



Brief des Präsidenten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

von Christian Euler

Mitunter spielt einem der Zufall zwei Themen zu und erzwingt geradezu deren gedankliche Verknüpfung. In meinem Fall war es die Vorbereitung auf ein Referat „Alter fordert...die Medizin, die Gesellschaft, mich selbst“ und die Aufforderung, meine Erwartungen an die neue Regierung, im speziellen die neue Gesundheitsministerin zu formulieren.

Zur Einleitung meines Vortrages wollte ich an die vieldiskutierte und wohlbekannte Problematik der immer älter werdenden Gesellschaft erinnern. Ich zitierte Zahlen aus einem Interview mit dem Bevölkerungswissenschaftler Rainer Münz, das im Jänner in der Furche erschien.

Sie dokumentieren eine Entwicklung der vergangenen zwei Jahrhunderte: Den Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters um beinahe des Dreifache, und den Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl auf ein Drittel. Es ist gesichert, dass diese Diskrepanz mit jedem weiteren Jahrzehnt deutlicher wird.

Ich brauche Ihnen den Zusammenhang zwischen Alterung und „Entjungung“ für unsere solidarischen Sozialsysteme (Pensions- und Krankenversicherung) nicht zu erläutern. Derzeit ist überdies in Österreich nur jeder Dritte der 55 bis 64jährigen in Arbeit. Ein illustrierender Teilaspekt: Im Jahr 2000 kamen auf einen Demenzkranken 56 Erwerbstätige, im Jahr 2050 werden es nur mehr 17 sein. Dies deshalb, weil die Zahl der Erwerbstätigen im Vergleich zu heute um 23% niedriger sein wird, die Zahl der Dementen hingegen dreimal so hoch.

Das ist der Stoff, aus dem die Zwangsjacke gefertigt ist, in der jede Regierung steckt. Der Gestaltungsspielraum ist klein, der Sachzwang riesig. Bisher umschleichen die Verantwortlichen diese Problematik und versuchen durch oberflächliche Diskussionen den Blick auf ihre Tatenlosigkeit zu verstellen.

■ Wenn eine „Pflegekommision“ die Evaluierung des Pflegegeldes - das per definitionem nicht ausreichend sein kann, um professionelle Hilfe in ausreichendem Maß

zuzukaufen - auch nur eine Teillösung des „Pflegenotstandes“ nennt, beweist sie völlige Ahnungslosigkeit.

■ Wenn Gesundheitspolitiker in der Heilmittelökonomie einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems sehen beweisen sie völlige Ahnungslosigkeit.

■ Wenn Ökonomen die riesenhaften Investitionen in die Datenverarbeitungsmaschinen der Gesundheitsverwaltungsapparate und der Gesundheitsleistungsanbieter für wirtschaftlich vertretbar halten und daraus Einsparungen erhoffen, werden sie einmal mehr irren.

■ Wenn also weiterhin der Mut zu grundlegenden Reformgedanken fehlt, wird der Niedergang der Solidarsysteme besser dokumentiert, professioneller verwaltet aber nicht aufgehalten werden

Wird die neue Gesundheitsministerin diesen unverzichtbaren Mut haben?

Unserer ersten - fast reflektorischen - Freude, an der Spitze des Gesundheitsministeriums wieder eine Berufskollegin zu sehen, stehen handfeste zuversichtsdämpfende Tatsachen entgegen:

Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass die zweijährige Berufslaufbahn als Krankenhausmanagerin die wesentlichere Zufahrtsstraße zum Ministeramt war, als die zehnjährige Tätigkeit als Ärztin.

Nach erfolgreich absolvierten ersten Studienabschnitten in Rechts- und auch Handelswissenschaften in den Jahren 1982 bis 1985 und einer Ausbildung an der Wirtschaftsuniversität zur akademisch geprüften Krankenhausmanagerin sammelte Dr. Kdolsky während der vergangenen zwei Jahre als Geschäftsführerin der Landeskliniken Holding, gerade in jenem Bundesland Managererfahrungen, das entgegen der erklärten Absicht einer parteigleichen Bundesregierung auf Ausbau der stationären Einrichtungen setzt.

(Siehe Beiträge Dr. Geppert während der letzte Jahre, unter anderem über die geplante Neuerrichtung zweier Krankenhäuser (Baden und Mödling), statt deren Zusammenlegung zu einer leistungsfähigen Klinik). Die niederösterreichische Gesund-

heitspolitik konkurrenziert unter Federführung des Finanzlandesrates seit vielen Monaten die niedergelassene Ärzteschaft, vor allem die Kolleginnen und Kollegen technisch hoch ausgerüsteter Fächer, ohne Rücksicht auf die zunehmende Arbeitsbelastung des ärztlichen und nicht ärztlichen Krankenhauspersonals zu nehmen. Die Erinnerung an die Offensive der Röntgenambulanz ist präsent.

Dr. Andrea Kdolsky hat nie im niedergelassenen Bereich als Ärztin gearbeitet, wohl aber ihre Turnusausbildung in Eggenburg erhalten, einem Haus, das österreichweit für sein Bemühen um eine ganzheitliche Sicht bekannt ist und wegen seiner psychosomatischen Orientierung besonderen Ruf genießt.

Ob diese Prägung die Ausbildung zur Anästhesistin an der Wiener Universitätsklinik überdauern konnte wird sich zeigen. Die Kunst des Narkosearztes, den Patienten ruhig zu stellen während andere an ihm schmerzliche Eingriffe vornehmen, hätte im Anforderungsprofil einer heutigen Gesundheitsministerin durchaus Platz.

Sollte ich Erwartungen an die neue Ministerin formulieren wären dies:

■ Persönlicher Einsatz für eine respektable Streitkultur zwischen den verschiedenen Interessensvertretern.

■ Installierung eines permanenten offenen Dialoges mit der österreichischen Ärzteschaft, der bekanntlich in den derzeit etablierten Gesundheitsplattformen nicht erwünscht ist.

■ Ein klarer Blick für die vorhandene Kosten- und Nutzenaufteilung des laufenden EDV-Investitionsprogrammes der Vertragspartner Krankenkassen-Ärzteschaft und Maßnahmen zur Begradigung dieses Ungleichgewichtes.

■ Emanzipation der Gesundheitspolitik gegenüber der Wirtschaftspolitik.

Die Schweinsbratenverzehrffrequenz, die postprandiale Genusszigarette und das Kinderstreichelbedürfnis werden jedenfalls nicht die Parameter sein, an denen wir den Erfolg der Ministerin messen wollen.

Dr. Christian Euler

Fax: 02685/ 607774, e-mail: ch.euler@aon.at

Die Kammerwahl rückt näher

von Wolfgang Geppert

Die Kritik an unserer Ständevertretung ist allgegenwärtig. Es liegt an uns, beim kommenden Urnengang frische Kräfte in die Kammer zu berufen.

Treffen Ärzte zusammen, sei es bei Fortbildung oder Freizeitgestaltung, dann dauert es nicht lange bis zur ersten kammerkritischen Wortmeldung: „Diese Kammer kannst Du vergessen, die schauen doch nur auf ihre Funktionärsgebühren!“ Gibt es sie noch, diese Delegierten, welche nur der Gebühren wegen die Fahrt in ihre Kammer antreten? Mag sein, doch sie müssen aus der Ständevertretung hinausgedrängt werden.

Was wir jetzt brauchen, sind Kollegen, welche wie die Löwen gegen die zunehmende Fremdbestimmung und Bürokratisierung ankämpfen. Keine Ja-Sager und keine Leisetreter. Idealisten, für die das Einstreifen von Funktionärsgebühren Nebensache ist. Gleichzeitig muss das Streben mancher Ärztenvertreter, aus der Kammertätigkeit rein persönliche Vorteile zu ziehen, zum standespolitischen Umding erklärt werden. Schluss mit dem Delegiertendasein, das nur die Einzelinteressen verfolgt. Die Degradierung der niedergelassenen Ärzteschaft hat ein derartiges Ausmaß angenommen, dass nur die besten Köpfe eine Chance besitzen, die Fehlentwicklungen in der Gesundheitspolitik zu stoppen.

Team der besten Köpfe

Einzelkämpfer haben ausgedient. Veränderungen zum Positiven können nur im Team erreicht werden. Selbst standespolitische Wunderknaben, sollten sie irgendwo im

Verborgenen auf ihre Berufung warten, sind angesichts der aktuellen Bedrohungen chancenlos, wenn sie nicht im Rudel auftreten. Speziell vom engagierten Delegierten in der Kurie der Niedergelassenen wird in Zukunft schier Unmögliches verlangt.

Er muss die Sticheleien der Spitalsärztenvertreter gegen die Kollegen in der freien Praxis, mit ihren angeblich sprudelnden Einnahmequellen, gelassen wegstecken, hat das Einvernehmen mit Allgemeinmedizinerinnen und Fachkollegen zu meistern, und soll auch noch den Spagat zwischen Kassenmedizin und Wahlarztstätigkeit schaffen. Ganz nebenbei muss er auch die explodierende Zahl an Wahlärzten als unabwendbare Naturgewalt hinnehmen.

Die Suppe auslöffeln

Vor Jahrzehnten haben verantwortungslose Gesundheitspolitiker die Schleusen für eine Massenproduktion von Medizinern geöffnet und damit den Keim der Entsolidarisierung in jede Landeskammer und in die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) getragen. Bei knapp 40.000 Ärzten Österreich weit, die sich um den Futtertrog „Gesundheitsbudget“ scharen, ist es mit der Harmonie in der Kollegenschaft ein für alle Mal dahin. Tägliche Auseinandersetzungen, teilweise auch öffentlich ausgetragen, sind vorprogrammiert.

Jammern hilft nichts

Trotz all dem bleibt es unsere gemeinsame Vertretung. Ein machtvoller Ersatz ist weit und breit nicht in Sicht. In wenigen Wochen haben wir die Gelegenheit, unsere Ständevertretung neu zu gestalten. Auf die Zusammensetzung der Österreichischen



Dr. Wolfgang Geppert

Ärzttekammer haben wir keinen direkten Einfluss. Für Außenstehende stößt der Umstand, dass der oberste Ärztenvertreter ohne Direktwahl bestimmt wird, auf Unverständnis. So bleibt uns nur die Möglichkeit, auf die Zusammensetzung der jeweils zuständigen Landeskammer Einfluss zu nehmen.

Dazu gehört auch die aktive Mitarbeit in einer der wahlwerbenden Gruppierungen. Jeder Kritiker der aktuellen Kammerpolitik sollte selbst seinen Beitrag zur Verbesserung unserer Vertretung leisten. Den Mandatären ständig zu erklären, wie sie es richtig zu machen hätten, das ist nicht Ziel führend. Auf den Nachbarkollegen zu warten, bis der standespolitische Aktivitäten zeigt, auch das ist zu wenig. Jeder muss seinen Beitrag leisten. Nur so haben wir den Funken einer Chance, der bedrohlichen Fremdbestimmung zu entrinnen. Die Gestaltung einer machtvollen Ständevertretung liegt an uns.

Dr. Wolfgang Geppert
2193 Wilfersdorf, e-Mail: geppert@aon.at

Gullivers Reisen

Glosse von Peter Pözlbauer

Jonathan Swifts Romanfigur, zuerst Wundarzt, später Kapitän auf verschiedenen Schiffen, kommt heute nur noch in der Kinderliteratur vor. Ursprünglich hat ihn sein geistiger Vater auf vier Reisen geschickt: zu den Liliuputanern (eine Wortschöpfung des Autors), dann in das Land von Riesen, weiters, derzeit kaum noch bekannt, auf eine Insel, auf der die Menschen nicht sterben können, was Lemuel Gullivers Traum von ewiger Jugend jäh beendet hat. Und zuletzt kam er noch in ein Land, das von edlen Pferden regiert wird, die im krassen Gegensatz zu den äffischen Mitbewohnern, den Yahoos stehen. Die Phantasie des Autors, seine satirische Betrachtung der Welt und der Menschheit stieß auf heftige Kritik und machte den Roman dennoch zu einem der meistgelesenen Bücher der abendländischen Literatur. Es stellt sich die Frage, was sich Jonathan Swift, lebte er heute, wohl ausdächte. Hätte ihn allerdings die Muse verlassen, wäre das kein Malheur, er müsste nur nach Österreich fahren.

Er sähe die wundersamsten Dinge, etwa einen Verteidigungsminister, der aus Gewissensgründen keine Waffe verwenden kann. Das wäre zweifelsohne nach Swifts Geschmack, denn alle Pazifisten träumen von einer friedlichen Zukunft. Befremdlicher erschien ihm, dass die Studenten, überall sonst Blüte der Jugend und Zukunftshoffnung des Landes, dafür, dass sie studieren dürfen, arbeiten sollen, noch dazu um einen Bettel. Völlig unverständlich erschien ihm jedoch eine Ministerin aus einem Bundesland, das von einem Mann regiert wird, der nach eigener Aussage kein Buch gelesen hat. Das mag ihr eigenartiges Weltbild erklären, macht es aber nicht verständlich. So hat sie, zuständig für die Gesundheit der ÖsterreicherInnen, ein Herz für Raucher und bezeichnet ihre Leibesfülle, die nach den Richtlinien der WHO behandlungsbedürftig ist, als „Wohlfühlgewicht“. Weiters liegen die Belange von Familien im Zuständigkeitsbereich der Frau Minister, was diese aber nicht stört, Kinder für nervend und für eine Zweierbeziehung entbehrlich zu halten.

