sensibilisierungsrisiko gegen Inhalations- und Nahrungsallegene auswirkt. Finnische Wissenschaftler haben Daten von 994 Kindern mit Typ-1-Diabetes-Prädisposition aus der Finnish Type 1 Diabetes Prediction and Prevention Nutrition Study analysiert. Ausgewertet wurden Informationen zum Stillen, zum Timing des Nahrungsaufbaus sowie zu Allergen-spezifischen IgE-Spiegeln im Alter von fünf Jahren. Endpunkt war das Risiko für eine

Allergen-Sensibilisierung in Abhängigkeit vom Alter der Babys bei der Einführung fester Nahrung. Die mittlere Dauer exklusiven Stillens betrug 1,8 Monate. Nach Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren war die späte Einführung von Kartoffeln (> 4 Monate), Haferflocken (> 5 Monate), Roggen (> 7 Monate), Weizen (> 6 Monate), Fleisch (> 5,5 Monate), Fisch (> 8,2 Monate) und Eiern (> 10,5 Monate) mit einem signifikant erhöhten Sensibilisierungsrisiko auf Nahrungsallegene assoziiert. Die späte Verabreichung von Kartoffeln, Roggen,

Fleisch und Fisch stand in einem signifikanten Zusammenhang mit der Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene.

Für die Praxis: Die späte Einführung fester Nahrung war in dieser Studie mit einem erhöhten Sensibilisierungsrisiko gegen Nahrungs- und Inhalationsallergene assoziiert. Die Resultate stellen somit die Empfehlung, das Allergisierungsrisiko durch ausschließliches Stillen während der ersten sechs Monaten zu minimieren, in Frage!

B.I. Nwaru et al., Pediatrics 2010; 125: 50-9