Ob Jonathan Swift darüber geschrieben hätte? Wohl kaum, denn man hätte ihm sofort vorgeworfen, dass ihm seine Phantasie durchgegangen sei.

Aufwertung des Hausarztes – was ist das?

von Manfred Weindl

Seit Politiker Wahlversprechen machen dürfen, biegen sich unter ihren Lügen die Balken – und seit es so etwas wie Gesundheitspolitik gibt, vernimmt man die Kunde von der „Aufwertung des Hausarztes“. Dass die Kollegen immer noch darauf warten, dass sie etwas davon spüren, kann doch nur an einer missverständlichen Auffassung liegen – die Politiker meinen es doch sicher gut mit uns, aber bekanntlich ist „gut gemeint“ das Gegenteil von „gut“.

Es scheint immer noch politisch populär zu sein, in den Augen der Patienten (und Wähler) deren zentrale Andockstelle am Gesundheitswesen mit einer größeren Gewichtung zu versehen; oder anders ausgedrückt – es versprechen sich die wählbaren Volksvertreter etwas davon, die „Aufwertung des Hausarztes“ zu versprechen. Denn während ein zunehmender Teil der Bevölkerung durchaus bereit ist, auf die längerfristig systematisch angelegte Sudel-Kampagne gegen die „Götter in Weiß“ emotional einzuschwenken, wird bei der individuellen Befragung doch meist ganz klar, dass der eigene „Doktor“ da nicht dazu gehört. Und die von den Kassen jährlich ausgesandten Kostenaufstellungen für den persönlichen „Verbrauch“ an Gesundheits-Ressourcen bestätigen normalerweise das Bild, dass beim Hausarzt trotz der meisten Kontakte die geringsten Kosten entstehen.

Und genau das dürfte auch den Hausarzt in den Augen der Politiker so potenziell attraktiv machen – nämlich für ein kleines Pauschale all die lästigen Arbeiten zu übernehmen, für die sich die „richtigen Mediziner“ einfach zu gut sind. Man denke etwa an die labormäßigen OP-Vorbereitungen oder die Nachbesprechungen nach KH-Aufenthalt, die mangels Lust und Zeit fast automatisch beim Hausarzt landen – natürlich ohne auch nur einen Cent für den Mehraufwand zu erhalten. Auch die Bewilligungen über ABS – oder wenn das nicht funktioniert, über Fax – oder wenn hier auch keine oder die falsche Antwort zurückkommt, vielleicht über eine 20minütige Warteschlange der GKK plus mehrmaliger Irrwege quer

durchs Gebäude, bis sich dann endlich ein kompetenter Ansprechpartner findet, auch das sollen wir selbstverständlich (und ohne zu murren) einerseits unseren Patienten, aber andererseits auch den gequälten Kontrollärzten abnehmen. Und dafür dürfen wir netterweise sogar noch zahlen – einmal für die e-card-Leitung, dann für Mehrkosten bzgl. unserer Software – und wenn alles nicht funktioniert, wenn nämlich die Bewilligung nicht einlangt und der unwirsche Patient sich das Medikament einfach beim Apotheker mitnimmt, tragen wir auch noch das Risiko für die Kosten eines eventuell nicht ordnungsgemäß abgegebenen Gelb-Box-Präparats.

Dafür durften wir uns Stück für Stück an zunehmende kompetenzmäßige Beschneidungen bei Medikamenten und Verordnungen (z. B. „orthopädischer“ Hilfsmittel) gewöhnen, wo man uns halt nicht mehr zutraut, dass wir uns bei dem, was wir über viele Jahre hinweg routinemäßig verschrieben haben, auch weiterhin noch auskennen. Die neuen Richtlinien beim Hygiene-Gesetz werden dann auch noch endgültig den „Hobby-Fitzlern“ die kleine Chirurgie austreiben, und wir werden uns bei jedem neuen Gerät überlegen müssen, ob dieses auch noch inklusive aller vorgeschriebener Eich- und sonstiger gesetzlicher Überprüfungen in Zukunft rentabel sein wird.

Nun sind wir ja gespannt, wie diesmal unsere „Aufwertung“ von den Mächtigen, die unsere Existenz maßgeblich beeinflussen, gedeutet werden könnte. Da wäre einmal das Modell des „Gate-keepers“ – also des „Türstehers“, der den werten Gästen den Weg weist, so etwa wie der Billeteur im Theater. Natürlich hat dieses System nur dann einen volkswirtschaftlichen Sinn, wenn wir dabei auch gleich die Rationierung der Kosten mit übernehmen – d. h. vielleicht daran (bonusmäßig?) gemessen werden, was wir den anderen an Arbeit und dem Gesundheitsbudget an Ausgaben abnehmen. Ebenso könnten wir vielleicht auch noch die lästige Nachbetreuung nach Spital oder überhaupt den unterbudgetierten Pflegebereich stärker unter unsere Fittiche nehmen. Aber dafür brauchen wir eigentlich keine eigene medizinische Kompetenz mehr – denn hier gibt es dann natürlich überall strenge Leitlinien.



Dr. Manfred Weindl

Ich könnte mir vorstellen, dass kaum ein eingefleischter Hausarzt mit ausgeprägtem „helper-Syndrom“ damit besonders glücklich wäre – und daher wäre es ganz besonders wichtig, dass die zukünftige Kammerführung ein klares Konzept entwickelt (und vielleicht auch ein wenig politisch durchsetzt), wo die ureigensten Fähigkeiten des Hausarztes so zum Einsatz kommen, dass sie sowohl Patient als auch Arzt glücklich machen – und nicht vordergründig die Kassen-Kontrollere oder den Landesfinanzreferenten.

An sich sollte die Phantasie dafür ausreichend vorhanden sein – denn es ginge darum, genau die Tätigkeit, die man unter einer kompetenten Patienten-Betreuung versteht, Punkt für Punkt adäquat zu honorieren – und für jedes Detail, das nicht uns, sondern den Bürokraten oder Statistikern nützt, einen betriebswirtschaftlich gerechtfertigten Preis auszuhandeln (Modelle dafür gilt es in der Industrie ausreichend). Man könnte das ganze auch noch mit einer offiziellen Patienten-Umfrage verknüpfen, in der man die Punkte ermittelt, die für den Patienten persönlich am wichtigsten sind.

Und ebenfalls ganz wichtig wäre auch, ganz klar für alle Kollegen darzustellen, was im Vertrag mit den Kassen obligat gilt – und auch, warum dies so unterschrieben wurde – sodass es nicht passieren kann, dass wir immer wieder von Wünschen der GKK überrascht werden, die in der Regel als Drohbrieff formuliert sind, wie zuletzt die lockere Behauptung, dass nur mehr Patienten in der Abrechnung berücksichtigt werden, deren Original-e-card (zum dazupassenden Zeitpunkt) gesteckt wurde. Wir kennen alle die Problematik von Heim- oder immobilen Patienten bzw. dass sich zwar einerseits die vergessenen e-cards allmählich



in der Ordination türmen, andererseits aber leider immer wieder eine vergessen wird oder für Angehörige etwas mitrezeptiert werden möchte, wo wieder einmal die e-card fehlt.

Ebenso geistert ja schon länger das Ansinnen herum, nur noch das ABS als Kommunikationsmittel zuzulassen – völlig egal, ob dann Patienten ihre durchaus oft lebensnotwendigen Medikamente auch erhalten oder nicht, ohne dafür in Existenznot zu geraten.

Die „Aufwertung“ der Hausärzte hätte sicherlich viele Aspekte – aber wir müssen sie selbst bestimmen (oder zumindest maßgeblich beeinflussen) dürfen, und nicht der destruktiven Phantasie von Bürokraten, Politikern und Wirtschaftsbossen ausgeliefert sein.

Dazu bedarf es einer mutigen und kompetenten Standesvertretung, die weiß, wo sie „zu Hause ist“ und jegliche Parteienabhängigkeit abstreift.

Wir haben bald die Möglichkeit, unsere Repräsentanten neu zu besetzen – wir sollten diese Gelegenheit nutzen, um eine „echte“ Interessensvertretung an die Spitze zu wählen – dies ist unsere Möglichkeit, uns selber aufzuwerten.

Meint Ihr schwer fremd-interessens-geschädigter Kollege

Dr. Manfred Weindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

von Wolfgang Werner

Am 24. März 2007 stehen wieder Wahlen zu den Landesärztekammern an und wir vom Hausärzteverband, als einzige Vertretung der Interessen ausschließlich der niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin, rufen der Kollegschaft unser Profil als Praktiker in Erinnerung.

Ja, der Ausdruck „Praktiker“ ist mir eigentlich viel lieber, als „Arzt für Allgemeinmedizin“ oder gar „Facharzt für Allgemeinmedizin“! Diese letztgenannte Titel-Neuschöpfung ist nämlich eine Kontradiktion in sich, denn schon der Name **Fach**-Arzt gibt an, dass hier eine Spezialisierung auf ein Teilgebiet der Medizin vorliegt, während der Allgemeinmediziner, wie schon der Name sagt, über Kenntnisse in allen Bereichen der Medizin verfügt. Ich habe den Eindruck, dass sich viele Kollegen dafür genieren, „nur“ Allgemeinmediziner zu sein.

Aber unsere Arbeit ist ganz besonders wertvoll, weil wir durch unseren Überblick über die gesamte Heilkunde und durch die damit verbundene ganzheitliche Betrachtung der Kranken erst eine sinnvolle, ökonomische und menschlich praktische Vorgehensweise bei Erkrankungen ermöglichen. Durch diese Befähigung des Allgemeinmediziners kann der größte Teil aller Leiden behandelt werden. Für den Rest der Erkrankungen, deren Erkenntnis vertieftes Fachwissen benötigt, sind die Fachärzte notwendig, von denen mir nicht bekannt ist, dass sie sich ihres oft sehr eng abgegrenzten Fachgebietes schämen würden, obwohl oft faktisch kein fächerübergreifendes Wissen vorhanden ist.

Es sind also beide Arztgruppen absolut gleichwertig. Nachdem das heutige Ausmaß

des Wissens die Existenz eines Polyhistor nicht mehr zulässt, muss es Leute geben, die ihre Kraft in die vertiefte Kenntnis eines Sektors der Medizin stecken, während andere ihre ganze Energie dafür aufwenden den Überblick über das gesamte medizinische Wissen zu haben. Erst der Überblick über die gesamte Medizin gepaart mit Erfahrung ermöglicht es uns die Situation eines Patienten abzuschätzen und praxisgerecht, also bedürfnisnahe und **unbürokratisch** zu agieren – mit einem Wort **praktisch** zu handeln. Deswegen sind wir „praktische“ Ärzte. Es gibt also keinen Grund bei uns für mangelndes Selbstbewusstsein!

Damit sind wir schon beim Stichwort Bürokratie gelandet: Wir sind dazu ausgebildet worden, selbständig zu handeln, es ist das Wesen unserer Tätigkeit, ohne Direktiven und Richtlinien von außen, alleine durch unser Wissen und Können und durch unsere Erfahrung zu entscheiden. Diese Ordnung mit hoher Subsidiarität für uns wurde geschaffen, um mit möglichst geringen Mitteln aber hoher Effizienz weite Bevölkerungskreise medizinisch zu versorgen. Sämtliche Regelmechanismen, die versuchen, uns praxisfremde Wege aufzuzwingen, stören das Funktionieren dieses Systems.

Die zentralistische Bürokratie hat keine Ahnung von den individuellen Bedürfnissen am Ort des Geschehens und erschwert daher deren Befriedigung. Deswegen ist auch das kollektivistische System im Ostblock zusammengebrochen, es konnte sich nur deshalb so lange halten, weil sich neben dem offiziellen zentralistischen System, ein inoffizielles, soweit es halt möglich war, bedarfsorientiertes System gebildet hatte. Wenn es bei uns mit der Bürokratisierung so weitergeht, wird die unübersehbare Kollektivisierung unser bisher gut funkti-

onierendes Gesundheitswesen zerstören. Dieses Gesundheitswesen wird dann auch nur deshalb nicht sofort untergehen, weil augenzwinkernd eine illegale Nebenlinie existieren wird, die bedarfsorientiert, aber illegal die Bedürfnisse decken wird.

Unter Kollektivisierung verstehe ich die Tendenzen, den Praktikern ihre so notwendige Arbeit unmöglich zu machen und sie in den finanziellen Ruin zu treiben, um danach die Patienten einer Massenabfertigung in Fotoketten oder Spitälern zuzuführen. Vielleicht bekommt dann ein jeder auch noch einen Chip eingesetzt, wie bei den Hunden, und im übrigen gilt dann für Ärzte und Patienten in Anlehnung an einen rezenten Sager eines Politikers die Devise: „Patienten verwalten, Goschen halten“!

Von Medizin ist keine Rede mehr, aber dieses System entspricht dann dem Wesen des Kommunismus.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wollen wir das wirklich? Wie lange wollen wir uns das noch gefallen lassen? Was muss passieren, bis wir endlich aufstehen und Widerstand leisten?

Es gilt schon wieder, was Cicero vor 2000 Jahren sagte: „**Quo usque tandem abutere patientia nostra?**“ (Latein ist wichtig, weil wir hier ewige Wahrheiten lernen und die allgemeine Verblödung mit anglistischen Abkürzungen hintan gehalten wird).



Dr. Wolfgang Werner

Müssen erst Ordinationen in Konkurs gehen, damit wir unserer eigenen Demontage entgegentreten? Wie viele Konkurse müssten es sein, bis wir unsere Angst verlieren, der „Obrigkeit“ entgegenzutreten?

Wovor haben denn viele Kollegen Angst, wenn sie nicht wagen, den Mund aufzumachen: eigentlich können eventuelle Sanktionen schon jetzt nicht mehr schlimmer sein, als es die Situation selbst ist.

Ja, ich weiß, viele haben Kredite abzuzahlen und Familien zu erhalten, aber schon jetzt haben viele Kollegen keinen adäquaten Lebensstandard mehr und die Kredite werden bald nicht mehr mit unserem mehr als sozialen Honorar finanzierbar sein. Die Zeit zuzuwarten ist vorbei, keine Sanktionen, kein vertragsloser Zustand

etc. hat ein höheres Drohpotential als die gegenwärtige Situation. Viele Kollegen haben das noch nicht begriffen.

In diesem Sinne, bitte haltet zusammen, lasst Euch nicht auseinanderdividieren, lasst uns gemeinsame Aktionen machen, lasst uns gemeinsam die schlimmen Dinge verweigern. Der Hausärzteverband ist eine ausgezeichnete Plattform, unsere Stärke zu formieren!

Liebe Grüße

MR. Dr. Wolfgang Werner

Prakt. Arzt, 1100 Wien, Weitmosergasse 3

e-mail: dr.w.werner@aon.at

**Über den gemeinsamen Wahlauftritt der
Überparteilichen Arbeitsgemeinschaft Burgenländischer Ärzte
und des Burgenländischen Hausärzteverbandes
als überparteiliche Wahlgemeinschaft Burgenländischer Ärzte
bei den bevorstehenden Ärztekammerwahlen am 23. März 2007**

von Christian Euler

In der burgenländischen Kurie der niedergelassenen Ärzte stellen fünf Gruppierungen dreizehn Kammerräte. (Pensionisten 2, „Überparteiliche“ 2, Ärzte für die Zukunft 1, Hausärzteverband 2, „Vereinigung“ 6). Schon vor der vergangenen Wahl 2003 war es die Absicht des Hausärzteverbandes die Kräfte zu bündeln. Damals blieben unsere dahingehenden Überlegungen ohne Echo, heuer waren wir erfolgreicher.

Bei unserer Generalversammlung im Oktober 06 in Rust stimmten die Vertreter aller Bundesländer darin überein, dass sich der Hausärzteverband für die kommende Wahlauseinandersetzung den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten öffnen sollte. Ausschließlich die große Ärztezahl in Wien bietet auch einer Allgemeinmediziner-

gruppierung die Möglichkeit bedeutendes Stimmgewicht zu erlangen. Entsprechend dieser Beschlüsse haben alle Landesgruppen volle Freiheit in der Organisation ihres Wahlauftrittes.

Der Burgenländische Hausärzteverband bildet mit der Gruppierung der überparteilichen Ärzte die „überparteiliche Wahlgemeinschaft Burgenländischer Ärzte“. Damit erhält die während der vergangenen Arbeitsperiode deutlich zu Tage getretene in wesentlichen Fragen übereinstimmende Denkweise dieser beiden Gruppierungen die entsprechende wählbare Form.

Der Burgenländische Hausärzteverbandspräsident Dr. Daniel Bidner kandidiert nicht für ein Kammeramt und führt den Landesverband als Berufsverband niedergelassener Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner außerhalb der Ärztekammer. Dr. Christian Euler und Dr. Arthur Lindau

stellen sich zur Wahl und wollen ein Teil des ÖHV-Kammernetzwerkes zwischen den Bundesländern werden.

Die kuriendominierenden Mandatare der Vereinigung Burgenländischer Ärzte rund um Kurienobmann Dr. Milan Kornfeind stehen für enge Kooperation mit dem Hauptverband in Sachen E-card.

Das individuelle Leiden unter der ausufernden Bürokratie wurde in einmütiger Fraktionsdisziplin dem Gesprächsklima, dem „Fortschritt“, dem guten Draht zur Österreichischen Ärztekammer und ihrer Peering-point-Gesellschaft untergeordnet.

Diesem scheinbar unaufhaltsam und träge dahin fließenden Strom wollen wir nach Kräften eine andere Richtung geben.

Konsequente Interessensvertretung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte steht auf unseren Fahnen.

Wir bitten Sie um Ihre Aufmerksamkeit für die Aussendungen der „Überparteilichen Wahlgemeinschaft Burgenländischer Ärzte“ und schließlich auch um Ihre Stimme bei den Wahlen in die Ärztekammer für Burgenland am 23. März 2007.



Dr. Christian Euler



Dr. Arthur Lindau

Guidelines aus der Sicht der Hausärzte

von Christian Euler

Vor einigen Wochen ist der Organisator etablierter Consensusmeetings an den Hausärzteverband mit der Einladung herangetreten, bei ausgewählten Treffen namhafter Experten zu aktuellen Themen die Sichtweise der Hausärzteschaft einzubringen. Nach nunmehr zwei Veranstaltungen möchte ich über Motive und Erfahrungen berichten.

Wir haben – wie bekannt- eine österreichweite Gesellschaft, die sich bemüht, die Allgemeinmedizin neben den anderen Fachgesellschaften als eigenständige medizinische Disziplin mit eigenem Universitätsinstitut zu etablieren. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist ein ebenso definiertes Ziel wie der universitäre Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Als bis auf unsere Schreibtische reichende Zeichen dieser Aktivitäten stellt uns die Post in regelmäßigen Abständen Richtlinien und Leitlinien der ÖGAM zu, Dokumente der Bearbeitung diverser medizinischer Themen durch eine Gruppe von Allgemeinmedizinern unter Beiziehung meist eines namhaften Experten (COPD, Osteoporose...). Wir haben nicht vor mit der Gesellschaft für Allgemeinmedizin in einen Wettstreit einzutreten.

Die vom Hausärzteverband beschickten Treffen unterscheiden sich bereits in der Auswahl der Teilnehmer grundlegend vom „ÖGAM-Modell“. In einer Runde hochrangiger Fachärzte öffnet der anwesende Hausarzt den Blick auf eine andere, ebenso nachvollziehbare Medizin, die Universitätsprofessoren und Primärärzten weitgehend unbekannt ist. **An einem Beispiel:** Anfang Dezember fand das Consensusmeeting „ambulante parenterale Antibiotikatherapie (APAT)“ statt. Unter dem Vorsitz der Professoren Florian Thalhammer und Reinhard Krepler diskutierten Professoren verschiedener Fachrichtungen (Graninger, Aberer, Burg-huber, Klaushofer, Mittermayer, Schatzl, Weiss, Wenisch) Indikationen verschiedener Fachrichtungen, Substanzklassen, Voraussetzungen und ökonomische Aspekte der ambulanten parenteralen Antibiotikagabe.

Sehr bald zeigte sich ein sehr einheitlicher Zugang zum vorliegenden Thema. In allen Referaten wurde jener Zeitpunkt definiert, zu dem die Entlassung eines Patienten aus der stationären Therapie und die Überführung in eine ambulante, parenterale, antibiotische Therapie möglich wäre. Dementsprechend auch die Definition der nötigen Befundlage und die befundmäßige Absicherung des ambulanten Therapiekonzeptes.

Erst die Wortmeldung des Allgemeinmediziners lenkte die Aufmerksamkeit auf die Frage: Wem und wie lange kann welche parenterale antibiotische Therapie verabreicht werden bevor die Hospitalisierung des Patienten unumgänglich wird? Der fragende Hausarzt konnte zur Illustration ein aktuelles Beispiel aus seiner Praxis präsentieren:

Berufung zu einem 35jährigen geistig und körperlich schwer behinderten Patienten. Vor zwei Tagen war es zu einem fast einstündigem Hustenanfall während des Fütterns gekommen, seit damals kaum mehr Nahrungsaufnahme, am Abend dieses Tages erstmals Fieber. Tags darauf abends 40 Grad Temperatur. Dem Hausarzt bietet sich das Bild eines schwerkranken Mannes. Somnolent, exsiccirt, die betreuenden Eltern voll Sorge und in der Hoffnung, dass eine Krankenhauseinweisung nicht nötig sein werde. Ein Liter physiologische Kochsalzlösung und eine Ampulle Vibravenös werden unverzüglich verabreicht. Ein gut verbundener Venflon, der nach Ende der Infusion von den Eltern entfernt wird, macht ein Verlassen des Patienten vertretbar. Das erste definierte Ziel ist eine weitere Verschlechterung zu verhindern. Im Rahmen der Venenpunktion wurde Blut für eine CRP-Bestimmung abgenommen. Bei der Kontrollvisite

am Nachmittag bringt der Arzt das Ergebnis (334) mit, der klinische Aspekt des Patienten ist beruhigend. Die Fortsetzung der ambulanten antibiotischen Therapie wird vereinbart. Am dritten Tag, der Patient trinkt bereits wieder selbstständig, ist das CRP auf 214 gefallen. Nach acht Tagen, die ersten fünf wurde täglich infundiert, dann nur mehr ein letztes Mal am siebenten Tag, ist der CRP wert auf 21 gesunken, der Patient wieder hergestellt, die Familie froh.

Mit dieser Erfolgsgeschichte kann der Hausarzt vor den versammelten Professores nicht bestehen (nebenbei: auch nicht vor der Verrechnungs-abteilung der Gebietskrankenkasse). Er hatte zwar die Verdachtsdiagnose „Aspirationspneumonie“, aber kein beweisendes Lungenröntgen, er hat kein Argument für die Wahl des Antibiotikums „Vibravenös“, außer, dass ein anderes für die intravenöse Verabreichung dem Kassenvertragsarzt primär nicht frei verschreibbar zur Verfügung steht. Im Grunde genommen wären auch die begleitenden CRP-Werte für das hausärztliche Vorgehen nicht absolut nötig gewesen...

Das ist kein Einzelfall, erläutert der Allgemeinmediziner. Eine zunehmende Zahl von reduzierten Patienten, besser betreut im Familienverband, als sie je in einer Institution betreut werden könnten, fordert von uns verantwortbaren Wagemut und therapeutisches Geschick. Sie verlangen auch eine Sicht, die subjektives Wohlbefinden, geäußerten Patientenwillen und Vorstellungen taktvoll betreuender Pflegepersonen, ja die sogar den Tod als mögliche Option gleichwertig neben lückenloser Dokumentation und umfassender Diagnostik gelten lässt.

So sehr die Hospitalisierung kritischer Patienten in Referaten und wissenschaftlichen Aufsätzen gefordert wird, so verständnislos stehen Spitalabteilungen solchen Einweisungen oftmals gegenüber. (Sie alle, die ein Bett für die entgleiste Depression, die zehnte ischämische Attacke des greisen Diabetikers, oder gar den schwer behinderten Patienten organisieren mussten wissen worüber ich schreibe).

Es gibt eine hochwertige, mitunter dramatische Medizin vor der Spitalseinweisung. Sie ist unübertroffen ökonomisch, oft erfolgreich, meist patientenfreundlich und läuft nicht nach den Gesetzen diverser Guidelines ab. Diese hausärztliche Medizin soll bei Expertentreffen nicht unerwähnt bleiben, wünscht der uns einladende Veranstalter und erhofft davon Mehrwert für die als Beilage der Österreichischen Ärztezeitung publizierten Consensusstatements.

Wird diese Bemühens- und Erfahrungsmedizin, die Richtlinien und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse durchaus in ihre Überlegungen mit einbezieht, von den Fachkapazitäten als ernsthaft und vertretbar anerkannt, so werden jene, die sie ausüben bestärkt und sicher ans Werk gehen können. Wird aber ihr hoher ärztlicher Wert gering geschätzt, und findet sie keinen Eingang in die Themenkataloge diverser Consensusmeetings, wird die Ausübung einer selbstbewussten hausärztlichen Tätigkeit aus rechtlichen Gründen bald nicht mehr möglich sein. So wollen wir als Hausärzteverband die Gelegenheit zum Meinungsaustausch mit Fachexperten nützen, nicht um Voraussetzung zu schaffen in unseren Ordinationen „Spital spielen“ zu dürfen oder als Professoren gekrönt stolz Behandlungspfade zu beschreiten, sondern um selbstbewusst unsere ärztliche Tätigkeit ernsthaft zur Diskussion zu stellen und als vertretbare, individuelle, prä- und parastationäre Medizin unübersehbar zu machen.

Dr. Christian Euler

Fax: 02685/ 607774, e-mail: ch.euler@aon.at

ZV III Neu – kein Plus an Demokratieverständnis! Eine alte Erfolgsgeschichte wird neu aufgewärmt

von Norbert Labmayer

Die oberösterreichische Ärztekammer hat das Vorhaben einer dritten Zusatzversorgung als Zubrot für die späten Jahrgänge unter neuem Namen wiederbelebt: „Pension Plus“.

Die Grundvorstellung ist unverändert. Geändert hat sich erfreulicherweise die Zwangsfestlegung einer drastisch überhöhten Beitragszahlung. Diese könne nun zwischen € 50.- und € 1.600.- im Monat frei gewählt werden, analog zur Krankengeldhilfe.

Gleich geblieben ist die Beitragspflicht ab dem 50. Lebensjahr. Die Auszahlung (im Umfang des angesparten bzw. erwirtschafteten Guthabens) ist ab dem 60. Lebensjahr möglich, mit 65 ist die Auszahlung abgeschlossen.

Soweit ein gutes Angebot - wenn die Zukunft hält, was Berechnungen verspre-

chen. Und wer sich partout € 50.- pro Monat nicht leisten kann (nicht will gilt nicht, da Pflichtbeitrag), der kann unter Vorlage seines Einkommensbescheides um Befreiung ansuchen.

Missfallen erregt jedoch (nicht nur) von Seiten des OÖ Hausärzterverbandes, dass diesmal das Pensionssystem im Schnellverfahren eingeführt werden soll. Ist die ursprüngliche ZV III an einer Mitgliederbefragung unter allen OÖ Ärzten gescheitert, so wird eben diesmal gar nicht gefragt. Ablehnend sei damals die Befragung ohnehin nur ausgegangen, weil „zu wenige Ärzte von ihrem Stimmrecht Gebrauch gemacht“ hätten.

Nach Vorliegen des Ergebnisses der Finanz-Prüfung der „Pension Plus“ (das jedenfalls positiv erwartet wird), werde bei Einstimmigkeit in den Kurien (die Abstimmung darüber steht bei Redaktionsschluss

noch aus) die nächste Vollversammlung das Projekt beschließen.

Dass viele Kollegen längst anderweitig verschiedentlich Vorsorge getroffen haben, einschlägige Versicherungen, Ansparverträge u. a. besitzen und hier vielleicht nicht noch zusätzlich zahlen wollen (oder – in diesen Zeiten – können), steht nicht zur Diskussion.

Der OÖ Hausärzterverband hat deshalb in der Herbstvollversammlung der Ärztekammer für Oberösterreich im Dezember den Antrag eingebracht, die nächste Vollversammlung über den Wunsch des ÖÖHV, eine Mitgliederbefragung durchzuführen, noch abstimmen zu lassen. Dieser Antrag wurde angenommen.

Dr. Norbert Labmayer
Arzt für Allgemeinmedizin
5280 Braunau, Stadtplatz 21
Tel/Fax 07722/63515

OÖHV auf neuen Wegen Keine Kandidatur bei den Kammerwahlen!

von Werner Mahn, Norbert Labmayer

Zuviel wird in „Zeiten wie diesen“ das Zusammenhalten müssen beschworen. Zusammenhalten um jeden Preis, um nichts oder nicht noch mehr zu verlieren, ein eher defensives gemeinsames Ziehen an einem Strang, dessen anderes Ende ja doch nicht nachgibt. Das gilt für die große Politik wie für die „kleine“ Kammerpolitik.

Es geht uns Ärzten nicht so schlecht. Insgesamt betrachtet. Sehr viele haben genug, um sich mehr zu leisten, einige noch darüber hinaus. Manche sicher auch weniger, für die trifft das nicht zu. Aber nicht Existenznot ist der Feind.

Wir huldigen nur dem falschen Gott, der Wirtschaftsmechanik, die beständiges Wachstum fordert, die sich mitsamt ihrem Bedienungspersonal verselbständigt hat, die Interessen von Regierungen nicht mitbestimmt, sondern vorgibt. Und bestrebt ist,

jede Individualität abzustellen. Besinnen wir uns auf das, was unser Leben lebenswert macht, vor allem immaterielle Werte wie Freiheit und Treue zu uns selber. Das gilt es durchzusetzen.

Die Ärztekammer, in Oberösterreich wie österreichweit, hält uns immer wieder vor, wie immens wichtig es sei, dass alle Kollegen hinter den Entscheidungen der Kammer stehen, sie mittragen, eben alle zusammenhalten. Hat uns das unseren Zielen wirklich näher gebracht?

■ Haben wir mehr Freiheit im ärztlichen Handeln erreicht? Die Bestrebung zum Einsatz von verbindlichen Leitlinien, das oberösterreichische Komplementärmedizin-Verbot, Einschränkungen der ärztlichen Hausapotheken sowie die Codierungsabsichten sprechen eine andere Sprache.

■ Haben wir eine Anerkennung unserer ärztlichen Leistung in Form einer zumindest indexneutralen Honorarsteigerung erreicht? Die Abschlüsse belegen großteils das Gegen-

teil. Einbußen bei VAEB sind schon wieder vergessen, an die SVA/SVB-Chimäre wollen wir gar nicht denken.

■ Haben wir eine Verringerung der überbordenden Bürokratie in unseren Praxen erreichen können? Ständig neue Aussendungen, Forderungen, Vorschriften, Nachweise und Prüfungen machen es unmöglich, alle Vorgaben überhaupt noch zu erfüllen.

■ Haben wir in den wesentlichen Gremien unseres Gesundheitswesens irgendeine Form von Mitsprache-Möglichkeit und Beeinflussung von uns und unsere Patienten betreffenden Entscheidungen erreicht? Die Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen beweist, dass das nicht der Fall ist. Der Bedarf an Leistungen, und wer sie zu welchen Bedingungen erbringen darf, wird woanders bestimmt. Nicht einmal mehr die Stellenpläne sollen dem alleinigen Einfluss von GKK und ÄK auf Landesebene unterworfen bleiben, beide Interessensvertretungen werden zu reinen Servicestellen degradiert.

→

Wir wollen uns den klaren, kritischen Blick von außen nicht verbauen lassen. Der OÖHV hat vieles erreicht seit seiner Gründung im Jahre 1999:

- Stets haben unsere Kammerräte auf die Einhaltung demokratischer Spielregeln in der Kurie geachtet.
- Von Anfang an wurde von uns eine Codierung in den Allgemeinpraxen als bedenklich abgelehnt, lange bevor auch den übrigen Kammermitgliedern dämmerte, wohin das führt: nämlich trotz gegenteiliger Beteuerungen zur Implementierung von Handlungspfaden und in deren Folge zu Episodenhonorierung.
- Ebenso sprach sich der gesamte ÖHV von Beginn an aus datenschutzrechtlichen Bedenken gegen eine elektronische Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten aus.
- Mit einem von den Kuriemitgliedern des OÖHV schon lange geforderten Aufbegehren gegen die Verbürokratisierung unserer Arbeitsbedingungen – dem Patientenbegehren – wurde als Präsident Dr. Niedermoser's Antrittsaktion der Ungehorsam geprobt. Prompt wurde OÖ dabei von allen anderen ÄK-Länderkuriern schmählich im Stich gelassen.
- Wesentliche Impulse der vergangenen Periode gingen von Dr. Helmut Heiter aus, wie die Öffnung der Kurienarbeit, Versendung der Kuriensitzungs-Protokolle an die Bezirksärztevertreter u. a. m., alles vertrauensbildende Ergebnisse kritischer Stimmen in der Kurie.

Insgesamt ist jedoch das weitere Engagement in der OÖ-ÄK nicht geeignet, die Bedingungen der niedergelassenen Ärzteschaft zu verbessern.

Die Vorstandsmitglieder des OÖ Hausärzteverbandes haben sich deshalb entschlossen, auf eine aussichtsreiche weitere Kandidatur bei den anstehenden ÄK-Wahlen 2007 zu verzichten und somit nicht als wahlwerbende Gruppe zur Verfügung zu stehen.

Wir werden jedoch weiterhin unseren Zielen treu bleiben, für die Hausärzte einzutreten, das Ideal eines freien Arztberufes hochzuhalten, den Funktionären der Standesvertretung genau auf die Finger zu schauen wenn es um die kompromisslose Durchsetzung unserer Belange geht und sie auch vorbehaltlos unterstützen, wo sie hausärztliche Anliegen in unserem Sinne vorantreiben, und wir werden Fehlentwicklungen im Kleinen und Großen laut kundtun.

Ihr werdet weiter von uns hören.

Für den OÖHV:



Dr. Werner Mahn, Weibern



Dr. Norbert Labmayer, Braunau

Beitrittserklärung:

Ja, ich trete dem ÖHV bei:

- als ordentliches Mitglied (Arzt/Ärztin f. Allgemeinmedizin, in Ausbildung, in Pension) Jahresbeitrag: € 95,-
Mitglieder der ÖGAM: € 80,- PensionistInnen: € 33,-
- als außerordentliches Mitglied (FachärztInnen)
Jahresbeitrag: € 95,-
- als förderndes Mitglied (z.B.: Firmen oder Körperschaften)
Anstelle eines Mitgliedsbeitrages tritt eine jährliche Spende
- Ich möchte aktiv an der Vereinsgestaltung mitwirken

Bitte einsenden an den ÖHV: Kanzlei Eisenreich,
1150 Wien, Winkelmannstraße 8, Fax: 01/892 59 00-25,
E-mail: peter.eisenreich@gfwb.at, Internet: www.hausaerzteverband.at
Bankverbindung: WIF-Bank, Konto: 3056 256 0000, BLZ: 18 130, Kennwort: Österreichischer Hausärzteverband

ÖHV

Name

Adresse

Telefon

e-Mail

Unterschrift

Stampiglie

AZILECT® 1 mg Tabletten. Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 1 mg Rasagilin (als Mesilat). Hilfsstoffe: Mannitol (Ph. Eur.), Maisstärke, Vorverkleisterte Stärke (aus Mais), Hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure (Ph. Eur.), Talkum. **Anwendungsgebiet:** Behandlung der idiopathischen Parkinson-Krankheit (PK) als Monotherapie (ohne Levodopa) oder als Zusatztherapie (mit Levodopa) bei Patienten mit End-of-dose-Fluktuationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Behandlung mit anderen Monoaminoxidase-(MAO)-Hemmern oder Pethidin. Mindestens 14 Tage sollten zwischen dem Absetzen von Rasagilin und der Einleitung einer Behandlung mit MAO-Hemmern oder Pethidin liegen. Rasagilin ist bei Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz kontraindiziert. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoaminoxidase-B-Hemmer, ATC-Code: N04BD02 **Zulassungsinhaber:** Teva Pharma GmbH, Kandelstraße 10, 79199 Kirchzarten, Deutschland. Vertrieb durch: Lundbeck Austria GmbH, 1200 Wien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der vollständigen Fachinformation zu entnehmen.**

Jede Stimme gestaltet mit!!

von Michael Roschger

Im März 2007 stehen uns wieder die ÄK-Wahlen ins Haus. Ich möchte alle Kolleginnen und Kollegen bitten von Ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen. Nur so ist es möglich, dass sich etwas ändern kann.

Manchmal glaube ich, wir werden absichtlich durch die tägliche Mühe und Hetzerei so müde gemacht, dass wir uns nur mehr nach Ruhe und Entspannung sehnen und nichts mehr mit einer möglichen Veränderung unserer Situation am Hut haben. Ich denke aber, dass das so nicht richtig ist.

Die Mehrheit unserer Kollegen ist mit ihrer Situation nicht glücklich, sondern unzufrieden. Täglich überbordende Bürokratie (man denke nur, im E-card-Zeitalter haben wir in Salzburg einen E-card Ersatzbeleg, eine E-card Bestätigung und eine E-card-Erklärung in Zettelform - andere Bundesländer schütteln ob dieser Misere nur ungläubig den Kopf).

Bürokratie verbunden mit hohem Zeit- und Personalaufwand und einer Verschlechterung der Einkommenssituation (Umsatz-

minus im Jahr 2006 bis zu 10%) erfordert aktives, koordiniertes Handeln. Ein Ausweg aus diesem Dilemma erscheint mir ein aktives Vorgehen, sei es durch Einbindung von Wirtschaftsfachleuten in Honorarverhandlungen, professionelle PR-Arbeit sowie - last but not least - ein einheitliches, starkes und geeintes Auftreten der Ärzteschaft bei den politisch Verantwortlichen sei es auf Landes- oder Bundesebene.

Daneben gibt es unglaublich vieles im Alltag zu verbessern: Wir müssen weg von einem Verwalten der ÄK hin zu einer echten Vertretung der Kammermitglieder, sei es bei Praxisgründung, Schaffung eines Pooles für Ordinationsbedarf (eine wirtschaftlich große Gruppe bekommt deutlich günstigere Preise) bis zu einem Eintreten bei Parkplatzsorgen unserer Mitglieder (ich höre immer wieder, dass die Funktionäre sagen, sie könnten da nichts machen.....), Verbesserung der Bereitschaftsdienstordination (Ordination ohne EDV !!!) bis zur Lösung der Praxisnachfolge nach dem Wiener Modell.

Das „einfache“ Kammermitglied wünscht sich bei telefonischem Kontakt mit der ÄK nicht als lästiger Bittsteller sondern als ernst



Dr. Michael Roschger

genommenes Mitglied einer Interessensvertretung behandelt zu werden um nur einige Beispiele zu nennen.

Meiner Meinung nach ist es auch notwendig, dass die Standesvertretung in die Zukunft schaut und mit innovativen Ideen an die Öffentlichkeit geht. Daher die Forderung nach einer Ideenwerkstatt in der Kammer. Nur bewahren, reagieren und zementieren ist kontraproduktiv.

Deshalb, sehr geehrte Kollegenschaft, diejenigen von Euch, die mit der derzeitigen Situation nicht zufrieden sind, sind aufgerufen eine andere Standesvertretung zu wählen.

Dr. Michael Roschger
e-Mail: michael.roschger@co-med.at

Für den Salzburger Hausärzteverband wird unsere Barbara Gruber auf der Liste der Freien Ärzte kandidieren!

4. Wiener Diabetestag

"Gesund bleiben - gesund leben" - Diabetes

Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte findet im Rahmen des Diabetestages statt.



In Kooperation mit dem Fortbildungsreferat der Ärztekammer für Wien

Ärzteveranstaltung:

Freitag, 13. April 2007
Vormittags, ab 9.00 Uhr
Wiener Rathaus - Nordbuffet

Diabetestherapie 2007:
Aufbruch in eine neue Ära

ÖDG Österreichische Diabetes Gesellschaft
helfen, heilen, forschen





Im Mittelpunkt der Patient und die „Ein-Topf-Finanzierung“

von Livia Rohrmoser

Weitere Einsparungen, vor allem im Spitalsbereich, die „Ein-Topf-Finanzierung“ des Gesundheitswesens, der Ausbau der elektronischen Vernetzung und der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sowie die Aufwertung der Niedergelassenen, auch in finanzieller Hinsicht: Das sind die Pläne der neuen Gesundheitsministerin Dr. Andrea Kdolsky.

Ihr Antritt verlief durchaus turbulent und war von heftiger Kritik begleitet: Dr. Andrea Kdolsky, Anästhesistin und Krankenhausmanagerin, outete sich als „Gelegenheitsraucherin“, „leidenschaftliche Schweinsbraten-Esserin“ und schrieb in einem Buch, wenn man sich in einem Hotel oder Restaurant über Kinder beschwere, „die sich unmöglich benehmen, hat man sofort eine Phalanx gegen sich, die einen der Kinderfeindlichkeit bezichtigt“.

Möge die Gesundheitspolitik keine größeren Probleme haben. Das Rauchen hat die Ministerin nach eigenen Angaben bereits völlig aufgegeben, den Schweinsbraten „einmal in neun Wochen“ verteidigt sie weiterhin und die Aussage über die Bezichtigung der Kinderfeindlichkeit kann die Autorin aus eigener Erfahrung nur bestätigen.

Auffällig ist auch, dass die heftigste Kritik aus sehr konservativen sowie BZÖ- und FPÖ-Kreisen kam. Die neue ÖVP-Ministerin scheint manchmal bei der SPÖ beliebter als in Teilen der eigenen Partei. Unberechtigterweise, denn bei Betrachtung des Regierungsprogramms und der Pläne der Ministerin wird klar, dass der bisherige Kurs in der Gesundheitspolitik, also der von der schwarz-blauen Regierung vorgegebene, weitergefahren werden wird.

Immerhin besteht Hoffnung, denn mit der Anästhesistin ist nicht nur eine Ärztin Chefin des Gesundheitsressorts, sondern auch jemand, der in der NÖ-Krankenhausholding schon praktische Erfahrung mit den Unbilden der Gesundheitspolitik und ihren verworrenen Finanzierungswegen und Zuständigkeiten gesammelt hat.

„Im Mittelpunkt steht der Patient“, betont Kdolsky mehrfach im Gespräch mit dem HAUSARZT. Dazu gehört, dass auch weiterhin die Beiträge der PatientInnen zum Gesundheitssystem nicht erhöht werden sollen. Auch zweckgebundene Steuern - seit langem gefordert und noch kaum umgesetzt - stehen bei ihr bei weitem nicht an erster Stelle in der Frage der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Zentrales Thema „Ein-Topf-Finanzierung“

Stattdessen sieht sie noch einiges Potential bei Einsparungen im Gesundheitssystem. Da wäre zunächst einmal die seit langem angeregte „Ein-Topf-Finanzierung“, die die neue Ministerin nun endlich umsetzen will. Dass an dieser Aufgabe schon einige Regierungen gescheitert sind, entmutigt sie nicht: „Wenn ich von vornherein aufgeben würde, wäre ich fehl am Platz“, so Kdolsky.

Eine der Maßnahmen zur Senkung der Kosten ist für sie die weitere Vernetzung der Spitäler untereinander. Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) steht weiterhin auf dem Programm. In Niederösterreich sei die Vernetzung ja schon gelungen, so Kdolsky. Ziel wäre nicht zuletzt, Doppelbefundungen zu vermeiden und den Informationsfluss zu beschleunigen.



Foto: ÖVP/NÖ Landeskliniken-Holding

Beschwerden, dass etwa selbst der kleine Entlassungsbrief oft erst Wochen nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus beim Hausarzt ankäme, führt sie auf die Überlastung der Spitalsärzte zurück. Ein Zugriff des Hausarztes auf die ELGA seines Patienten im Spital sei durchaus geplant, allerdings gäbe es hier noch technische Probleme. „Wir müssen da eine Art ‚Vorraum‘ im System schaffen, von dem aus dann bestimmte ‚Türen‘ geöffnet werden können“, erläutert die Ministerin. „Denn es geht nicht, dass der Hausarzt ungehindert alle Bereiche des krankenhausinternen Systems betreten kann.“

Schritt für Schritt

Dass das System der NÖ-KH-Holding etwa mit dem Wiener System nicht kompatibel ist, wischt Kdolsky vom Tisch: „Zuerst müssen wir über die Gemeindegrenzen schauen, dann über die Grenzen zu den Niedergelassenen, und dann über die Landesgrenzen.“ Bis zur österreichweiten Vernetzung der Krankenhäuser und Niedergelassenen kann also durchaus noch einiges Wasser unsere Flüsse hinunter rinnen.

Die Vernetzung der Spitäler eines Landes allein erleichtert allerdings auch das nächste Vorhaben der Ministerin: Zentralisierung der Leistungen. Nicht jedes Spital müsse jede Leistung erbringen können. Speziellere Behandlungen sollten in Schwerpunktkrankenhäusern erbracht werden, womit nicht nur die dafür nötigen Gerätschaften und Räume eingespart würden, sondern auch die Ärzte jeweils ausreichende Fallzahlen erreichten.

Auch ein zentraler Medikamenteneinkauf für die Spitäler steht auf Kdolskys Liste der Sparmaßnahmen. Auf die Frage, ob dadurch auch die Zahl der Gratismuster in Spitälern sinken würde, weicht sie aus: „Man muss den Spitälern schon die Gelegenheit geben, neue Medikamente zu erproben“, erklärt die Ministerin. „Das kann ja nur stationär passieren.“

Das Problem, dass der Hausarzt dann aufgrund des ECOs immer wieder auf andere Präparate umstellen muss, möchte sie einerseits durch Überarbeitung des ECOs - mit Schwerpunkt auf innovative Medikamente - lösen, andererseits liefe etwa im Waldviertler Klinikum bereits seit einigen Monaten im Probebetrieb ein Programm, das den Spitalsärzten beim Verfassen des Entlassungsbriefes gleich darauf aufmerksam macht, wenn das von ihm verschriebene Mittel in der gelben oder gar roten Box steht und automatisch eines aus der grünen Box vorschlägt. „Das läuft sehr gut“, sagt Kdolsky.



In der Verwaltung der einzelnen Krankenkassen sieht die Niederösterreicherin nicht mehr allzu viel Einsparungspotential. „Die sind mit drei Prozent schon unter denen der allermeisten Privatunternehmen“, erklärt sie. Allerdings würde auch die Zusammenlegung der Kassen weiter vorangetrieben - nicht zuletzt als ein Schritt in Richtung „Ein-Topf-Finanzierung“ des Gesundheitswesens. Welcher Leistungs- bzw. Honorarkatalog dabei als Grundlage genommen werden soll, ist allerdings noch längst nicht geklärt. „Bei einer Harmonisierung gibt es immer Gewinner und Verlierer“, so Kdolsky. Man müsse ein gerechtes und ausgewogenes System finden.

Aufwertung der Hausärzte

Insgesamt sollen die Niedergelassenen und vor allem die Hausärzte aufgewertet werden. Doch auch hier ist das Wie noch nicht ganz geklärt. Jedenfalls soll diese Aufwertung „auch finanziell“ passieren, betont Kdolsky. Denn der Plan ist weiterhin, Leistungen aus dem Spital vermehrt in den niedergelassenen Bereich zu verlegen. Auch dafür sei allerdings die Ein-Topf-Finanzierung ausschlaggebend, damit nicht - wie bisher - die Kosten möglichst auf den jeweils anderen Kostenträger geschoben werden.

Konkreter angedacht sind Anreize zur vermehrten Teilnahme an Hausarzt- und Vorsorgeprogrammen. Kdolsky kann sich eine Art „Bonus-Malus-System“ in der Gesundheitsversicherung vorstellen.

Im Regierungsprogramm ist zudem ausdrücklich eine „niedrigere Rezeptgebühr bei der Verschreibung von Generika und für Originalpräparate auf dem Preisniveau des Generikums“ vorgesehen. Die forschende Industrie werde dadurch nicht ausgehungert, mein Kdolsky. Einerseits bestehe ja Patentschutz, andererseits können Mittel der Forschungsförderung verstärkt der medizinischen Forschung zugute kommen.

Wie viel dieses Programms die neue Gesundheitsministerin in den kommenden vier Jahren durchsetzen wird können, steht ebenso in den Sternen, wie die konkreten Auswirkungen auf das Gesundheitssystem im Allgemeinen und die Hausärzte im Besonderen.

Livia Rohmoser

Ärzttekammer zum Regierungsprogramm

von Kathrin Schulte-Hermann

Positive Ansätze, ebenso aber auch Inhalte, die einer weiteren Klärung bedürfen, erkennt die Österreichische Ärztekammer im neuen Regierungsprogramm. Generell bezeichnet ÖÄK-Präsident Reiner Brettenthaler die Vorhaben als Fortführung begonnener Reformen.

Als positiv wertet er unter anderem die Aufwertung der Allgemeinmediziner, die allerdings nichts neues sondern seit langem Bestandteil von Regierungsprogrammen ist. „Wir werden sehen, wie ernst gemeint das ist“, gibt sich Brettenthaler skeptisch. Als Hinweis für die Umsetzung des Vorsatzes sieht er die geplante Verbesserung der Turnusärzte-Ausbildung und die Aufwertung des Allgemeinmediziners zum Facharzt.

Allerdings sei hier gleich als großes Manko des Regierungsprogramms anzuführen, dass die Frage nach der Förderung der Lehrpraxen ungeklärt bleibt. Eine wesentliche Voraussetzung für die Verbesserung der Situation von Hausärzten sieht der Ärztekammer-Präsident in der universitären Etablierung der Allgemeinmedizin. „Es müssen mehr Universitätsinstitute für Allgemeinmedizin gegründet werden“, so Brettenthalers Forderung. „Es muss definiert werden, welche Rolle Allgemeinmediziner in Zukunft spielen werden, da gehört universitäre Forschung unbedingt dazu!“

Kooperationsmodell mit Spitalsaffinität

Ein weiterer nach Ansicht der Ärztekammer besonders wichtiger Punkt im Regierungsprogramm ist der geplante Bürokratie-Abbau. Gelegenheiten dafür sieht Brettenthaler beispielsweise bei der Vereinfachung des Erstattungskodex für die Medikamentenverschreibung oder bei den überbordenden Dokumentationspflichten im Spital und niedergelassenen Bereich. Mit Skepsis betrachtet der Ärztepräsident die neuen Kooperationsmodelle der Bundesregierung.

Wenn die projektierten neuen Formen der ärztlichen Zusammenarbeit auch prinzipiell positiv zu bewerten seien, könne man auch eine „kontraproduktive“ mögliche Zentralisierungstendenz erkennen. Konkret wird eine zu starke Spitalsaffinität geortet. Die neuen ärztlichen Gesellschaftsformen müssten wohnortnahe im niedergelassenen Bereich angesiedelt werden unter Einbindung der Spitalsärzte.

Gemischte Gefühle löst auch die geplante bundesweite Bündelung aller Kassenbeiträge und zweckgewidmeten Steuern bei Brettenthaler aus. Die zentral gesteuerte Bereitstellung von Gesundheitsleistungen berge die Gefahr der „realitätsfernen, bürokratischen Überplanung“ und der daraus entstehenden „weißen Versorgungsflecken“, so der Ärztekammerpräsident. Diese Entwicklung müsse daher genau beobachtet werden, um das Ziel, die verbesserte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in ihrem Lebensumfeld, nicht aus den Augen zu verlieren.

NachmieterIn gesucht Pavillon in Wien 19, Weinberggasse 60

Beste Eignung (2x130m² auf zwei Ebenen) für Arztpraxis, Therapiezentrum, Solarium, Beauty, Fitness etc. Hervorragende Infrastruktur und Einzugsgebiet durch umliegende Wohnhausanlagen. Vermieter: Wiener Wohnen (da Gemeindebau), Auskünfte bei Peter Bors unter Telefon: 0699/1925 0401 oder per e-Mail: p.bors@bors.at.



Hausapotheker ohne Konzession?

von Markus Lechner

Immmer mehr Allgemeinmediziner mit Konzession zur Führung einer Hausapotheke „beklagen“ sich über Nachbarkollegen, die ohne entsprechende Konzession dennoch in großem Stile Medikamente abgeben und verkaufen. Der folgende Beitrag geht der Frage nach, ob dies erlaubt ist, und wie sich „Hausapotheker mit Konzession“ gegen „Hausapotheker ohne Konzession“ rechtlich wehren können.

Obwohl zuletzt ein von offizieller Seite nicht unterstützter Vorstoß für ein „freies Dispensierrecht für alle Ärzte“ erfolgte, ist die derzeitige Rechtslage klar eindeutig:

Gemäß § 28 Absatz 1 des Apothekengesetzes ist Ärzten die Abgabe von Arzneimitteln nur nach Maßgabe der Bestimmungen des Apothekengesetzes gestattet. Gemäß § 29 Apothekengesetz bedarf die Haltung einer ärztlichen Hausapotheke einer Bewilligung, der so genannten Konzession, die nur unter bestimmten Voraussetzungen von der Bezirksverwaltungsbehörde auf Antrag erteilt werden darf.

Ein Arzt, der ohne Konzession zur Führung einer Hausapotheke dennoch Medikamente abgibt und verkauft (auch nur gegen die Rezeptgebühr), verstößt daher gegen die Bestimmungen des Apothekengesetzes und handelt gesetzwidrig.

Nach der Generalklausel des § 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb kann auf Unterlassung und Schadenersatz in Anspruch genommen werden, wer im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs Handlungen vornimmt, die gegen die guten Sitten verstoßen.

Zwischen zwei Ärzten für Allgemeinmedizin ist in Bezug auf einen Medikamentenverkauf in der Ordination ein Wettbewerbsverhältnis anzunehmen. Die Konzession zur Errichtung und zum Betrieb einer Hausapotheke stellt nämlich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber einem „konkurrierenden“ Arzt dar. Die Tatsache, dass Medikamente sofort beim Arzt bezogen werden können, ist durchaus ein mögliches Kriterium für die Auswahl eines Arztes.

Daran ändert auch der Umstand nichts, dass gemäß § 30 Absatz 1 des Apothekengesetzes die Hausapothekenkonzession nur zur Verabreichung von Arzneimitteln an die in der Behandlung des Hausapothekers stehenden Personen berechtigt, nicht aber auch an Patienten z.B. des konkurrierenden Allgemeinmediziners. Die Befugnis zur Haltung einer Hausapotheke ermöglicht ja gerade auch, durch die Annehmlichkeit, Medikamente sofort abgeben zu können, Patienten vom Konkurrenten zu akquirieren.

Nach ständiger oberstgerichtlicher Rechtsprechung verstößt gegen § 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb, wer sich schuldhaft über ein Gesetz hinwegsetzt, um im Wettbewerb einen Vorsprung gegenüber einem gesetzestreuem Mitbewerber zu erlangen.

Der „Hausapotheker mit Konzession“ kann daher den „Hausapotheker ohne Konzession“ gerichtlich auf Unterlassung der Medikamentenabgabe in Anspruch nehmen und allenfalls Schadenersatz fordern. Ob und gegebenenfalls in welcher Höhe der „Hausapotheker mit Konzession“ geschädigt wurde, also wie viele Patienten er bei gesetzestreuem Verhalten seines Konkurrenten zusätzlich hätte akquirieren können und wie viel er dadurch hätte verdienen können, wird wohl schwer nachweisbar sein.

Gemäß § 24 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb können zur Sicherung der Ansprüche auch einstweilige Verfügungen erlassen werden, also richterliche Verbote oder Gebote, die ohne Durchführung eines förmlichen Beweisverfahrens sofort „Hausapothekern ohne Konzession“ die Abgabe von Medikamenten verbieten, wenn nur der



Mag. Markus Lechner

Hausapotheker bescheinigen kann (etwa durch Detektivüberwachungen), dass der Konkurrent Medikamente abgibt.

Hievon freilich unberührt bleibt die Bestimmung des § 57 Ärztegesetz, wonach Ärzte, die nicht die Bewilligung zur Haltung einer Hausapotheke besitzen, verpflichtet sind, die nach der Art ihrer Praxis und nach den örtlichen Verhältnissen für die erste Hilfeleistung in dringenden Fällen notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten.

In einem derartigen Fall hat zuletzt das Landesgericht St. Pölten eine entsprechende einstweilige Verfügung erlassen, wonach dem „Hausapotheker ohne Konzession“ gerichtlich verboten wurde, Medikamente abzugeben und zu verkaufen, die über den Umfang der Notfallmedizin hinausgehen. Im Verfahren selbst hat der „Hausapotheker ohne Konzession“ sodann seine Verpflichtung zur Unterlassung des Medikamentenverkaufs anerkannt.

Gleiches gilt rechtlich im Übrigen auch im Verhältnis „öffentlicher Apotheke“ und „Hausapotheker ohne Konzession“.

In Zeiten des immer härter werdenden Wettbewerbes auch von niedergelassenen Mediziner ist es verständlich, wenn gesetzestreu Verhalten vom Mitbewerber gefordert wird. „Hausapotheker ohne Konzession“ sind daher gut beraten, ihr gesetzwidriges Verhalten zu überdenken.

Mag. Markus Lechner, Rechtsanwalt, Althaus 10, 6911 Lochau, Telefon: 0664 / 153 43 83, e-mail: lechnermarkus@aon.at



Stellungnahme

der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) zum Anspruch auf das perfekte Kind

Die Ethik-Arbeitsgruppe der ÖGKJ weist ausdrücklich darauf hin:

- **Eltern zu werden, bedeutet auch konsequent Verantwortung zu übernehmen für das gezeugte Leben.**
- **Die ärztliche Aufklärung über einen möglichen Entwicklungsfehler des Ungeborenen steht der autonomen Handlungsfreiheit der Eltern gegenüber.**
- **Pränatale Diagnostik ist mögliches, aber nicht zwingendes Hilfsmittel für Schwangere.**

Die Ethikarbeitsgruppe der ÖGKJ begrüßt die zunehmende öffentliche Debatte über die Frage, ob ein Kind eo ipso einen Schaden darstellen kann, da unsere Gesellschaft sich bewusst machen muss, wofür sie steht und wofür sie eintritt. Das diese Debatte auslösende OGH-Urteil ist nur die Spitze eines Eisberges, nämlich die zunehmende Vorstellung, dass es so etwas wie einen Anspruch auf das perfekte Kind geben kann. Der Wunsch danach ist so legitim wie verständlich – nur ein Anrecht kann und darf es nicht geben.

Die pränatale Diagnostik ist nur ein Hilfsmittel, das Frauen angeboten werden kann, die sehr früh eine Entscheidung treffen wollen. Sie ist aber keine Verpflichtung für jede Schwangere und kein Werkzeug der Selektion.

Denn wo liegen die Grenzen? Wenn der OGH im vorliegenden Urteil in einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) einen Schadensfall sieht, der aufgrund der ungenügenden Aufklärung eines Arztes eingetreten ist, dann stößt er damit sehr brutal alle Familien vor den Kopf, in deren Mitte ein Mensch mit einer Trisomie 21 oft sehr glücklich und sehr geliebt lebt.

Was ein Schaden sein kann, ist oft ein höchst subjektives, von der eigenen Lebenssituation geprägtes Werturteil - für den einen ist es eine Trisomie 21, für den nächsten ist es eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und für den dritten sind es abstehende Ohren. Am Ende einer solchen Entwicklung stünde dann das Designer-Baby, wo Geschlecht, Haarfarbe, Augenfarbe usw. festgelegt sind und wo, wenn diese Eigenschaften nicht stimmen, der Klageweg offen steht. Wollen wir das – können wir das überhaupt wollen?

Hier schleicht sich nur auf einem Umweg wieder der unglückselige Begriff „lebenswertes Leben“ in die Debatte. Aber auch hier hat jedermann eine andere Vorstellung davon, was

lebenswert ist. Wer oder welche Instanz soll hier eine Entscheidung treffen und verbindliche Normen für alle vorgeben? Das ist nicht möglich und darf niemals sein.

Auch zur Aufklärungspflicht möchte die Ethikkommission insofern Stellung nehmen, dass auch bei diesem Prozess zwischen Verdacht und Gewissheit unterschieden werden muss – und zwar aus Rücksicht auf den Patienten. Das Heranführen des medizinischen Laien an den höheren Wissenstand des Arztes ist ein stufenweiser Vorgang. Gerade im vorliegenden Beispiel sind beide vom Gynäkologen festgestellten Symptome, nämlich Hydramnion (zu viel Fruchtwasser) und zu kleiner Thorax, eben nicht typisch für einen Morbus Down. Was hätte der Arzt also aufklären können? Nicht ohne Grund unterscheiden Geburtshelfer zwischen dem allgemein tätigen Arzt und dem Spezialisten, dem die letzte Beurteilung vorbehalten bleiben muss.

In den letzten Jahrzehnten haben wir Ärzte völlig zu Recht gelernt, die Autonomie unserer Patienten zu akzeptieren und unseren scheinbaren Allmachtsanspruch aufzugeben. Es ist eine absolute Überforderung, jetzt von uns zu verlangen, den mündigen Patienten wieder zu entmündigen und ihm vorzuschreiben, was er zu tun hat.

Eltern zu werden, bedeutet auch Übernahme von Verantwortung – eben Verantwortung für das von einem selbst gezeugte Leben. Wenn die Natur, aus welchen Gründen auch immer, einen Fehler macht, bleibt diese Verantwortung trotzdem bestehen und kann nicht einem einzelnen oder der Allgemeinheit angelastet werden.

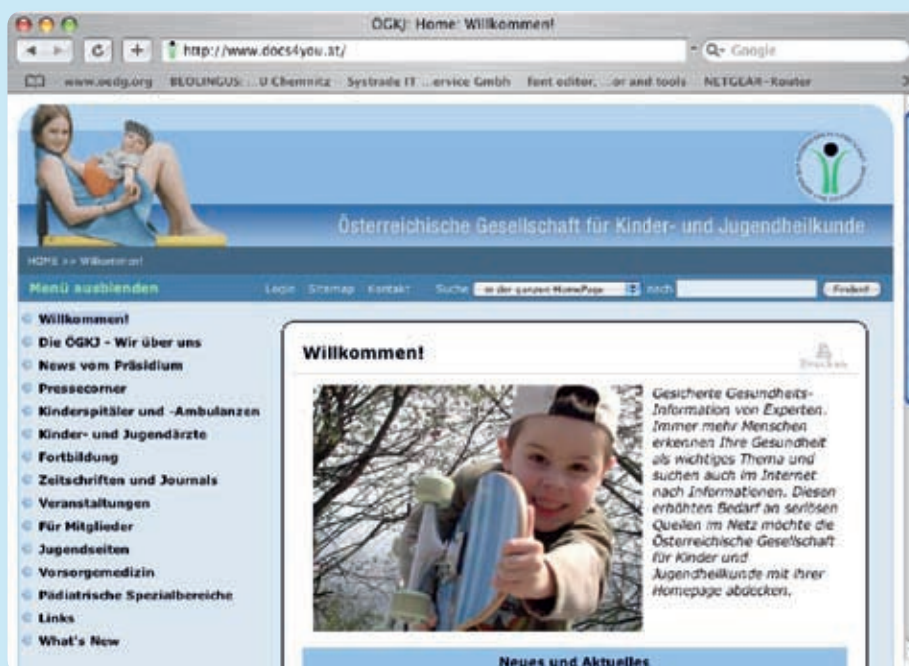
Für den Inhalt verantwortlich:

Die Ethikarbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

MR Prim. Dr. Olaf Arne Jürgensen
Mitglied der ÖGKJ-AG Ethik
Krankenhaus Wiener Neustadt

Prim. Univ. Doz. Dr. Hans Salzer
Vorsitzender der ÖGKJ-AG Ethik
Kinderabteilung Landeskrankenhaus Tulln

OA Dr. Alfred Dilch
Schriftführer der ÖGKJ-AG Ethik
Gottfried v. Preyeresches Kinderspital Wien



Die Zukunft der Kammer

von Christoph Reisner

Im letzten Hausarzt hat Dr. Geppert diverse Kommentare zu meiner Fraktion „Wahlärzte und Mittelbau NÖ“ und auch zu meiner Person abgegeben. Wenngleich ich die oft pointierte und analytische Darstellungsart vom Kollegen Geppert schätze, so hat er mit seiner letzten Darstellung in einigen Bereichen ein falsches Zerrbild der Situation abgegeben, das nicht unkommentiert bleiben darf.

Hausarzt – ein offenes Medium

Zunächst muss ich der Redaktion des „Hausarztes“ meine Anerkennung aussprechen, die es möglich gemacht hat, schon in der Vergangenheit kritische Statements von mir zu veröffentlichen. Erwähnenswert ist dies vor allem deshalb, da sich diese Vorgangsweise deutlich von der derzeitigen Kurienführung der Niedergelassenen Ärzte (ÜPAV) unterscheidet. Diese nimmt nämlich für sich in Anspruch, zu wissen, was Ärztinnen oder Ärzte interessieren darf, und worüber man sie besser nicht im Kammermedium „Consilium“ informiert. So durfte zwar die Kritik der Kurie an meinem Konzept „Medikamentenmanagement“ abgedruckt werden, man hielt es aber für entbehrlich, nähere Erklärungen und Erläuterungen aus meiner Sicht abzudrucken. In derselben Ausgabe des „Consilium“ werden aber die neuesten „Untersuchungsergebnisse der Apotheker“ ausführlich dargestellt.

Medikamentenmanagement

Wie aus den Medien bekannt ist, habe ich im Herbst 2006 ein Konzept zur Möglichkeit einer neuen Form der Hausapotheke für alle Ärzte präsentiert, das gemeinsam mit einem Stab von Wirtschaftsberatern unter der Leitung von Michael Dihlmann entwickelt wurde. Kernpunkt dieses Modells ist eine pauschalierte Entlohnung unabhängig davon, ob tatsächlich Medikamente ausgehändigt werden oder nicht. Das Konzept ist auf www.wahlarzt.at downloadbar und soll hier nicht im Detail erläutert werden.

In einer Presseaussendung im November 2006 distanziert sich die Kurie der Niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Niederösterreich von meinem vorgelegten Konzept einer neuen Form der Hausapotheken für alle Ärzte – ohne betriebswirtschaftliche Prüfung des Konzeptes.

Die Ärztekammern haben in den letzten Jahrzehnten vereinzelt Versuche unternommen, ein Dispensierrecht für alle Ärzte zu erwirken. Über die Forderung ist dieser Versuch bislang nicht hinausgegangen, neue Konzepte wurden nicht erarbeitet. Ziel war immer, die bisherige Form der Hausapotheken beizubehalten und sich gegen Veränderungen zu wehren.

Die Realität hat uns gezeigt, dass die Entwicklung völlig gegensätzlich läuft. Einige Hausapotheken mussten in den letzten Monaten auf Grund der Änderungen des Apothekengesetzes geschlossen werden, weitere Schließungen werden im Rahmen von Praxisübergaben folgen.

Derzeit gibt es Österreich weit etwa 1.000 Hausapotheken, in Niederösterreich etwa 300. Die neue Form der Hausapotheken würde es etwa 15.000 Ärzten in Österreich zumindest theoretisch ermöglichen, Medikamente direkt an die Patienten abzugeben. Auf Grund der Erfahrungen ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Ärzteschaft das neue Modell aufgreifen würde. Zahlreiche Rückmeldungen von Ärztinnen und Ärzten aus ganz Österreich (auch mit Kassenvertrag!) bestätigen diese Einschätzung.

Dr. Johann Jäger, Vorsitzender der niedergelassenen Ärzte in NÖ und selbst Hausapotheker, hat mich in der Sache selbst nie kontaktiert, weshalb eine Einschätzung seinerseits betreffend die Grundlagen des

Konzeptes „Medikamentenmanagement“ überhaupt nicht möglich ist (er unterstellt, dass jede Grundlage fehlt). Ihm kann nicht bekannt sein, welches Datenmaterial uns zur Erarbeitung des Konzeptes zur Verfügung stand und welche umfangreichen Recherchen im Rahmen der Projektentwicklung durchgeführt wurden. Eine Umsetzungsprüfung ist durch repräsentative Umfragen im Großhandel erfolgt, auch diese Tatsache konnte Dr. Jäger nicht wissen.

Ich habe das Konzept in meiner Funktion als Präsident der Wahlärzte Österreich veröffentlicht. Da ich die Ärztekammer in einigen Bereichen als starr und unflexibel kenne, habe ich es vorgezogen, dieses Konzept außerhalb der Kammer zu entwickeln und zu veröffentlichen. Eine Rücksprache mit der Kammer war daher im konkreten Fall entbehrlich.

Es ist keineswegs meine Absicht, das bestehende System der Hausapotheken zu zerschlagen. Der Unterscheid zur gegenwärtigen Situation liegt darin, dass in meinem System des Medikamentenmanagements theoretisch 2.800 Ordinationen die Möglichkeit hätten, Medikamente direkt an ihre Patienten abzugeben, das heißt, die Zahl der Hausapotheken könnte sich theoretisch fast verzehnfachen. Im Sinne der Patienten, die mir als Wahlarzt besonders am Herzen liegen, geht es darum, Bewegung in die Diskussion zu bringen und auf sachlicher Ebene neue Ideen vorzulegen.

Einige hohe Kammerfunktionäre haben offensichtlich Probleme mit der Tatsache, dass ich in meinem Leben mehrere Funktionen ausübe und nicht in ein Klischee einzuordnen bin.

Bedenkliche Diskussionsführung

Bedenklich halte ich das Vorgehen der Kurienführung und die Form, wie das Thema Medikamentenmanagement diskutiert wird. Eine Diskussion auf sachlicher Ebene wurde nicht geführt, das neue Modell mit leeren Schlagworten ohne betriebswirtschaftliche Überprüfung abgelehnt und völlig falsche Schlüsse gezogen. Diskutiert wurde über Möglichkeiten, ob man mich vielleicht klagen kann, vielleicht aus der Kammer „entfernen“ kann oder mir verbieten kann, mich zu Themen zu äußern. Ich bin froh, dass Österreich immer noch ein demokratisches Land ist, in dem jeder Bürger das Recht auf freie Meinungsäußerung hat. Daher gibt es in der „Kammer des Schreckens“ auch keinen vergitterten Kotter in den Kellergewölben, wo man Kammerfunktionäre, die zu aktiv sind, an demokratischen Rechten hindern kann.

Gäbe es solch einen Kotter, würde ich mich dort sicher in guter Gesellschaft befinden. In der Vergangenheit wurde auch der niederösterreichische Patientenanwalt von der Kurienführung der Niedergelassenen Ärzte darauf hingewiesen, zu welchen Themen er sich äußern darf und zu welchen Themen er schweigen soll. Auch Dr. Bachinger nimmt seine Funktion sehr aktiv wahr, macht seine Arbeit aus meiner Sicht sehr gut und versteht es ausgezeichnet, in den Medien präsent zu sein.

Medienpräsenz erzielt die Kurie der Niedergelassenen Ärzte vor allem durch bezahlte Inserate, die im Jahr 2006 sowohl in Kurier und Kronenzeitung aber auch in niederösterreichischen Lokalmedien erschienen sind. Bezahlt wurde diese Medienkampagne aus dem Kurienbudget, abgebildet waren auf den Inseraten ausschließlich Funktionäre des ÜPAV. Ist das tatsächlich Kammerarbeit im Sinne der niedergelassenen Ärzteschaft? Ist dies eine vorgezogene Wahlwerbung auf Kosten der Kammer? Helfen diese bezahlten Inserate tatsächlich der niedergelassenen Ärzteschaft?

Zeugen des Rosenkrieges

Unter diesem Titel schildert Dr. Geppert eine Situation, wo ich als geschäftsführender Vizepräsident als Vertreter des Präsidenten an Honorarverhandlungen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse teilnehmen wollte. Nicht richtig ist, dass Dr. Jäger mich aufgefordert hat, diesen

Verhandlungen fernzubleiben. Er teilte in einem Mail lediglich mit, dass meine Teilnahme „nicht erforderlich“ sei. Meine Interpretation dieser Formulierung war zweifellos, dass es ihm lieber wäre, ich würde an den Verhandlungen nicht teilnehmen. Eine Aufforderung, nicht teilnehmen zu dürfen ist aus dieser Formulierung nicht herauslesbar.

Nicht richtig ist, dass „die Kammerjuristen“ von einer Teilnahme abgeraten haben. Viel mehr haben „die Kammerjuristen“ versucht, keine klare Aussage zu treffen.

Für mich stellt sich jetzt aber mehr als vor diesem Ereignis die Frage, wie derzeit Verhandlungen mit der Gebietskrankenkasse ablaufen, dass diese vor dem geschäftsführenden Vizepräsidenten einer Ärztekammer (also zu diesem Zeitpunkt der Erste dieser Kammer) geheim gehalten werden müssen.

Weg in die Isolation

Unter diesem Titel analysiert der sonst messerscharf denkende Dr. Geppert für mich etwas enttäuschend meine Situation und macht sich gleichzeitig Sorgen um meine Zukunft, gleichzeitig führt er als Beispiel das unselige Modell der Übergabepaxis an. Er verschweigt, dass ich nicht alleine mit meiner Kritik an der Übergabepaxis da stehe, sondern dass sich die Kurie der Angestellten Ärzte ebenfalls gegen dieses Modell ausgesprochen hat. Er verschweigt auch, dass das Modell der Übergabepaxis ausschließlich von der Kurie der Niedergelassenen Ärzte entwickelt und ausverhandelt wurde, unter

dem Deckmantel, dass dies „Teil des Gesamtvertrages“ sei. Bezeichnend und für mich durchaus verständlich nachvollziehbar ist, dass alle Vertreter, die sich derzeit im Kassensystem befinden (also potentielle Übergeber einer Ordination sind) dieses Modell befürworten, und alle, die potentielle Übernehmer sind (also angestellte Ärzte und Wahlärzte) dieses Modell ablehnen.

Aus meiner Sicht wäre diese Situation im Mai 2006 ein typischer Fall für das Präsidenten Veto gewesen, um eine Eskalation, wie sie anschließend stattgefunden hat, zu vermeiden.

Unabhängig von meiner persönlichen Meinung oder der Meinung der Kurie der angestellten Ärzte bestätigt ein Rechtsgutachten von Prof. Mazal die Unrechtmäßigkeit des Übergabepaxismodells in mehreren Punkten.

Koalitionen

Man muss keine hellseherischen Fähigkeiten besitzen, um vorauszusehen, dass es keiner Fraktion in der Ärztekammer nach der Wahl am 21.4.2007 gelingen wird, die absolute Mehrheit zu erreichen.

Koalitionen werden daher jedenfalls erforderlich sein, um Mehrheiten zu erhalten. Koalition kann jedoch niemals heißen, dass der mandatsstärkere Partner den mandatschwächeren auffrisst.

Wesentlich ist ein übereinstimmendes Programm in wesentlichen strategischen Zielen, wobei die Meinungsfreiheit in einzelnen Details unbedingt erhalten bleiben muss.

Die Angst geht um

Unter diesem Titel versucht Dr. Geppert zu suggerieren, dass meine Person in der Kurie der Niedergelassenen Ärzte den Kassenärzten schaden könnte. Genau das Gegenteil ist der Fall.

Keinesfalls ist es Ziel der Fraktion Wahlärzte und Mittelbau NÖ eine Direktverrechnung mit der Gebietskrankenkasse zu ermöglichen. Wahlärzte sind im Gegensatz zu Ärzten mit Kassenvertrag wirklich ein freier Berufsstand, der für mich vor allem durch die Merkmale der freien Niederlassung und der freien betriebswirtschaftlichen Kalkulation und somit einer freien Honorargestaltung verbunden ist.

In meinem Buch [Wahl]Arzt in Österreich (Springer Verlag), das ich gemeinsam mit Michael Dihlmann geschrieben habe, wurde die Situation der Kassenärzte analysiert und klar dargestellt, dass das Realeinkommen in den letzten 10-15 Jahren zurückgegangen ist und zusätzlich immer mehr administrative Tätigkeiten geleistet werden müssen.

Alle Kassenärzte könnten froh sein, wenn an der Spitze der Kurie der Niedergelassenen Ärzte endlich eine Person stehen würde, die nicht wie die Vertreter des ÜPAV einen Kuschkurs zu anderen Institutionen (Apotheker, Sozialversicherungsträger, Politiker) geht, sondern tatsächlich die Interessen der Basis der Ärzteschaft im Auge hat.

Die niedergelassene Ärzteschaft hat wesentlichere Ängste:

- die zunehmende Verlagerung von Leistungen aus dem niedergelassenen Bereich in den intramuralen Bereich,
- die Übernahme von noch zu schaffenden Gruppenpraxen durch nicht ärztliche Wirtschaftstreibende,
- ein weiterer Rückgang des Realeinkommens bei zunehmenden angeordneten Aufgaben

Diese Aufgaben gilt es in Zukunft zu bewältigen, um nur einige wenige zu nennen. In welcher Funktion Dr. Geppert an diesen Lösungen teilnimmt und welche Rolle meine Person in Zukunft spielen wird, kann nur der Wähler entscheiden. Unsere Aufgabe muss es dann sein, den Wählerwillen entsprechend umzusetzen.

Dr. Christoph Reisner

Obmann Wahlärzte und Mittelbau NÖ, Präsident Wahlärzte Österreich, www.wahlarzt.at

Medikamentenmanagement als innovative Form des Dispensierrechts für Ärzte wird offenbar missverstanden

Negative Reaktionen auf das Konzept kommen ausschließlich von der ÄKNÖ

von Michael Dihlmann

Wer die jüngsten Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen beobachtet, stellt in manchen Bereichen grobe Fehlentwicklungen fest. Obwohl von Politikern aller Lager beteuert, wurde etwa die Rolle des Allgemeinmediziners in den vergangenen Jahren

nicht gestärkt sondern ständig geschwächt. Was sich unter der Bezeichnung Bürokratiewahnsinn derzeit abspielt, bedeutet eine weitere Abschwächung der Position der Hausärzte, welche – wenn nicht rasch gegengesteuert wird – das wirtschaftliche Ende vieler Ordinationen bedeuten könnte. Eine besonders gravierende Ausprägung dieses Bürokratiewahnsinns findet derzeit unter den Titeln E-card und EKO statt. Was als bahnbrechende Entwicklung für den Patienten gefeiert wird, bedeutet für die Ärzte den verpflichtenden Aufbau

einer unabgeholten Infrastruktur, mit Hilfe derer man auch noch verpflichtet aber unabgeholten die Bewilligung für den Patienten einholen darf. Der Patient soll nicht mehr laufen, der Arzt hat das selbstverständlich gratis zu bewerkstelligen. Die Kosten inkludiert

einer unabgeholten Infrastruktur, mit Hilfe derer man auch noch verpflichtet aber unabgeholten die Bewilligung für den Patienten einholen darf. Der Patient soll nicht mehr laufen, der Arzt hat das selbstverständlich gratis zu bewerkstelligen. Die Kosten inkludiert



sive Personal für dieses Service sind jedoch enorm und bringen so manche Hausarztpraxis an den Rande des Ruins.

Wohin der Patient derzeit noch laufen muss, ist zur Abholung der verschriebenen Medikamente in die öffentliche Apotheke. Hier wird mit Hilfe einer mächtigen Lobby ein nicht mehr zeitgemäßes System aufrechterhalten, welches nicht nur überhöhte Preise für Medikamente, sondern auch speziell am Land im Haupteinsatzgebiet der Hausärzte oft gravierende Nachteile für den Patienten zur Folge hat. So manche Lücke wird heute noch durch ärztliche Hausapotheken geschlossen. Diese ständig vom Aussterben bedrohte Spezies macht zwar großen Sinn, jedoch bietet die Art der finanziellen Abwicklung große Angriffsfläche für deren Gegner. Wer verschreibt soll nämlich nicht verkaufen. Diese Gegner ärztlicher Hausapotheken haben es in den vergangenen Jahren sehr gut verstanden, den Prozess der Ausrottung vorwärts zu treiben. Und sie werden es auch in den kommenden Jahren nicht lassen.

All dies waren Gedanken für Dr. Christoph Reisner und mich, das Konzept Medikamentenmanagement zu entwickeln und der ehemaligen Bundesministerin für Gesundheit zur Prüfung zu übermitteln. Grundgedanke war, eine faire Abgeltung für eine Dienstleistung zu entwickeln und gleichzeitig die wirtschaftliche Unabhängigkeit von der Wahl des Medikaments abzukoppeln. Durch eine Pauschalierung unabhängig von Art und Umfang der Verschreibung sowie die Abkopplung des Finanzflusses von der Arztpraxis würden auch medikamentenarme/-freie Therapien oder die Umstellung auf Generika für den Arzt attraktiv werden, was sich für das ganze System positiv auswirken könnte.

Nun ging's ans Rechnen: Mit Hilfe von Statistiken über Bearbeitungszeit in Ordinationen, durchschnittliche Stundensätze sowie den kalkulatorischen Grundlagen von Arztpraxen wurde mit 12,80 Euro pro Schein ein Wert für diese Dienstleistung ermittelt. Dies ergibt immerhin rund 60.000

Euro pro Jahr für die durchschnittliche „1.000-Scheine-Praxis“ eines Hausarztes. Details des Konzeptes und alle Kommentare sind der homepage www.wahlarzt.at zu entnehmen. Selbstverständlich wurde bereits bei der Erstellung an die Rolle der noch bestehenden ärztlichen Hausapotheken gedacht. Zu diesem Zweck wurde auch errechnet, was eine Umstellung vom bestehenden System auf die Alternative bedeuten würde. Unsere bereits zitierte 1.000-Scheine Praxis hat MIT Hausapotheke bei „normalen“ Werten (Rohaufschlag 25%, Anteil Medikamentenverkauf am Gesamtumsatz 60%) unter Herausrechnung eines durchschnittlichen Anteils von Privatmedikamenten am Umsatz im Kassensbereich eine Nettohandelsspanne pro Jahr von etwa 45.000 Euro.

Mit Hilfe von zahlreichen Vergleichswerten wurden auch ärztliche Hausapotheken in anderer Größenordnung durchgerechnet. Für den Großteil der Fälle kam - wie bei der bereits erwähnten Vergleichsordination - ein deutlicher Vorteil zugunsten bereits Hausapotheken führender Ärzte heraus. Für diese Vergleiche wurde eigens ein Hausapothekenvergleichsrechner entwickelt, der unter www.wahlarzt.at zur Verfügung steht. Wir sind daher nach wie vor überzeugt, mit unserem Ansatz nicht nur zur Verbesserung der Bedingungen der Patienten und zur Optimierung der Gesundheitsressourcen beizutragen. Sondern auch eine realistische und wirtschaftlich sehr reizvolle Optimierungsmöglichkeit für Ordinationen entwickelt zu haben, welche die Entstehung von zahlreichen neuen Hausapotheken zur Folge hätte und vor allem RECHTSSICHERHEIT für alle bestehenden Hausapotheken bedeuten würde. Noch dazu unter Verbesserung der ökonomischen Bedingungen. Und das alles ohne Zwang auf der Basis von Freiwilligkeit.

Wir haben gegen Ende des Jahres 2006 mit einer großen Anzahl an Reaktionen in dieser Angelegenheit gerechnet. In der Tat wurden wir von Ärzten aller Kategorien, mit und ohne Hausapotheken, aus allen Bundesländern und aus allen Fachrichtungen kontaktiert, wobei die Reaktion durchwegs sehr positiv

war. Von zwei Reaktionen waren wir jedoch massiv überrascht: Von Seiten der Apothekerkammer kam überhaupt keine Reaktion bis zu uns und ich habe bis dato auch noch in keinem Medium etwas gefunden. Vielleicht hält man diese Angelegenheit für ein Gespinnst im Kopf von zwei Spinnern, auf die man nicht reagieren muss. Oder man erkennt vielleicht die mögliche Tragweite und verhält sich taktisch klug, in dem man die Diskussion einfach ignoriert und nicht dazu beiträgt, sie weiter anzuhetzen.

Noch mehr überrascht hat uns die Reaktion aus der Ärztekammer Niederösterreich, und zwar aus mehreren Gründen: Dort hat man einerseits zwar rasch reagiert, aber das Konzept ohne jede Prüfung abqualifiziert. Es sei angeblich logistisch nicht machbar, entbehre jeder Grundlage und zerstöre das bestehende System der ärztlichen Hausapotheke.

Was mich noch mehr überrascht hat als die für mich nicht nachvollziehbaren Gedanken und Schlüsse, ist die Art und Weise mit der Thematik umzugehen. Jede Diskussion oder Rechtfertigung wird im Keim erstickt, selbst der Vizepräsident der Ärztekammer Niederösterreich darf sich im Kammermedium Consilium nicht zum Thema äußern. Auch meine Rückmeldung bleibt ohne Reaktion.

Ende des Jahres 2006 hat sich nochmals die Ärztekammer Niederösterreich vom Konzept „Medikamentenmanagement“ distanziert. Man sähe dort keine Notwendigkeit, dieses Thema weiter zu diskutieren. Es wird also streng diktiert, was diskutiert werden darf und was nicht. Für mich sind die offenen Fragen aus diesem Schreiben ebenfalls erwähnenswert. Man sorgt sich in erster Linie um den armen Großhandel, der sich nicht in der Lage sieht, zusätzliche Hausapotheken zu beliefern. Nach meinem Wissen wird jede neu zu eröffnende Hausapotheke nicht wirklich vom Großhandel gemieden, sondern als willkommene zukünftige Kundschaft heftig umworben. In zweiter Linie sorgt man sich auch um die Ärzte, die auf einmal einem erheblichen



Michael Dihlmann

Konkurrenzdruck innerhalb der Kollegenschaft ausgesetzt wären. Man verwendet sogar den Ausdruck „Wettbewerbsverzerrung“.

Selbstverständlich ist wieder vom Zusperrern ärztlicher Hausapotheken die Rede, auch das Feindbild „Wahlarzt“ bekommt sein Fett ab: „Eine möglicherweise beabsichtigte flächendeckende finanzielle Umschichtung von Hausapotheken führenden Ärzten zu Wahlärzten würde auch die flächendeckende ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten gefährden.“ Jeder Arzt sollte sich über solche Worte und deren Hintergrund selbst ein Bild machen. Ich bin jedenfalls über Qualität, Stil und Ausrichtung mancher offizieller Schriftstücke aus der NÖ Ärztekammer verwundert. Aus meiner Sicht sollten sich die verantwortlichen Funktionäre nämlich mehr um die Interessen der Ärzte als um die der Apotheker kümmern.

Das Konzept „Medikamentenmanagement“ ist ein sauber kalkuliertes und gut durchdachtes System mit großen Vorteilen für Patienten, Ärzte und sogar das Gesundheitssystem. Es gibt für keinen Arzt eine nachvollziehbare Begründung, sich gegen diesen Vorschlag zu wenden. Auch bestehende Hausapotheken wären nicht gefährdet. Offenbar wird die Situation der bestehenden Hausapotheken von manchem Kammerfunktionär in Niederösterreich falsch eingeschätzt. Nach derzeitiger Gesetzeslage ist für viele Hausapotheken das Ende ohnehin vorgezeichnet, auch die tatsächlichen Spannen liegen meis-

tens unterhalb der Wünsche der Ärzte. Auch diejenigen, die diesem Umstand in der Vergangenheit etwas nachgeholfen haben, kommen nun langsam auf den Boden der Realität zurück. Es verdichten sich nämlich die Anzeichen, dass von Seiten der Finanzbehörden eine „Aktion Scharf“ unter den Hausapothekern durchgeführt wird. Unter denen nämlich, die neben dem Wettbewerbsvorteil Hausapotheke und der Einnahmequelle Medikamente auch noch auf besonders dreiste Art Steuern hinterzogen haben sollen. Solche Verhaltensweisen stellen für mich die eigentliche

Bedrohung ärztlicher Hausapotheken dar, schließlich ist das genau der Wind, den die Mühlen der Gegner von Hausapotheken brauchen. Ganz abgesehen davon, dass man damit das Ansehen von vielen Tausend daran unbeteiligten Ärzten mit durch den Dreck zieht.

Michael Dihlmann

Tel.: 0664/1449894

e-Mail: michael@dihlmann.at
www.wahlarzt.at

Liebe Kollegen

wie ich mitbekomme, haben sich die meisten Kollegen in den Ordinationen mit dem ABS ausgerüstet. Daher muss ich wohl oder übel einsehen, dass ich dies auch bald tun muss. (Ich gebe ja zu, dass es praktisch ist). Bisher habe ich mich aber geweigert, die Kosten für die Software und die monatlichen Kosten für etwas zu übernehmen, das mich, meiner Meinung nach gar nichts angeht. Nämlich das Einfordern einer Versicherungsleistung seitens meines Patienten. Ich bekomme für die Zusatzarbeit nichts bezahlt. Ich weiß, dass ich das ABS auch nach Ordinationsschluss über das Internet bedienen kann, dies ist natürlich ein ziemlicher Aufwand. Die Online Kosten will ich nur nebenbei erwähnen, denn sie sind sicher marginal.

Ebenso marginal ist aber die Bezahlung meiner Ordinationsleistung durch die Krankenkasse.

Warum bloß legt sich niemand quer, bzw. im Gegenteil, kaufen sich so viele die Software? Weil alle resigniert haben, weil man sich bestimmt nicht mehr wehren kann und die Verpflichtung unweigerlich mit dem Hauptverband ausgehandelt werden wird? Ich bin sehr enttäuscht, dass nicht alle Kollegen solidarisch das ABS verweigert haben.

Was noch alles will die Krankenkasse für € 6,53?

Mit freundlichen Grüßen, Dr. Scharf, 2534 Alland

*Dr. Anton Biedermann
 Hauptstraße 3
 3200 Ober-Grafendorf*

An die ÄK f. NÖ

An die Landessanitätsdirektion f. NÖ, Dr. De Martin

Betrifft: Versand der Klebeetiketten für Suchtgiftrezepte

Ich nehme mit Befremden als inakzeptabel zur Kenntnis, dass nach einer aktuellen Verfügung der Versand der Suchtgiftvignetten aus Gründen der Einsparung von Portokosten nur mehr in „begründeten Einzelfällen“ möglich sei.

Der Bund bzw. das Land haben selbstverständlich diese, dank Bürokratismus unentbehrlichen, Etiketten für uns Ärzte kostenfrei zuzusenden. Es ist absolut inakzeptabel, für das persönliche Abholen der Etiketten einen Zeitaufwand von, einschließlich des Weges, mindestens einer Stunde zu kalkulieren, um dem Land bzw. dem Bund, die uns ungefragt kiloweise mit überflüssigen Broschüren versorgen, die Portokosten zu sparen.

Hochachtungsvoll

Dr. Anton Biedermann

Bezeichnung des Arzneimittels: PARIET® 10 mg - Filmtabletten, PARIET® 20 mg - Filmtabletten. **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Eine Tablette enthält 10 mg Rabeprazol-Natrium entspr. 9.42 mg Rabeprazol, bzw. 20 mg Rabeprazol-Natrium entspr. 18.85 mg Rabeprazol. **Anwendungsgebiete:** PARIET® ist indiziert zur Behandlung des akuten Ulcus duodeni, des akuten benignen Ulcus ventriculi, der symptomatischen erosiven oder ulzerativen gastroösophagealen Refluxkrankheit (GORD), der gastroösophagealen Refluxkrankheit als Langzeitbehandlung (GORD Maintenance), der mäßigen bis sehr schweren, symptomatischen gastroösophagealen Refluxkrankheit (symptomatic GORD) und in Kombinationstherapie mit geeigneten Antibiotika zur Eradikation von Helicobacter pylori bei peptischem Ulcus. **Gegenanzeigen:** Pariet darf nicht angewendet werden bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Rabeprazol-Natrium bzw. andere substituierte Benzimidazole oder gegen einen in diesem Präparat enthaltenen Hilfsstoff. Pariet ist während Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert. **Wirkstoffgruppe:** A02B C04 **Sonstige Bestandteile:** Mannit, Magnesiumoxid, niedrig substituierte Hydroxypropylcellulose, Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat, Ethylcellulose, Hypromellosephthalat, diacetyliertes Monoglycerid, Talkum, Titandioxid (E171), Rotes Eisenoxid (E172), Carnaubawachs und Tinte (pharmazeutische Glasur, Schwarzes Eisenoxid (E172), Propylenglycol, medizinisches Antischaummittel A oder DC 1510, Soyalecithin (E322)). **Pharmazeutischer Unternehmer:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien, Pfarrgasse 75. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen (sowie Hinweisen betreffend Gewöhnungseffekte) entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand: 13.10.2006